

ACTA

# PSYCHIATRICA BELGICA

Le diagnostic des internés :  
y a-t-il des différences  
de part et d'autre de la  
frontière linguistique ?

L'utilisation de jeux de rôle  
filmés pour l'apprentissage  
de la communication  
médecin-patient

Quelles sont les solutions  
internes et externes  
(concept de résilience) que  
nous pouvons apporter  
face à un parent «toxique»  
(ou pervers manipulateur  
narcissique) ?

Psychiatrie communautaire.  
Citoyens, patients et  
professionnels : un projet  
artistique commun dans la  
société civile

L'analyse de la  
demande aux urgences  
psychiatriques : une  
approche systémique

3

# L'UTILISATION DE JEUX DE RÔLE FILMÉS POUR L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT : UNE EXPÉRIENCE PILOTE SUR 262 ÉTUDIANTS

THE USE OF FILMED ROLE-PLAY FOR LEARNING DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION:  
A PILOT EXPERIMENT ON 262 STUDENTS

Hélène GIVRON(a), Martin DESSEILLES(b)

(a)Psychologue, Assistante à la Faculté de Médecine à l'Université de Namur

(b)Psychiatre, Psychothérapeute et Professeur à la Faculté de Médecine à l'Université de Namur

## Résumé

Une communication de qualité permet une meilleure compréhension, observance et satisfaction des patients. Les chercheurs nous informent qu'il est possible d'entraîner et de développer ses compétences communicationnelles. Toutefois, cela passe par de la pratique. Dans cet article, nous décrivons comment nous avons implémenté des jeux de rôle chez 262 étudiants en médecine afin d'entraîner leurs capacités de communication, à la moitié de leur formation. Les résultats nous informent que les étudiants sont demandeurs de développer ces compétences. Ils identifient des lacunes en termes de compétences verbales (reformulation, clarification) et non verbales (contact oculaire). Cette première expérience nous permet de conclure que le jeu de rôle semble être un moyen pertinent pour développer les compétences communicationnelles et relationnelles des futurs médecins.

*Mots-clés : relationship medicine-patient, communication, role-play, medicine students.*

## Summary

A good communication leads to a better comprehension, observance and satisfaction of the patients. Researchers inform us that this competence may be trained and developed. However this knowledge must be practiced. In this article, we describe how we implemented role-play with 262 medical students to train their communication skills during their third year of medicine. The results inform us that students are eager to learn these skills. They identify gaps in terms of verbal (reformulation, clarification) and non-verbal (eye contact) skills. This first experiment allows us to conclude that role-play seems to be a relevant means to develop the communication and relational skills of the future doctors.

*Key words: relationship medicine-patient, communication, role-play, medicine students.*

## Samenvatting

Goede communicatie zorgt voor beter begrip, therapietrouw en tevredenheid van de patiënt. Onderzoekers vertellen ons dat het mogelijk is om te trainen en ontwikkelen van hun communicatieve vaardigheden. Dit vereist echter oefening. In dit artikel beschrijven we hoe rollenspellen bij 262 medische studenten worden geïmplementeerd om hun communicatieve vaardigheden in de helft van hun opleiding te trainen. De resultaten vertellen ons dat studenten verzoekers zijn om deze vaardigheden te ontwikkelen. Ze constateren een gebrek aan verbale (herformulering, verduidelijking) en nonverbale (oogcontact) vaardigheden. Deze eerste ervaring stelt ons in staat om te concluderen dat rollenspel lijkt een geschikte manier om communicatieve en sociale vaardigheden van de toekomstige artsen te ontwikkelen.

*Trefwoorden : relationship medicine-patient, communication, role-play, medicine students.*

## INTRODUCTION

Les modes de communication entre les personnes changent entre autres avec l'évolution des moyens technologiques d'information et de communication. Les informations sont plus abondantes et plus accessibles, mais ne sont pas toujours vraies, précises ou pertinentes. Les patients arrivent parfois avec un diagnostic qu'ils ont posé eux-mêmes, après la consultation de sites web plus ou moins fiables et attendent de leur médecin de connaître ces sources et de les dépasser. Les études de médecine consistent-t-elles exclusivement à engranger beaucoup d'informations ? Comment se gère cette information entre le patient et le médecin ?

Si le savoir est une qualité indispensable, ce n'est pas une qualité suffisante. Dans ce cadre d'autonomisation du patient, l'attitude paternaliste du médecin doit laisser place à une attitude plus participative, faisant appel à d'autres compétences relationnelles et communicationnelles<sup>1</sup>.

Depuis une trentaine d'années, les études confirment le caractère essentiel d'une bonne communication dans la prise en charge d'un patient<sup>2</sup>, favorisant une approche plus centrée sur le patient<sup>3</sup>. Une communication de qualité (instaurer une relation de collaboration, être à l'écoute des

questions et craintes, fournir des informations) a une influence positive pour le patient, le médecin et le système de soins de santé. Premièrement, le résultat des soins est amélioré pour le patient : meilleur diagnostic, meilleure observance du traitement, plus grande satisfaction<sup>4,5</sup>, diminution des symptômes<sup>6</sup> et *in fine*, amélioration de la santé du patient<sup>7-9</sup>. Une communication médecin-patient de qualité présente également des avantages pour les médecins dont le bien-être est amélioré<sup>10-14</sup>. Ces médecins éprouvent moins de stress (notamment moins de plaintes judiciaires<sup>15</sup>) et plus de satisfaction liés au travail<sup>16</sup>. Enfin, de manière plus globale, les conséquences d'une communication efficace en santé sont notables pour la société. Des auteurs rapportent un séjour hospitalier plus court et un moindre coût en termes de visites<sup>17,18</sup>. De plus, une pratique centrée sur le patient améliore l'efficacité des soins en diminuant les tests diagnostiques et les renvois vers d'autres spécialistes<sup>14,19</sup>. Enfin, les patients souffrent également de difficultés de communication (difficultés à poser leurs questions, décrire leurs symptômes, etc.). En développant les compétences communicationnelles des professionnels de la santé, on aide également les patients à mieux communiquer<sup>1</sup>. La communication étant un processus interactif, il semble essentiel que les patients communiquent également efficacement.

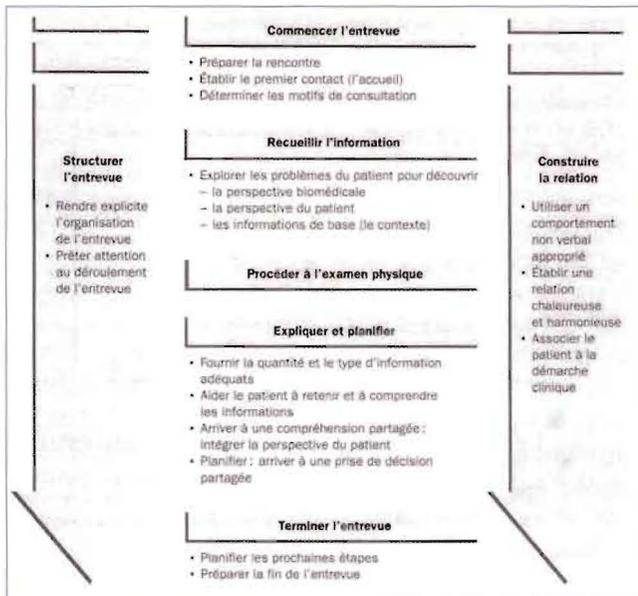
A l'heure actuelle, les habiletés relationnelles et communicationnelles sont dès lors reconnues de manière officielle comme une « compétence clinique essentielle en médecine »<sup>20</sup>. En plus du savoir technique indispensable, il est essentiel que les professionnels de la santé développent des compétences communicationnelles et relationnelles. Pourtant, d'importantes lacunes dans ces compétences ont été recensées lors de diverses études : les médecins comprennent souvent mal les raisons pour lesquelles le patient consulte<sup>21</sup>; ils sous-estiment le désir d'information du patient<sup>22</sup> et accordent trop peu d'attention au contexte de vie et aux facteurs psychosociaux de l'individu<sup>23</sup>. Lorsque l'on interroge les principaux intéressés, les médecins estiment que leur principale difficulté dans la maîtrise de leur profession est la communication avec les patients<sup>24</sup>. En outre, les patients sont les plus critiques concernant les problèmes de communication avec leur médecin (c'est d'ailleurs la cause la plus fréquente des plaintes judiciaires médicales<sup>25</sup>).

Plusieurs chercheurs concluent qu'il est « essentiel et urgent de mettre en place des stratégies propres à relever le défi de l'apprentissage de la communication par les médecins »<sup>26</sup>. Les compétences communicationnelles et relationnelles ne sont pas uniquement naturelles ou développées au cours de l'exercice de la profession. Des études ont prouvé qu'il est possible d'enseigner et d'apprendre les compétences de communication pour améliorer la relation entre un professionnel et un patient<sup>27-31</sup>. Dès lors, afin de favoriser le transfert des résultats scientifiques et de répondre aux demandes des patients<sup>32</sup>, nous avons décidé d'implémenter un entraînement aux compétences communicationnelles chez nos étudiants en médecine. Des auteurs ont montré qu'à cause de leur anxiété, les étudiants disposant de bonnes capacités communicationnelles les perdent fréquemment en face de patients réels. Dès lors, il paraît essentiel d'entraîner en contexte, le plus tôt possible, ces compétences dans leur cursus<sup>33</sup>, avant leurs premiers contacts avec des patients. Sur base de la littérature, il

semble que le meilleur moyen d'entraîner ses compétences communicationnelles soit l'expérimentation, par des jeux de rôle<sup>26,27</sup>. Le fait d'expérimenter soi-même un contenu théorique serait une des façons les plus efficaces de l'intégrer, permettant jusqu'à 80 % de rétention en mémoire de l'information<sup>34</sup>. Un jeu de rôle est une technique d'apprentissage active, qui a pour fonction de permettre à l'apprenant d'expérimenter un aspect du savoir professionnel. Dans ce cas, cela permettait aux étudiants « d'exercer des habiletés de communication ou d'essayer différentes façons d'intervenir et d'en percevoir les effets, dans un contexte protégé, non préjudiciable au patient »<sup>35</sup>. Selon Riera *et al.*, le jeu de rôle permet de diminuer les craintes des étudiants envers des situations de la vie réelle<sup>36</sup>. Concernant l'opérationnalisation de ces jeux de rôle, il semble que ce soient les ressources qui doivent guider le choix de leur mise en place. Les deux principales contraintes étant le coût humain (temps) et financier (l'utilisation de patients standardisés comme dans l'ECOS -examen clinique objectif structuré- est onéreuse). Par ailleurs, la littérature nous informe que les étudiants peuvent éprouver des résistances, voire de l'anxiété à la réalisation de jeux de rôle<sup>37</sup>. Il est dès lors essentiel de s'assurer que le climat soit propice à leur mise en place. Il est important de créer un climat sécurisant, favorisant l'apprentissage, mais également suffisamment sérieux, en insistant sur le fait qu'il est attendu des étudiants qu'ils acceptent la responsabilité et les fonctions de leur rôle et fassent du mieux qu'ils peuvent<sup>38</sup>.

Suite à une revue de la littérature portant sur les résultats de recherche et d'expertise accumulée dans le domaine, Millette *et al.* ont établi une stratégie efficace pour l'enseignement et l'apprentissage de la communication professionnelle en santé<sup>26</sup>. Dans celle-ci, il est en outre important de se baser sur un référentiel spécifique sur la communication, structuré de manière cohérente, établissant clairement les apprentissages à acquérir et basé sur les données de la recherche. A cette fin, nous nous sommes appuyés sur le modèle de consultation médicale « Calgary-Cambridge » développé par Kurtz et Silverman et structuré en 6 étapes<sup>39</sup>. Il a l'avantage d'être fondé sur des données empiriques et théoriques. Selon, Millette *et al.*, ce guide « constitue une excellente source et une base solide pour l'élaboration d'un cursus de formation à la communication médecin-patient et peut être utilisé comme modèle de référence pour la pratique et l'enseignement de l'entrevue médicale »<sup>26</sup>. Selon ce dernier, la consultation est structurée en 6 étapes : le début de l'entrevue, le recueil de l'information, l'examen physique, l'explication, la planification et la fin de l'entrevue. La grille d'analyse de l'acquisition de ces habiletés spécifiques permet d'observer la présence de comportements mesurables et de les valider. La version présentée ci-dessous est la plus récente comprenant un « cadre élargi » de l'entrevue médicale<sup>30</sup>. A côté des 6 étapes ou tâches à réaliser par le médecin, sont indiqués les objectifs plus généraux poursuivis par cette tâche. Ces auteurs proposent un cadre au clinicien en précisant qu'il est essentiel de l'adapter à la singularité de chaque entretien (figure 1).

FIGURE 1



Modèle de consultation médicale issu de l'ouvrage de Richard et Lussier (2016), p.211, avec l'autorisation de reproduction des auteurs

Enfin, les jeux de rôle peuvent être filmés, offrant ainsi la possibilité aux étudiants de se revoir et d'identifier d'éventuels points aveugles (différence entre ce qu'on croit faire et ce qu'on fait réellement). Des auteurs ont affirmé que l'utilisation de méthode d'apprentissage réflexif (par l'utilisation de vidéo) est un moyen utile pour développer les compétences communicationnelles<sup>40</sup>. Cette méthode, nécessitant une information au préalable et la signature d'un consentement éclairé a été jugée valide pour examiner la communication médecin-patient, car son influence sur les participants n'est que marginale<sup>41,42</sup> ; elle ne semble présente que pendant les 4 premières minutes<sup>43</sup>. Dès lors, une période de découverte des lieux et de « warm-up » est primordiale avant de commencer le jeu de rôle.

## MÉTHODOLOGIE

### PROCÉDURE

Comme abordé ci-dessous, selon de nombreux auteurs, la maîtrise des habiletés communicationnelles est complexe et ne se limite pas à l'apprentissage de connaissances en communication<sup>2</sup>. Les professionnels de santé doivent appliquer peu à peu ces connaissances pour qu'elles deviennent des comportements. Selon Kurtz *et al.*, il existe 5 étapes essentielles pour acquérir un niveau professionnel de compétence<sup>2</sup> : la connaissance du répertoire des habiletés à maîtriser (1), l'observation d'interactions avec des patients (2), la rétroaction constructive, descriptive et détaillée à propos du comportement observé (3), la mise en pratique des habiletés (4) et enfin l'approfondissement des habiletés (5). Les travaux pratiques (TP) que nous avons proposés à nos étudiants ont été élaborés sur base de cette structure. Premièrement, une séance de prébriefing d'une heure a permis de développer une série de connaissances (1) : l'importance de la communication professionnelle, la communication non verbale, l'empathie et les différentes étapes d'un entretien médical selon l'approche

« Calgary-Cambridge »<sup>39</sup>. Durant cette séance, deux vidéos (illustrant la relation entre un médecin et son patient) ont été projetées afin de permettre aux étudiants d'observer (2) des sujets en interaction. Ensuite, une analyse de ces séquences a été réalisée afin d'apporter une rétroaction constructive (3) de ce qui avait été observé. Pour mettre en pratique ces habiletés (4), un jeu de rôle fut proposé, en binôme, sur base d'un canevas de rôles dans une séquence d'entretien. Enfin, dans le but d'approfondir leurs habiletés (5), une séance de débriefing de deux heures fut donnée, afin de revenir sur leurs jeux de rôle en insistant sur la transposition possible de ces acquis et expériences pour leur vie professionnelle future. Lors de ce débriefing, les enregistrements vidéo ont permis de revoir des séquences pertinentes. Nous avons demandé l'accord des étudiants présents sur ces images et avons pris soin de ne sélectionner que des séquences illustrant des comportements verbaux et non verbaux jugés excellents. A nouveau, les règles de non-jugement, de respect et de confidentialité avaient été rappelées avant les visionnements. Ces règles ont été respectées et plus encore, les étudiants se sont spontanément applaudis les uns les autres après avoir vu ces séquences vidéo.

## PARTICIPANTS

262 étudiants en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> bachelier en médecine de l'Université de Namur ont réalisé ces jeux de rôle entre octobre et décembre 2016, quelques mois avant leur premier stage (juin 2017). Il s'agissait de 90 hommes et 172 femmes, ayant de 19 à 25 ans ( $M=20.47$ ,  $SD=.88$ ). Ces jeux de rôle étaient obligatoires, dans le cadre de travaux pratiques du cours de psychologie médicale. Le taux de participation était donc de 100 %.

## LE BRIEFING ET LE JEU DE RÔLE

Comme dit ci-dessus, lors de la réalisation de jeux de rôle, des conditions de respect et de confidentialité doivent être assurées aux participants. A cette fin, avant la réalisation du jeu de rôle (de 15 minutes et filmé), les étudiants ont complété un engagement de confidentialité ainsi qu'un contrat de cession de droits à l'image. Nous avons jugé que cette confidentialité était l'occasion d'aborder un point éthique transférable pour leur pratique future. En effet, afin de réaliser correctement son travail, le médecin a besoin d'avoir accès à toutes les informations pertinentes concernant la maladie du patient. Sans confiance ni certitude de confidentialité, le patient peut se montrer craintif à l'idée d'énoncer des informations sensibles, voire embarrassantes à son sujet.

Ensuite, chaque étudiant tirait au sort une vignette qui était soit celle du rôle de patient, soit celle du rôle de médecin. Le cas clinique était le même pour tous les étudiants (nous leur demandions de le garder confidentiel afin de maintenir la découverte du cas clinique pour tous les étudiants). La vignette décrivait le cas d'un patient (le genre était adapté à celui de l'étudiant qui devait jouer ce patient) qui consultait en panique son médecin généraliste. Depuis le décès récent de son meilleur ami suite à un cancer de la peau foudroyant, le patient utilisait une application afin d'analyser ses grains de beauté mensuellement. Ce mois-ci, cette application avait signalé un risque élevé de cancer de la peau pour un bouton présent sur son front. Le patient avait pour directive de jouer un patient extrêmement paniqué, écoutant peu. Le médecin avait pour consigne de poser le diagnostic d'un simple

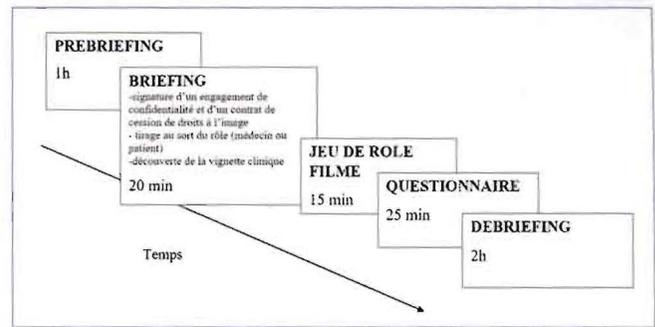
bouton d'acné et pouvait proposer un traitement (crème) si le patient souhaitait accélérer le processus de guérison. Nous souhaitons que la situation ne soit pas trop complexe afin d'être adaptée au niveau de compétence et de pratique de l'étudiant<sup>44</sup>. Après avoir découvert cette vignette, les étudiants n'eurent pas la possibilité d'en discuter afin que l'échange reste le plus spontané possible (le patient ne connaissait pas le diagnostic à l'avance afin de s'assurer qu'il joue vraiment un patient paniqué). Nous attendions du médecin qu'il respecte une procédure en deux temps : faire preuve d'abord d'écoute, d'empathie et de réassurance envers son patient, puis, seulement dans un deuxième temps, fournir à celui-ci des informations plus théoriques (qui expliquées plus tôt n'auraient pas été entendues ni retenues par le patient submergé par la panique). La taille de l'échantillon ainsi que les contraintes d'encadrement et de temps n'ont permis de proposer qu'un des deux rôles aux étudiants. Afin que les étudiants « patients » bénéficient également d'un feedback sur leurs compétences communicationnelles, nous les avons briefés sur l'importance des bonnes compétences communicationnelles du patient également (la communication étant un processus interpersonnel) et dans le cadre actuel d'empowerment du patient, nous leur avons demandé, à eux aussi, d'être vigilants à leurs compétences communicationnelles.

A la suite du jeu de rôle, nous avons demandé à tous les étudiants de répondre à un questionnaire évaluant leurs expériences et apprentissages. Les questions qui leur ont été posées étaient premièrement quantitatives : « évaluez de 0 à 10 les compétences communicationnelles de votre médecin/patient », « évaluez de 0 (pas du tout) à 10 (extrêmement fort) votre niveau de stress au moment du jeu de rôle », etc. Nous avons demandé aux patients d'évaluer sur une échelle allant de 1 (absolument pas) à 4 (très) s'ils s'étaient sentis persuadés, écoutés et rassurés par leur médecin, ainsi que s'ils allaient suivre ou non le traitement proposé. Nous avons posé les mêmes questions aux médecins (combien ils pensaient que le patient s'était senti persuadé, écouté et rassuré et s'il allait ou non suivre le traitement recommandé). Ensuite, des mesures qualitatives ont également été prises via la possibilité de sélectionner différentes compétences communicationnelles à améliorer. Des compétences étaient présentées aux patients évaluant leur médecin : compétences de reformulation, de clarification, d'empathie, de comportement non verbal et de clôture d'entretien. D'autres étaient proposées aux médecins évaluant leur patient : compétences de formulation de leur demande, d'énumération de leurs symptômes, de contact oculaire et débit de parole.

De manière schématique, la structure de ces TP de plus ou moins 4 heures était donc la suivante : 1h de prébriefing en auditoire, 20 minutes de briefing (signature des documents et découverte des vignettes), 15 minutes de jeu de rôle par binôme, 25 minutes de questionnaire et 2h de débriefing (figure 2).

Comme il s'agissait d'une première expérience à cette échelle, il a été demandé à chaque étudiant d'évaluer ces TP, afin de pouvoir y apporter des modifications et améliorations pour les années futures. Enfin, en ce qui concerne le coût, mise à part la nécessité d'une caméra, de cartes-mémoire et d'impression, la réalisation de ces TP a représenté un coût important en temps humain. En tenant compte de la revue de la littérature,

FIGURE 2



la préparation des cours, les cours, les 131 jeux de rôle, le visionnage des jeux de rôle et l'analyse des questionnaires, le temps est estimé à 230 heures.

## RÉSULTATS

### EVALUATION DES COMPÉTENCES COMMUNICATIONNELLES

Les « patients » ont évalué les compétences communicationnelles de leur médecin de 4 à 10/10 ( $M=8.19/10$ ,  $SD=1.21$ ). Ils les incitent à développer les compétences de reformulation, d'empathie et de clôture d'entretien. Les « médecins » ont évalué les compétences communicationnelles de leur patient de 6 à 10/10 ( $M=8.37/10$ ,  $SD=0.96$ ). Ils leur demandent de développer les compétences suivantes : formuler plus clairement leur demande et mieux la structurer (ne pas donner trop d'informations en même temps) et parler moins vite. Médecins et patients ont souhaité voir les compétences de communication non verbales de leur partenaire s'améliorer, principalement au niveau du maintien du contact oculaire.

Au niveau émotionnel, les étudiants se sont sentis majoritairement détendus, mais ceux ayant le rôle de médecin étaient en moyenne plus stressés ( $M=5.98/10$ ,  $SD=2.19$ ) que ceux ayant le rôle de patient ( $M=3.79/10$ ,  $SD=2.55$ ). Une comparaison de moyennes (*one-way ANOVA*) a été appliquée (les moyennes étaient supposées égales lorsque la p-valeur était supérieure à .05). Les résultats ont indiqué que les moyennes étaient significativement différentes pour le score de stress des deux rôles. Cela a permis d'affirmer que les étudiants jouant le rôle du médecin étaient significativement plus stressés que les étudiants jouant le rôle de patient ( $F(1,262) = 3.95$ ,  $p = .048$ ). Ce qui pourrait éventuellement être lié au fait que chaque étudiant avait déjà expérimenté la position de patient, mais aucun celle du médecin (tableau 1).

Cet article s'en tient à la description des fréquences des réponses rapportées par les étudiants et n'a pas pour objectif d'aller plus loin dans l'analyse. Toutefois, il est intéressant de noter qu'à part sur la dimension de prise du traitement où un « oui » massif est rapporté (synonyme d'une certaine assurance), les étudiants « médecins » semblent nuancés concernant l'effet potentiel de leurs compétences communicationnelles sur leur patient et ne vont pas dans les extrêmes. Le « tout à fait » étant rarement rapporté sur les dimensions de persuasion, écoute et réassurance. Ceci est peut-être lié à une inexpérience dans l'évaluation de ces dimensions, à de l'humilité, ou encore à une certaine réserve, inhérente au fait qu'on ne peut jamais être certain de savoir ce que pense réellement l'autre.

TABLEAU 1

Dim en sions	Evaluation	Fréquences
<b>Patient</b>		
Persuasion	« Je me suis senti »	
	Très convaincu	53,79%
	Convaincu	44,70%
	Peu convaincu	1,51%
	Absolument pas convaincu	0%
Ecoute	Très écouté	56,82%
	Écouté	40,15%
	Un peu écouté	3,03%
	Pas du tout écouté	0%
Réassurance	Très rassuré	62,12%
	Rassuré	35,61%
	Un peu rassuré	2,27%
	Pas du tout	0%
Prise du traitement	Oui	88,64%
	Peut-être	10,61%
	Non	0,75%
<b>Médecin</b>		
« Je pense que le patient a dû se sentir »		
Persuasion	Très convaincu	22,14%
	Convaincu	73,28%
	Peu convaincu	3,82%
	Absolument pas convaincu	0,76%
Ecoute	Très écouté	37,40%
	Écouté	60,31%
	Un peu écouté	1,53%
	Pas du tout écouté	0,76%
Réassurance	Très rassuré	38,17%
	Rassuré	56,49%
	Un peu rassuré	4,58%
	Pas du tout	0,76%
Prise du traitement	Oui	87,79%
	Peut-être	11,45%
	Non	0,76%

Tableau 1 – Fréquences des réponses rapportées par les patients et médecins sur les dimensions de persuasion, écoute, réassurance et prise du traitement.

## FEEDBACK DES ÉTUDIANTS SUR CES JEUX DE RÔLE

Comme dit ci-dessus, les étudiants ont été invités à remplir une évaluation des TP. De manière générale, 92 % des étudiants ont rapporté avoir « tout à fait ou plutôt » apprécié ces jeux de rôle et 91 % en avoir tiré un apprentissage. 90,25 % ont la sensation qu'ils y repenseront pendant leurs futurs stages et 94 % qu'ils adapteront leur attitude en stage suite à ce jeu de rôle. 91 % d'entre eux ont répondu qu'il s'agissait d'un moyen intéressant de formation en médecine et 89 % qu'il fallait les systématiser à tous les étudiants en médecine.

Lorsqu'on les interroge sur le moment le plus adéquat pour dispenser ces TP, 84,55 % ont choisi la réponse « avant les stages ». Certains ont même proposé « tout au long de la formation » ou encore « avant et après les stages pour voir la progression ».

Lorsqu'on demande aux étudiants des pistes d'amélioration pour ces TP, ils rapportent regretter ne pas pouvoir tous expérimenter la position du patient ET du médecin, ne pas pouvoir réaliser plusieurs jeux de rôle, à différents moments de leur formation et ne pas avoir un débriefing en petits groupes, avec des feedbacks individualisés et la possibilité de revoir, chacun, la vidéo de leur jeu de rôle.

Lors des jeux de rôle, de nombreux étudiants ont rapporté que c'était la première fois qu'ils entendaient parler de la relation patient-médecin dans leur cursus. Or, cela leur paraissait essentiel pour « devenir de bons médecins ».

Pour conclure cette évaluation, les étudiants semblent donc percevoir un intérêt à ces jeux de rôle dans leur formation. Notons toutefois qu'une minorité d'entre eux trouve que ces TP représentent « trop de temps pour un petit cours de 2 crédits ». La majorité des étudiants sont demandeurs de plus de temps consacré à l'apprentissage de la communication et la relation

patient-médecin tout au long de leur formation. Dans leur étude, Roze des Ordon et al. ont également noté que les étudiants s'engageaient dans leur programme de développement des compétences communicationnelles de manière enthousiaste et le jugeaient comme « aidant » et représentant une « valeur ajoutée » à leur formation<sup>45</sup>. Ces résultats nous invitent dès lors à tenter de dégager davantage d'heures à la réalisation de ces jeux de rôle. Un entraînement plus soutenu permettrait, en plus de développer les compétences communicationnelles des futurs médecins, de diminuer leur niveau de stress associé à la rencontre avec le patient. La familiarité avec la position de médecin leur permettrait d'aborder plus sereinement leur patient lors de leur stage et de leur pratique future, ce qui est essentiel pour l'instauration d'une relation et communication de qualité.

## DISCUSSION

Comme signalé par les étudiants, certaines limites sont à soulever. Premièrement, l'idéal aurait été que chaque étudiant puisse expérimenter à la fois le rôle du médecin et celui du patient afin de mieux percevoir l'impact de ses interventions. Ceci n'a pas été réalisable à cause de la taille de la cohorte et des contraintes de temps ainsi que d'encadrement. De plus, il aurait été plus profitable aux étudiants que la séance de débriefing se déroule en plus petits groupes, afin d'augmenter l'implication de chacun dans l'analyse des vidéos et de permettre à chaque étudiant de revoir son jeu de rôle. A nouveau, la taille de la cohorte et les contraintes de temps ainsi que d'encadrement nous ont contraints à réaliser ce débriefing en grand auditoire, permettant moins de participation de la part de chaque étudiant. En outre, pratiquer plusieurs jeux de rôle, avec des cas cliniques et des partenaires différents permettrait d'entraîner davantage les compétences communicationnelles des étudiants et serait idéal. En effet, selon Maier, pour acquérir une compétence, des opportunités répétées, accompagnées d'un feedback sont essentielles<sup>46</sup>. Il semble que même améliorées, ces compétences peuvent décliner avec le temps si elles ne sont pas réactivées<sup>47,48</sup>. Dès lors, il serait essentiel de continuer à entraîner ces étudiants avec des feedbacks réguliers et une formation continue<sup>26,47</sup>. Des auteurs ont implémenté un entraînement aux compétences communicationnelles chez des médecins généralistes (adaptation de leurs cas complexes en scénarii, mis en scène à l'aide de patients standardisés)<sup>49</sup>. Cette approche s'est avérée acceptable pour les médecins et prometteuse pour l'amélioration de leurs compétences.

Bien qu'ils nous donnent des pistes concernant les compétences communicationnelles à développer, ces résultats ne nous permettent pas de conclure à une quelconque amélioration de ces compétences communicationnelles des étudiants après la passation des jeux de rôle (aucune mesure baseline n'ayant été prise). Une piste d'amélioration pour le futur est l'utilisation de « patients standardisés » (vrais patients) ou « patients simulés » (personnes volontaires, recrutées et entraînées afin qu'elles adoptent les caractéristiques de patients réels). L'objectif étant que ces patients permettent aux étudiants d'apprendre et d'évaluer leurs compétences communicationnelles dans un environnement clinique simulé plus standardisé<sup>50</sup>. L'utilisation de ces patients standardisés a déjà montré des résultats positifs entre autres dans l'apprentissage de compétences

empathiques<sup>51,52</sup>.

Par ailleurs, comme énoncé ci-dessus, ces TP étaient cotés. Il est dès lors possible que les réponses des étudiants aient été biaisées afin de fournir des réponses désirables socialement. Les cotes moyennes concernant les compétences communicationnelles du partenaire étaient plutôt élevées. Cela est peut-être dû au fait que la plupart des étudiants ont réalisé leur jeu de rôle avec un ami (et pouvaient de surcroît craindre qu'une mauvaise note impacte négativement leur note globale aux TP). Toutefois, afin de contrôler ce biais, il leur était précisé que leur évaluation de ces TP serait traitée de manière anonyme.

En outre, concernant la méthodologie de jeu de rôle plus précisément, nous soulevons le fait que bien qu'il s'agisse d'un bon moyen d'apprentissage, on peut se demander dans quelle mesure l'apprentissage par observation n'est pas encore plus efficace. Selon des chercheurs<sup>53</sup>, les étudiants sont fortement influencés par leurs superviseurs. L'observation de modèles de rôle constitue donc un moteur important pour l'apprentissage des compétences communicationnelles. Allant plus loin, Millette *et al.* affirment que s'il y a une discordance entre ce que les étudiants observent chez leurs cliniciens-modèles et les recommandations verbales ou écrites, ils suivront ce que leurs modèles font<sup>26</sup>. Or à l'heure actuelle, peu de médecins ont bénéficié de cours sur les compétences communicationnelles. Ceci nous amène à un autre fondement (le sixième) de Millette *et al.* pour une stratégie efficace d'enseignement et d'apprentissage de la communication professionnelle en santé : les cliniciens-enseignants doivent être eux-mêmes des modèles de rôle d'une communication professionnelle en santé adéquate<sup>26</sup>. Ainsi, pour que ces entraînements soient efficaces, il faudrait également que les cliniciens et enseignants soient

formés à l'animation de petits groupes et intéressés, voire entraînés, à la communication. Nous ajouterons même qu'ils soient formés aux compétences émotionnelles, lorsqu'on voit combien l'apprentissage par simulation peut engendrer des émotions intenses chez les participants.

Enfin, bien que nous nous soyons penchés sur la communication médecin-patient, il nous semble essentiel que l'entraînement des médecins aux compétences communicationnelles puisse également servir aux autres professionnels de la santé. Ces compétences doivent dès lors être transférées et utilisées lors de discussions en staff et avec l'équipe soignante de manière générale pour une meilleure communication au sein de l'équipe, pour le bien-être de celle-ci et la qualité des soins apportés au patient. Une piste permettant de favoriser ce transfert serait la réalisation de ce type de jeux de rôles avec des étudiants issus de différentes facultés et hautes écoles formant médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, etc.

Pour conclure, l'apprentissage par simulation semble être un outil pertinent et apprécié par les étudiants, même par ceux ayant émis des craintes dans un premier temps. L'instauration d'un climat de bienveillance et de non-jugement est essentielle à cet égard. Nous encourageons l'utilisation de jeux de rôle chez les étudiants en médecine, d'autant plus qu'elle permet un travail interactif de collaboration et de bienveillance entre eux ainsi qu'avec les enseignants. Des notions de collaboration et bienveillance tant délaissées parfois au profit d'un système axé sur la compétition. Dans cet ordre d'idée, nous invitons à la mise en place de jeux de rôles entre futurs soignants issus de différentes facultés afin de favoriser la découverte des rôles et compétences de chacun pour un meilleur travail en équipe et une diminution des représentations « hiérarchisées » du travail de chacun.

## CONCLUSION

La réalisation de jeux de rôle filmés semble être un outil précieux pour développer les compétences communicationnelles et relationnelles des futurs médecins. Il offre la possibilité de se revoir et analyser son comportement verbal et non verbal. Un moment judicieux pour développer l'importance de la communication et la relation semble être avant les premiers stages d'observation, afin de donner une grille de lecture de la consultation médicale d'un point de vue interpersonnel. Idéalement, ces jeux de rôle devraient se poursuivre tout le long de la formation des étudiants afin de permettre une réelle évolution et un maintien de celle-ci.

## RÉFÉRENCES

1. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé (2<sup>e</sup> éd.). Canada : Editions du Nouveau Pédagogique; 2016.
2. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine (2<sup>e</sup> éd). Floride : CRC Press; 2004.
3. Stewart *et al.* Patient-Centred Medicine: transforming the clinical method. Oxford : Radcliffe Medical Press ; 2003.
4. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. Soc Sci Med. 2001 ; 52(4) : 609-20.
5. Lewin S *et al.* Interventions for providers to promote a patient-centred approach to clinical consultations. Cochrane Database Syst Rev. 2001 ; 4.
6. Kelley J, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Plos. 2014 ; 9(4): e94207.
7. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. Med Care. 1988 ; 26(7) : 657-75.
8. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. CMAJ. 1995 ; 152(9) : 1210-2.
9. Stewart M., *et al.* Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control. 1999 ; 3(1) : 25-30.
10. Grembowski D *et al.* Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. J Gen Intern Med. 2005 ; 20(3) : 271-7.
11. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. Can J Neurol Sci. 2002 ; 29(2) : 23-9.
12. Roter DL *et al.* Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. Arch Intern Med. 1995 ; 155(17) : 1877-84.
13. Wirtzer AW. No time to listen and talk to patients. West J Med. 1993 ; 158(6) : 639.
14. Wong YS, Lee A. Communication skills and doctor-patient relationship. Medical Bulletin. 2006 ; 11(3) : 7-9.
15. Beckman HB *et al.* The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med. 1994 ; 154(12) : 1365-70.
16. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. BMJ. 2002 ; 325(7366) : 697-700.
17. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. J Health Soc Behav. 1981 ; 22(1) : 18-30.
18. Little P *et al.* Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ. 2001 ; 323(7318) : 908-11.
19. Stewart M *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. 2000 ; 49(9) : 796-804.
20. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Projet canadien d'éducation des médecins spécialistes. ProMEDS 2000. Compétences pour le nouveau millénaire. Rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux ; 1996.
21. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. Am J of Public Health. 1981 ; 71(2) : 127-31.
22. Waitzkin H. Doctor-patient communication: Clinical implications of social scientific research. JAMA. 1984 ; 252(17): 2441-6.
23. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship with the doctor mean? Scandinavian Journal of Primary Health Care. 1992 ; 10 : 163-9.
24. Beaulieu MD, Leclere H, Bordages G. Taxonomy of difficulties in general practice. Can Fam Physician. 1993 ; 39 : 1369-75.
25. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. Annals of Internal Medicine. 1996 ; 125(9) : 730-7.
26. Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie médicale. 2004 ; 5(2) : 110-26.
28. Hauser K, Matthes J. Medical students' medication communication skills regarding drug prescription-a qualitative analysis of simulated physician-patient consultations. Eur J Clin Pharmacol. 2017 ; 73(4) : 429-35.
27. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. Med Teach. 1999 ; 21(6) : 563-70.
29. Hess R, Hagemeyer NE, Blackwelder R, Rose D, Ansari N, Branham T. Teaching Communication Skills to Medical and Pharmacy Students Through a Blended Learning Course. Am J Pharm Educ. 2016 ; 80(4) : 64.
30. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med. 2003 ; 78(8) : 802-9.
31. Liu C, Lim RL, McCabe KL, Taylor S, Calvo RA. A Web-Based Telehealth Training Platform Incorporating Automated Nonverbal Behavior Feedback for Teaching Communication Skills to Medical Students: A Randomized Crossover Study. J Med Internet Res. 2016 ; 8(9) : e246.
32. Lansky D. Measuring what matters to the public. Health Aff. 1998 ; 17(4) : 40-1.
33. Van Dalen J *et al.* Longitudinal and Concentrated Communication Skills Programmes: Two Dutch Medical Schools Compared. Advances in Health Sciences Education. 2002 ; 7(1) : 29-40.
34. Glasser W. Every student can succeed: finally a book that explains how to reach and teach every student in your school. Black Forest Press ; 2006.
35. Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. Pédagogie médicale. 2005 ; 6(3) : 178-85.
36. Riera MJR, Cibanal LJ, Mora PMJ. Role-playing in the teaching-learning process of the nursing degree. Assessment of graduate (professionals). Rev Enferm. 2011 ; 34 : 17-24.
37. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. BMC Medical Education. 2007 ; 7(3) : 1-9.
38. Jones K. Simulations in Language Teaching. Cambridge : Cambridge University Press ; 1982.
39. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ. 1996 ; 30(2) : 83-9.

40. Jorgensen M, Witt K. Teaching communications skills to medical students using a reflective teaching method and access to online video cases. *MedEdPublish*. 2016 ; 5.
41. Arborelius E, Timpka T. In what way may videotapes be used to get significant information about the patient-physician relationship? *Med Teach*. 1990 ; 12(2) : 197-208.
42. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract*. 2000 ; 17(5) : 422-7.
43. Penner LA, Orom H, Albrecht TL, Franks MM, Foster TS, Ruckdeschel JC. Camera-Related Behaviors during Video Recorded Medical Interactions. *Journal of Nonverbal Behavior*. 2007 ; 31(2) : 99-117.
44. Duffy FD et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med*. 2004 ; 79(6) : 495-507.
45. Roze des Ordon AL, Doig CJ, Couillard P, Lord J. From Communication Skills to Skillful Communication: A Longitudinal Integrated Curriculum for Critical Care Medicine Fellows. *Acad Med*. 2017 ; 92(4) : 501-5.
46. Maier HW. Role playing: Structures and educational objectives. *The International Child and Youth Care Network* (consulté le 23.05.2017) <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0102-roleplay.html>
47. Brown JB et al. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1999 ; 131(11) : 822-9.
48. Chan CS et al. Communication skill of general practitioners: any room for improvement? How much can it be improved? *Med Educ*. 2003 ; 37(6) : 514-26.
49. Rollnick S, Kinnersley P, Butler C. Context-bound communication skills training: development of a new method. *Medical education*. 2002 ; 36(4) : 377-83.
50. Hopkins H. Johns Hopkins Medicine (consulté le 28.04.2017) [http://www.hopkinsmedicine.org/simulation\\_center/training/standardized\\_patient\\_program](http://www.hopkinsmedicine.org/simulation_center/training/standardized_patient_program)
51. Steele DJ, Hulsman RL. Empathy, authenticity, assessment and simulation: a conundrum in search of a solution. *Patient Educ Couns*. 2008 ; 71(2) : 143-4.
52. Teherani A, Hauer KE, O'Sullivan P. Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioural empathy via simulations. *Patient Educ Couns*. 2008 ; 71(2) : 148-52.
53. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994 ; 69(11) : 861-71.

AUTEURS CORRESPONDANTS

**HÉLÈNE GIVRON**  
**MARTIN DESSEILLES**

Faculté de Médecine à l'Université de Namur  
Département de Psychologie  
Rue de Bruxelles, 61  
5000 Namur  
E-mail : [helene.givron@unamur.be](mailto:helene.givron@unamur.be)  
E-mail : [martin.desseilles@unamur.be](mailto:martin.desseilles@unamur.be)