

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

Sylvie CUMER-MARQUES

Le 19 novembre 2019

### ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION A LA RELATION MEDECIN – PATIENT EN FRANCE EN 2018-2019 DANS LE DES DE MEDECINE GENERALE

Directeur de thèse : Dr Michel BISMUTH

#### JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur

Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

Assesseur

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Assesseur



**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2018**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAG Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIÉ Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

## Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis  
Professeur ALBAREDE Jean-Louis  
Professeur ARBUS Louis  
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth  
Professeur BOCCALON Henri  
Professeur BONEU Bernard  
Professeur CARATERO Claude  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur CONTÉ Jean  
Professeur COSTAGLIOLA Michel  
Professeur DABERNAT Henri  
Professeur FRAYSSE Bernard  
Professeur DELISLE Marie-Bernadette  
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  
Professeur JOFFRE Francis  
Professeur LAGARRIGUE Jacques  
Professeur LARENG Louis  
Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTHES Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MANELFE Claude  
Professeur MASSIP Patrice  
Professeur MAZIERES Bernard  
Professeur MOSCOVICI Jacques  
Professeur MURAT  
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian  
Professeur SALVAYRE Robert  
Professeur SARRAMON Jean-Pierre  
Professeur SIMON Jacques

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

**37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : D. CARRIE**

**P.U. - P.H.**

**P.U. - P.H.**

**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

**2ème classe**

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PÉRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre

**Professeur Associé Médecine générale**

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Neurologie**

Mme PAVY-LE TRACON Anne

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>	
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	M. BOYER Pierre	
M. OTAL Philippe	Radiologie		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile	<b>Professeur Associé en Pédiatrie</b>	
M. RITZ Patrick	Nutrition	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>			
M. STILLMUNKES André			

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRAD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr CHICOU LAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr LATROUS Leila

## ***REMERCIEMENTS***

### **A monsieur le Professeur Pierre Mesthé**

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse dans ce contexte particulier qui m'a permis de terminer mon cursus interrompu depuis quelques années.

### **A monsieur le Docteur Bismuth**

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir orienté vers ce sujet passionnant qui fait l'essentiel de notre métier. Merci pour vos conseils et votre soutien.

### **A madame le Docteur Brigitte Escourrou**

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour votre soutien et votre optimisme lors de notre premier entretien il y a quelques mois, merci de m'avoir mis sur la voie du possible.

### **A madame le Docteur Odile Bourgeois**

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

## ***REMERCIEMENTS PERSONNELS***

A mon père qui m'a soutenue avec détermination tout au long de ces années difficiles sans que rien n'aurait été possible. Un merci aussi à ma maman qui nous a quitté trop tôt mais dont les valeurs et le courage m'ont donné la force de me battre et de rebondir face à l'échec.

A mes enfants, Noémie et Benjamin qui n'ont eu cesse de m'encourager, de faire preuve de patience et de compréhension, qui ont su admirablement évoluer dans la vie malgré les épreuves traversées. Je suis tellement fière de vous. Merci aussi à leurs douces moitiés, Anne et Valentin qui ont toujours été présents, souriants et enthousiastes à chaque étape de mon projet.

A Stéphane, la plus jolie rencontre de ces dernières années, qui m'a redonné l'envie de croire que je ne devais pas renoncer à ce métier qui fait partie de moi. Merci d'avoir été présent à chaque étape, d'avoir su chasser mes doutes et de partager ma vie avec autant d'amour et de compréhension.

Merci à ma sœur, Christèle, à Romane et Hugo, pour tous ces moments de joie partagée et pour un soutien infaillible.

Merci à tous les membres de ma famille, oncles et tantes, cousins, cousines, à mes amis de faire partie de ma vie sans jamais faillir. Merci pour vos encouragements permanents et ces moments de bonheur partagés qui donnent du sens à l'existence.

Et enfin merci à toute l'équipe soignante et administrative de l'EHPAD St-Astier à Catus dans le Lot, qui m'ont accueillie dans un tout autre métier au cours de ces trois dernières années. Merci pour votre soutien chaleureux, merci pour votre amitié, merci de m'avoir permis de découvrir cet aspect des soins où l'empathie est au service de nos anciens, où la relation au résident est mise à mal au quotidien par des conditions de travail extrêmement difficiles.

# Sommaire

Liste des abréviations .....	2
Introduction .....	3
I/ Relation médecin patient	
I.1 Sa définition .....	4
I.2 Son évolution.....	4
I.3 La notion d'empathie.....	5
I.4 Son enseignement.....	7
II/ Méthode	
II.1 Recherche bibliographique .....	10
II.2 Type d'étude .....	10
II.3 Accord du DMG de Toulouse.....	10
II.4 Echantillon et critères d'inclusion.....	10
II.5 Le questionnaire .....	11
1/ <i>Identité de la personne ressource</i>	
2/ <i>Enseignement de la RMP</i>	
3/ <i>Organisation pratique</i>	
4/ <i>Contenu et moyens pédagogiques</i>	
5/ <i>Les enseignants</i>	
6/ <i>L'évaluation</i>	
II.6 L'analyse .....	12
III/ Résultats	
III.1 Identité de la personne ressource .....	13
III.2 Organisation de l'enseignement.....	14
III.3 Contenu de l'enseignement.....	17
III.4 Les enseignants .....	19
III.5 Evaluation .....	20
III.6 Analyse des commentaires libres.....	22
III.7 Données relevées directement sur les sites des DMG n'ayant pas répondu à l'enquête .....	22
IV/ Discussion	
IV.1 Points forts de l'étude .....	24
IV.2 Principaux résultats et comparaison à des références de littérature .....	24
IV.3 Perspectives et propositions .....	29
IV.4 Faiblesses et biais de l'étude .....	31
Conclusion.....	32
Bibliographie .....	33
Annexes .....	35

## Liste des abréviations

ACP :	Approche Centrée sur le Patient
AFDEM :	Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel
AU MG :	Attaché Universitaire en Médecine Générale
BDSP :	Banque de Données en Santé Publique
CCU :	Chef de Clinique des Universités
CISMef :	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CNGE :	Collège National des Généralistes Enseignants
CPTS:	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DMG :	Département de Médecine Générale
ECN :	Epreuves Classantes Nationales
EIAS :	Evénement Indésirable Associé aux Soins
ENT :	Environnement Numérique de Travail
GEAP :	Groupe d'Echanges d'Analyse de Pratiques
HPST :	Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire »
MSP:	Maisons de Santé Pluri-professionnelle
MSU :	Maître de Stage Universitaire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PU MG :	Praticien Universitaire en Médecine Générale
PNSP :	Programme National pour la Sécurité des Patients
RMP :	Relation Médecin – Patient
RSCA :	Récit de Situation Complexe Authentique
SODEV :	Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo
WONCA:	World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

## Introduction

La pratique de la médecine générale a profondément évolué au cours de ces 20 dernières années. Il s'avère cependant que la communication reste au cœur de la relation médecin-patient, dont elle détermine la qualité voire la longévité. « *La relation entre un patient et un médecin est le fondement de l'exercice médical. Il s'agit toujours d'une rencontre singulière et imprévisible, qui se construit autour du double langage, du corps et du symptôme et de celui de la parole. Celle-ci porte en elle un formidable pouvoir structurant, rassurant, mobilisateur de ressources ou au contraire source de frustrations, de colère, de revendications* », définit Isabelle MOLEY-MASSOL, psycho-oncologue, psychanalyste libérale et praticienne à l'hôpital Cochin.

La communication avec les patients est longtemps restée le parent pauvre de la formation des étudiants en médecine. L'apprentissage de la relation médecin-patient ne peut relever de la seule expérience professionnelle sur le terrain et fait l'objet depuis une vingtaine d'années d'un développement progressif et de l'utilisation de méthodes pédagogiques plus spécifiques. Cette volonté a été intégrée à la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales entrée en vigueur à la rentrée 2017-2018. (1)

Nous nous sommes donc proposé de recenser les départements de médecine générale français qui dispensent un enseignement à la relation médecin-patient durant le 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale afin d'en analyser les modalités pratiques et théoriques.

Nous nous attacherons à faire émerger de notre enquête des propositions concrètes voire des pistes de réflexion visant à améliorer et homogénéiser l'enseignement de la relation médecin-patient dans les différents DMG français.

En parallèle, nous pourrons évaluer l'adéquation de cet enseignement avec les attentes des étudiants qui ont parfaitement été mises en exergue dans le travail de thèse en 2018 de Cécilia LARAPIDIE « Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient ». (2)

# **I) La relation médecin–patient (RMP)**

## **I.1) Sa définition**

La relation médecin-patient est au cœur de l'exercice du médecin et d'autant plus dans celle du médecin généraliste qui tient le rôle privilégié de médecin de famille. Le médecin généraliste est dans notre système de santé actuel le spécialiste qui coordonne la prise en charge du patient, facilite la continuité des soins dans le cadre d'un suivi au long cours et assure la démarche de santé publique.

Dans la première définition de la médecine générale réalisée par le groupe de Leeuwenhorst en 1974 centrée sur les activités professionnelles du médecin généraliste, les principes fondamentaux de la discipline scientifique qu'est la médecine générale n'apparaissent pas. (3)

Ce n'est qu'en 1978 que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les soins primaires comme « des prestations de santé accessibles et intégrées assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté ».

En 2002, la WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) réunit les différentes structures européennes de médecine générale pour valider une définition consensuelle de la médecine générale. (4) La médecine générale est ainsi définie par 11 critères qui précisent les compétences fondamentales du médecin généraliste. La communication interactive avec le patient est une de ces dernières puisqu'elle permet de structurer la consultation, de fournir des informations adaptées au patient, d'expliquer les investigations et leurs résultats mais aussi d'intégrer, de comprendre et de gérer les différentes émotions de manière adéquate. C'est ainsi que M.T. LUSSIER et C. RICHARD attribuent deux fonctions à la communication en médecine : « l'échange d'informations et le développement d'une relation ». (5)

## **I.2) Son évolution**

Au cours des 30 dernières années la relation médecin- patient a grandement évolué, passant d'un modèle paternaliste issu de la médecine hippocratique à un abord plus délibératif de la prise en charge.

Le patient est perçu dans le modèle paternaliste comme n'étant plus une personne raisonnable, capable de comprendre sa maladie et de décider pour elle-même de la manière dont elle veut vivre ou mourir. Le médecin se positionne comme l'expert détenant le savoir, agissant selon un principe bienfaisant, fidèle au serment d'Hippocrate qui inclut le devoir « de ne pas nuire ».

L'évolution sociétale, l'accès vulgarisé aux informations médicales via internet et le développement de la biomédecine voient l'abandon de ce modèle ancestral.

À l'inverse, le modèle délibératif instaure un dialogue entre le médecin et le patient. Le consentement du patient, introduit par la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 (6) a fait de l'information du patient non plus seulement une obligation déontologique mais un droit essentiel.

Le patient, riche de ses informations est à même de discuter avec son médecin des choix et décisions qui le concernent

Ce dernier modèle basé sur un *partenariat* semble le plus approprié pour grand nombre de médecins. Cependant il faut une volonté et du temps pour engager un véritable dialogue aboutissant à une telle entente. Cela ne fait que nous rappeler la compétence fondamentale du médecin généraliste qu'est la communication.

La communication est un élément clé dans l'élaboration de la relation médecin-patient. La littérature est abondante sur ce sujet, d'une part pour montrer que le défaut de communication est l'une des causes majeures d'événement indésirable associé aux soins (EIAS), et d'autre part pour souligner les difficultés des patients à comprendre les explications médicales. Ces difficultés de compréhension compromettent la qualité de la relation, l'adhérence du patient à un traitement ou à des règles hygiéno-diététiques et peuvent aboutir à une mise en danger du patient. De multiples actions sont développées en ce sens, notamment dans le cadre du programme national pour la sécurité des patients (PNSP), piloté par la haute autorité de santé (HAS), visant à améliorer la sécurité du patient et ceci à destination des professionnels de santé et des usagers.

### **I.3) La notion d'empathie**

On ne peut envisager la relation médecin-patient sans aborder la notion d'empathie qui fait entrer les émotions dans cette relation interpersonnelle. Dans le sens commun, l'empathie dans la relation de soin signifie une attitude générale du médecin, marquée par

une plus grande attention au malade, l'accentuation du dévouement ainsi qu'une attitude d'écoute et de disponibilité.

Il en résulte 2 conceptions opposées du rôle du médecin :

- celle du médecin efficace, pragmatique, qui a une vision objective du patient et de sa maladie, et qui peut ainsi prendre des décisions d'expert et gagner en efficacité ;
- celle du médecin empathique et humain qui s'intéresse non seulement à la maladie de chaque patient, mais également à la manière dont il la vit, à sa situation personnelle et sociale, ainsi qu'à son histoire.

Un « *paradigme intégratif* » a dès lors été proposé pour la pratique médicale (GLICK, 1993) : « Il n'y a en effet pas lieu de mettre en conflit progrès scientifique et technologie d'une part, empathie et humanisme d'autre part. »

Avec l'emprise technologique croissante, les communications interpersonnelles sont à considérer toujours plus « comme un paramètre essentiel de la fonction de soins (...) dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre ». (7)

L'une des tâches complexes du praticien au cours de la consultation médicale, est le travail sur les émotions. En effet, de manière innée, l'individu ne peut rester sans réagir en présence d'une émotion : il s'agit d'abord d'une réaction involontaire qui dépend de programmes biologiques prédéterminés. Le sujet fonctionne en somme comme une caisse de résonance des émotions de l'autre. Cette réaction involontaire peut ensuite se coupler à une élaboration cognitive de ce qui se passe dans l'interaction. Le médecin peut d'autant mieux y arriver qu'il demeure ouvert et attentif à son propre vécu. (8)

Le médecin doit être en mesure de mettre en place une relation de soutien et de compassion vis-à-vis de son patient, sans se laisser aller à des sentiments tels que la sympathie ou l'antipathie, plus conformes aux relations humaines habituelles.

Différentes études montrent qu'une majorité de patients souhaite une relation de type humain avec leur médecin. Ils veulent que les praticiens restent détenteurs du savoir et techniciens, mais également qu'ils puissent sentir leurs souffrances, écouter leurs plaintes, patienter face à leurs doutes et leurs errements ; les patients souhaitent que leurs médecins les informent, les accompagnent à leur rythme et selon leurs besoins. (9)

Bien que les patients n'évoquent pas directement la qualité d'empathie en qualifiant leur médecin, leur attente correspond à une compréhension empathique de leurs problèmes. Ainsi, du point de vue du patient, l'empathie représente un élément fondamental dans la définition d'une relation humaine avec le médecin.

## **I.4) Son enseignement**

« La médecine générale est une discipline universitaire qui s'appuie sur une pratique, une recherche et un enseignement. » (10)

Pour répondre aux attentes de la société civile, les départements de médecine générale (DMG) ont pour mission de former des professionnels de santé capables de répondre aux demandes des patients en soins primaires ( les équipes de soins primaires sont constituées autour de médecins généralistes de premier recours et contribuent à la structuration du parcours de santé des patients, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins). (11)

La notion de compétence reconnue par la société civile des médecins reposait jusqu'alors sur la confiance en l'université (garante des savoirs), sur la longueur des études et sur la confiance accordée aux différents pouvoirs institutionnels. Elle est actuellement remise en cause. Au moment où les pratiques des médecins vont être évaluées selon des procédures de qualité, la certification des compétences à exercer en fin de D.E.S est une des réponses à la question fondamentale de la qualité des soins. Cette démarche, menée par le collège national des généralistes enseignants (CNGE), est particulièrement importante au moment où le référentiel métier de la médecine générale est publié par les tutelles, et où la loi HPST (loi Bachelot du 21 juillet 2009) inscrit clairement les missions du généraliste dans le code de la santé publique et notamment celle de la formation des internes.

Cette structuration récente s'est faite autour de 6 compétences que l'interne en médecine doit acquérir (Annexe I) et que les DMG doivent certifier :

- Approche globale et prise en charge de la complexité
- Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- Premier recours, urgences
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Relation, communication, approche centrée patient
- Professionnalisme.

Cependant communication et empathie, et de manière plus générale, la RMP ont longtemps été négligées au cours du cursus médical.

Les études de médecine ne préparent guère à aborder les émotions ; de la même manière il est licite d'énoncer que la compétence communicationnelle n'est pas acquise à l'entrée des études en médecine de par le simple fait de savoir s'exprimer. Dans sa revue

de littérature en 1999, K. ASPEGREN établissait que les compétences communicationnelles peuvent être enseignées et apprises.(12)

Cecilia LAPARIDIE a ainsi mis en évidence dans son travail (2) que 94,2 % des internes avaient déjà rencontré des difficultés de communication avec un ou des patients lors de leurs stages et que la majorité d'entre eux était favorable à une formation à la relation médecin-malade et plus spécifiquement à l'aspect communicationnel. De la même manière, S. BONEL, dans sa thèse publiée en 2009 (13) sur la formation à la relation médecin-patient auprès des internes de Midi-Pyrénées en 2008, constatait que 76,5 % des internes du 3<sup>ème</sup> cycle avaient été confrontés à des difficultés relationnelles.

La réforme du troisième cycle des études médicales, entrée en vigueur à la rentrée universitaire 2017-2018 (1), définissait la RMP et la communication comme des compétences à acquérir au cours de la formation du médecin généraliste. L'interne doit « *développer des relations professionnelles avec le patient et son entourage permettant l'échange des informations nécessaires à une prestation de soins de qualité* », « *savoir s'assurer de la compréhension de l'information transmise* », « *développer une attitude réflexive, incluant une capacité d'autoévaluation, gérer son stress et se remettre en question* ». De tels apprentissages ne peuvent relever de la seule acquisition sur le terrain, de la seule expérience personnelle instinctive et non consensuelle mais doivent faire l'objet d'un réel enseignement pour lequel il existe de nombreux outils connus et plébiscités par les internes.

Ces dernières années, de nombreux efforts ont été entrepris pour intégrer tout au long des études de médecine un enseignement pratique centré sur les compétences cliniques. L'enjeu est de trouver un juste équilibre entre un enseignement qui propose des points de repère et une structuration de la rencontre médecin-patient tout en préservant le développement d'une capacité d'adaptation instantanée au patient au cours de l'entretien. Le modèle dit Calgary-Cambridge, largement développé et déployé au Canada, aux Etats-Unis et en Angleterre, est une des références utilisées pour fournir ces points de repère aux étudiants. (14) (15) (Annexe II)

Un autre fil conducteur de cet enseignement est la notion d'approche centrée sur le patient (ACP) qui valorise la complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie (16), aboutissant à une personnalisation des soins et au développement de la capacité du patient à partager des décisions avec les soignants et à s'engager dans ses soins.

Les notions abordées viennent compléter celles enseignées de manière plus magistrale, centrées sur l'aspect biomédical, non sans quelques tensions. L'effort doit alors porter sur une complémentarité des perspectives qui vise à intégrer à la problématique médicale le caractère unique de chaque patient et sa perspective propre.

La faculté de Créteil a été innovatrice dans ce domaine en développant progressivement depuis une vingtaine d'années une formation à la RMP s'appuyant sur des méthodes spécifiques d'apprentissages. Le « programme d'enseignement d'initiation à la relation médecin malade » (17) repose sur un ensemble de principes pédagogiques éclectiques qui visent à prendre en compte à la fois des éléments cognitifs et des éléments émotionnels. Il recourt à des moyens et à des ressources pédagogiques variés : « intervention dès les premiers contacts avec les patients, travail de formation s'appuyant sur l'expérience des étudiants dans les services hospitaliers, utilisation du groupe de parole sur cas clinique et du jeu de rôle co-animés par un médecin et un psychologue, psychiatre, psychanalyste, écriture d'un texte avec références bibliographiques ».

Avec l'introduction des stages praticien niveau 1, obligatoires, l'interne s'initie à la pratique de médecine générale ambulatoire. La création du statut de maître de stage universitaire (MSU) et l'effort porté sur leur formation, leur recrutement et leur reconnaissance témoignent de cette volonté des DMG « d'organiser le troisième cycle des études médicales selon une logique d'apprentissage par compétence » (18) de l'enseignement de la RMP et de la communication.

Découlant de ce contexte, comment est enseigné la relation médecin-patient au sein des DMG français au cours du DES de médecine générale ?

Notre objectif a donc été de réaliser un état des lieux de l'organisation de cette formation à la relation médecin-patient dans l'ensemble des DMG français. (Annexe III)

## **II) La méthode**

### **II.1) Recherche bibliographique**

Pour l'élaboration du questionnaire, nous avons effectué la recherche bibliographique à travers les bases de données PubMed, Sudoc, BDSF (banque de données en santé publique), CISMef (catalogue et index des sites médicaux de langue Française), EM Premium.

Nous avons utilisé les mots-clés suivants : relation médecin-patient, communication médecin-patient, empathie, formation, étudiant en médecine, DMG.

Nous avons effectué une recherche manuelle à partir des bibliographies des articles trouvés. Des articles sur des expériences pédagogiques réalisées nous ont permis d'individualiser les thèmes fondamentaux et les outils pédagogiques existants et de les proposer comme items de notre questionnaire.

### **II.2) Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive quantitative par questionnaires.

### **II.3) Accord du DMG de Toulouse**

L'accord du DMG de Toulouse pour débiter l'enquête a été obtenu après soumission des méthodes de l'enquête.

### **II.4) Echantillon et critères d'inclusion**

Nous nous sommes adressés aux DMG de France métropolitaine et d'Outre-mer, recensés sur le site CNGE. Nous avons, dans un premier temps, via un premier courriel de contact (Annexe IV) identifié la personne ressource. Dans un second temps, nous avons soumis la personne ressource à un questionnaire (Annexe V).

La période d'enquête s'est étalée d'avril 2019 à juillet 2019. A chacune des deux étapes, les relances courriels ont été régulières.

Nous avons inclus dans l'analyse les DMG ayant répondu au questionnaire. Pour les DMG ne répondant pas, une recherche sur l'organisation de l'enseignement de la RMP a été réalisée sur internet pour compléter notre étude.

## II.5) Le questionnaire (Annexe IV)

Le questionnaire a été réalisé grâce à l'application Google Forms. Il comportait 27 questions dont 17 questions fermées, 10 questions ouvertes et offrait 1 possibilité de commentaires libres.

Il était divisé en 6 parties :

### *1/ Identité de la personne ressource*

Cette partie a permis d'identifier précisément la personne ressource qui répondait au questionnaire (identité, faculté d'origine, rôle propre au sein du DMG)

### *2/ Enseignement de la relation médecin-patient*

Nous avons voulu mettre en évidence si une formation spécifique à la RMP avait été mise en place et dans quelles conditions.

### *3/ Organisation pratique*

Cet item nous a permis de connaître le nombre d'heures affectées à la formation et leur organisation au cours du DES de médecine générale.

### *4/ Contenu et moyens pédagogiques*

Dans cette partie fondamentale nous abordons les thèmes proposés lors de la formation ainsi que les outils pédagogiques proposés. Ces derniers ont été individualisés à travers des articles sur des expériences pédagogiques réalisées (Questions 16, 18, 19, 20).

En dehors des cours magistraux, diverses mises en situations de l'interne peuvent être proposées au cours des stages pratiques :

- ◆ SODEV (supervision par observation directe avec enregistrement vidéo) : l'étudiant est confronté seul au malade sous l'œil à distance d'un superviseur, avec l'accord du patient. La séquence est enregistrée pour permettre une synthèse de la consultation rétroactive débouchant sur des conseils pédagogiques.
- ◆ Supervision directe avec présence de l'enseignant auprès de l'étudiant : l'enseignant assiste à la consultation dirigée par l'interne pour en discuter dans un second temps.
- ◆ Supervision indirecte : l'étudiant relate le déroulement de la consultation à l'enseignant en dégageant son ressenti et les difficultés rencontrées.

- ◆ Participation à des groupes BALINT : ces groupes sont constitués d'une dizaine de soignants qui vont débattre autour de cas cliniques. Ces entretiens se déroulent en présence d'un « leader accrédité par la Société Médicale Balint » chargé d'assurer la cohésion du groupe, la libre circulation de la parole et le bon déroulement des séances.
- ◆ Jeux de rôle : les étudiants jouent le rôle soit du patient soit du médecin autour d'un thème de consultation imposé, sous l'œil d'un petit groupe d'internes et d'un animateur. Une séance de débriefing permet de mettre en évidence les points forts et les faiblesses du déroulé de l'entretien. Le rôle du patient peut être joué par un patient volontaire ou un acteur formé à ce type d'intervention.
- ◆ Analyses de consultations filmées : des consultations filmées avec l'accord des patients font l'objet de discussions entre un enseignant et des étudiants

#### *5/ Enseignants*

Ces questions renseignent sur la qualification des intervenants dans cette formation à la RMP ainsi que leur formation en la matière. Toute action de formation, pour qu'elle soit consensuelle et transversale, doit être basée sur une pédagogie acceptée et intégrée par tous les formateurs.

#### *6/ Evaluation*

Nous avons voulu déterminer si une évaluation spécifique avait été mise en place à l'issue de cette formation.

### **II.6) L'analyse**

Les données ont été analysées à l'aide du tableur Excel. Nous avons maintenu l'anonymat des personnes ressources dans la publication des réponses.

Les données ont été retranscrites, question par question, sous forme de tableaux ou graphiques.

Les réponses ouvertes ont fait l'objet d'une analyse et ont été intégrées aux résultats lorsque cela était cohérent. Sinon elles ont fait l'objet d'un rapport particulier.

### III) Résultats

Les résultats complets de l'enquête sont regroupés sous forme d'une feuille de calcul Excel (Annexe VI).

Sur 33 DMG contactés, 28 ont donné suite à notre sollicitation mais 3 ont refusé de répondre par manque de temps ou de conviction, soit un taux de réponses exploitables de 76 %.

Pour les DMG n'ayant pas répondu au questionnaire nous avons cherché des informations utiles directement sur leur site afin de compléter notre étude. Ces données, recueillies à titre informatif ont fait l'objet de commentaires mais n'ont pas été intégrées à l'analyse.

#### III.1) Identité de la personne ressource

Les questionnaires ont été soumis dans 44 % des cas à des professeurs associés, dans 20 % des cas à des maîtres de conférences universitaires. Des réponses proviennent, à un degré moindre, de maîtres de conférences associés, d'enseignants attachés, de chefs de clinique universitaire, de professeurs d'université de MG, d'AU MG et de chefs de clinique assistants. (Tableau 1)

Tableau 1

<u>Statut universitaire</u>	<u>Effectif (%)</u>
Professeur associé	11 (44)
Maître de conférence universitaire	5 (20)
Maître de conférence associé	2 (8)
Professeur d'université de MG	2 (8)
Chef de clinique universitaire	2 (8)
Enseignant attaché	1 (4)
AU MG	1 (4)
Chef de clinique assistant	1 (4)
<b>Total</b>	<b>25 (100%)</b>

Majoritairement les personnes ayant répondu aux questionnaires occupaient un poste de responsable du module enseignement recherche (32 %), responsable pédagogique (20 %) et directeur du DMG (16 %). (Tableau 2)

**Tableau 2**

Fonction au sein du DMG	Effectif (%)
Responsable du module enseignement recherche	8 (32)
Responsable pédagogique	5 (20)
Directeur DMG	4 (16)
CCU	3 (12)
Coordonnateur DMG	3 (12)
Autres	2 (8)
<b>Total</b>	<b>25 (100%)</b>

### III.2) Organisation de l'enseignement

Tous les DMG (96 %) forment à la RMP au cours du DES de médecine générale sauf un. Le DMG restant énonce un manque de validité de la méthode, d'enseignants formés et de moyens et n'en fait pas un enseignement prioritaire.

Dans 48 % des DMG cet enseignement fait l'objet d'un enseignement spécifique intitulé « RMP », dans 52 % des DMG il est intégré à d'autres modules détaillés ci-dessous. (Tableau 3)

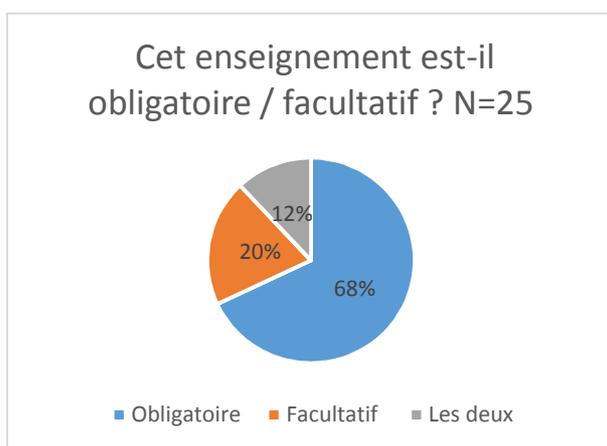
**Tableau 3**

Relation thérapeutique
Module M1 : Les outils d'apprentissage du DES-MG; Module M2 : La démarche médicale en MG; Module M3 : Approche : globalité, complexité et relation médecin patient; Module M4 : Cadre : professionnalisme
Enseignement "simulation" qui consiste à des mises en situation pendant 2 1/2 journées, pas toutes centrées sur la RMP
Groupes d'échanges d'analyse de pratiques (GEAP) thématiques 3 heures le matin et un enseignement en plus grand groupe l'après-midi. Donc en GEAP peuvent apparaître des éléments de RMP ou communication sur des thèmes diversifiés
Enseignement ACP niveau 1-2-3-4-5 (relation professionnelle médecin patient, entretien motivationnel, et atelier relationnel, simulation de situations
Formation associée au stage de N1
9 heures dédiées + intégration dans santé enfant, gériatrie...

GEAP thématisés sur la RMP
Deux types d'enseignement : des ateliers spécifiques et un "fil rouge" communication pendant d'autres formations : patient dépressif, adolescent, patient consommateur de substances psychoactives, approche centrée patient
Enseignements en lien avec les stages ambulatoires
Séminaire communication séminaire ETP
Le patient et son traitement : observance/les principes généraux de communication (savoir se comporter lors d'une situation difficile/l'éducation au patient / les addictions/l'adolescent/le patient en conflit/la personne âgée
Communication

Cette formation revêtait un caractère obligatoire pour 17 DMG (68 %), facultatif pour 5 (20 %) et mixte pour 3 (12 %). (Graphique 1)

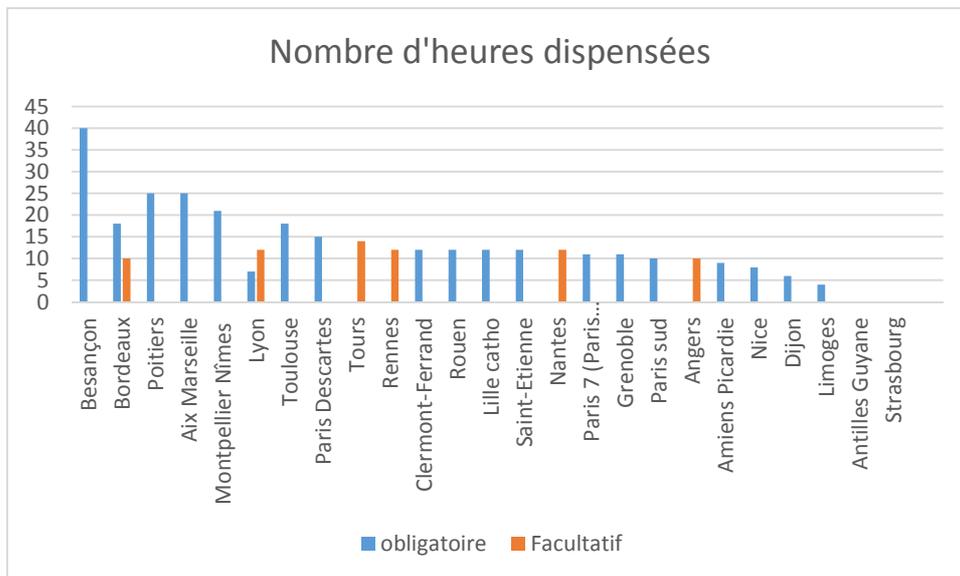
### Graphique 1



La durée moyenne de l'enseignement de la RMP en DES était de **15** heures.

(Graphique 2)

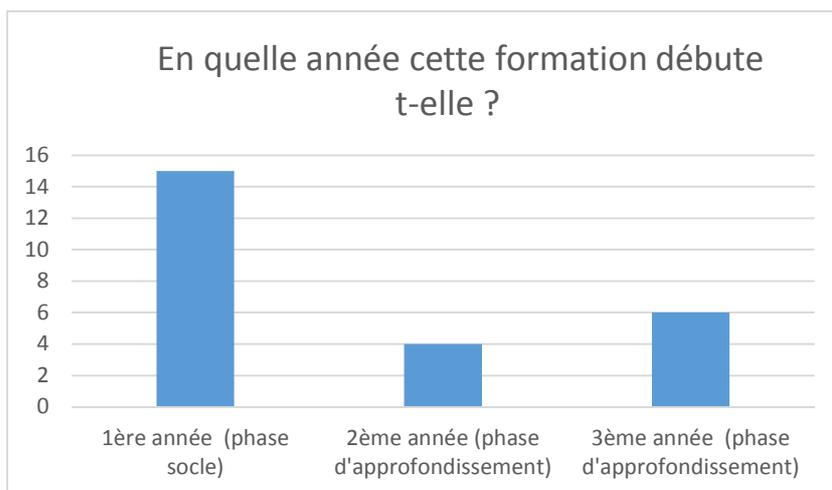
### Graphique 2



60 % des DMG débutent cette formation au cours de la 1<sup>ère</sup> année du DES ; elle est dispensée dans 68 % des cas dans le cadre de cours spécifiques intitulés « Relation Médecin-Patient »

Cette formation est formalisée à 44 % au cours des stages ambulatoires. (Graphique 3)

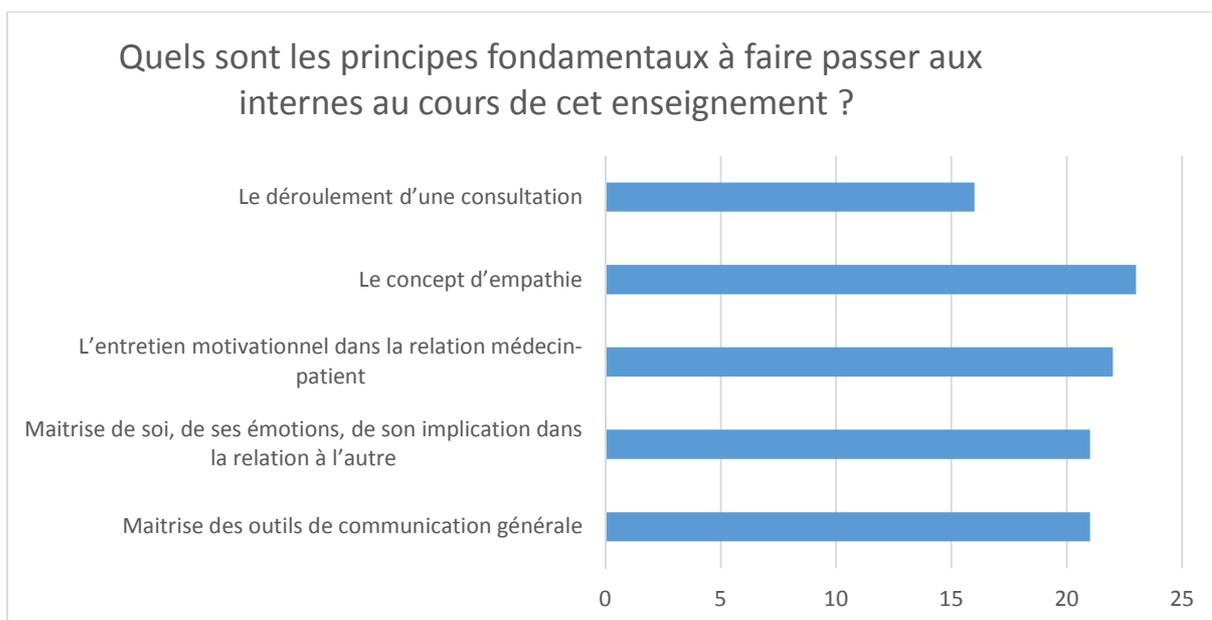
### Graphique 3



### III.3 ) Contenu de l'enseignement

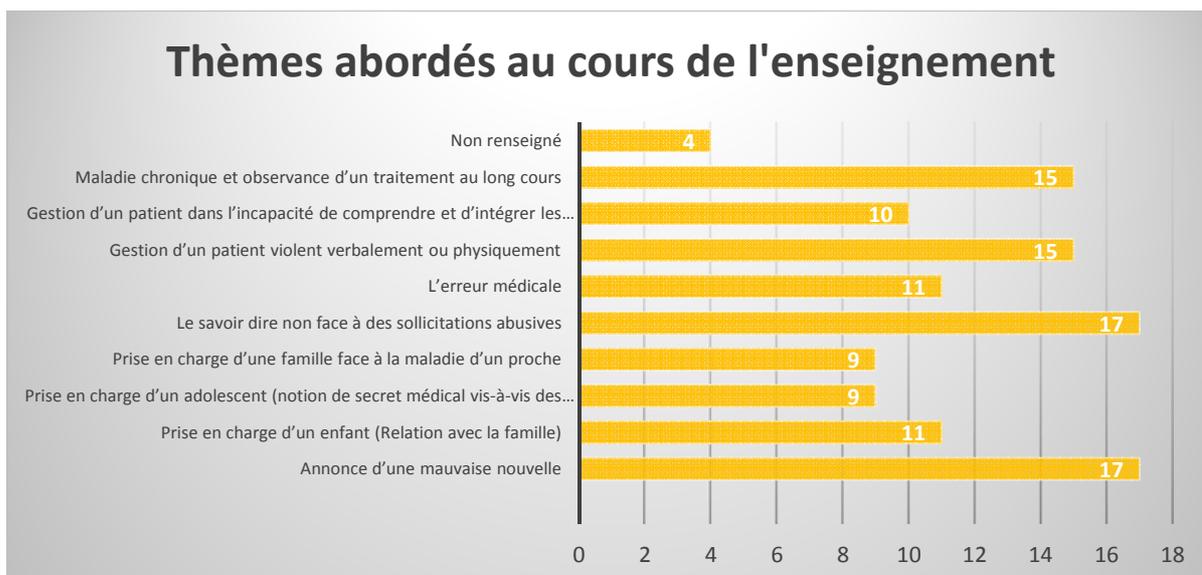
Les principes fondamentaux proposés se retrouvent de manière équitable dans les différents DES. Le déroulement d'une consultation, l'empathie, l'entretien motivationnel, la maîtrise de ses émotions dans la relation au patient ainsi que l'utilisation d'outils de communication ( grille de Calgary Cambridge ) semblent être les principes de base pour l'élaboration d'une relation médecin-patient satisfaisante. (Tableau 4)

Tableau 4



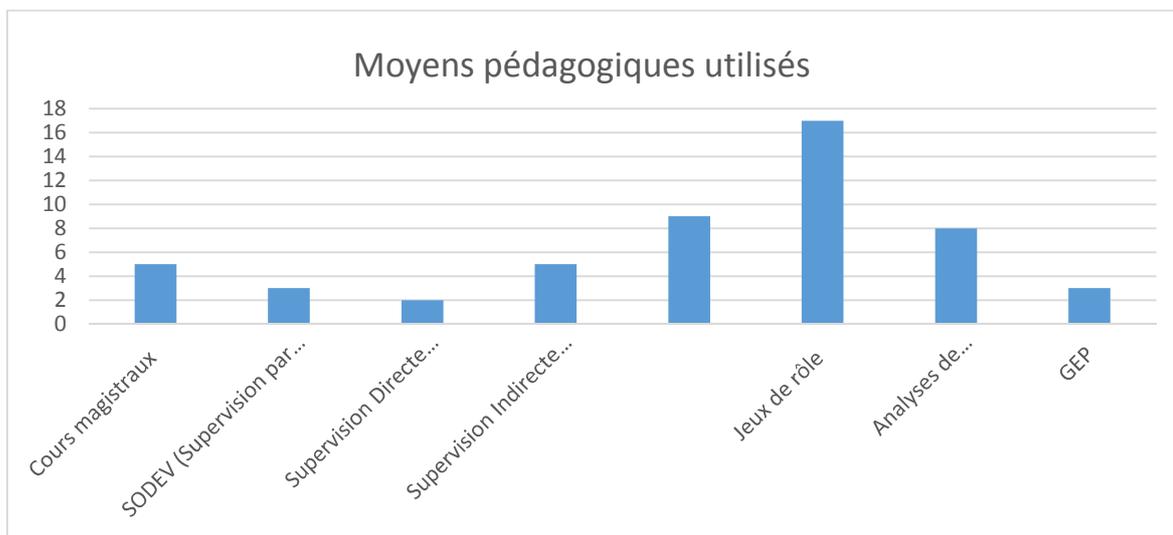
La majorité des DMG aborde de manière prépondérante des thèmes aussi variés que le savoir dire « non », l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la prise en charge des maladies chroniques et l'observance d'un traitement au long cours ou la gestion d'un patient violent. Les autres thèmes sont un peu moins abordés. 3 DES n'abordent pas ces thèmes de manière spécifique ou n'ont pas détaillé. (Tableau 5)

**Tableau 5**



La prépondérance de l'utilisation des jeux de rôles comme outil pédagogique apparaît évidente (68 %). La participation à des groupes Balint est également proposée par 36 % des DMG, et l'analyse de consultations filmées par 32 % des DMG. Les cours magistraux gardent une place importante puisque 20 % des DMG les utilisent comme moyen de formation au même titre que la supervision indirecte. (Graphique 4)

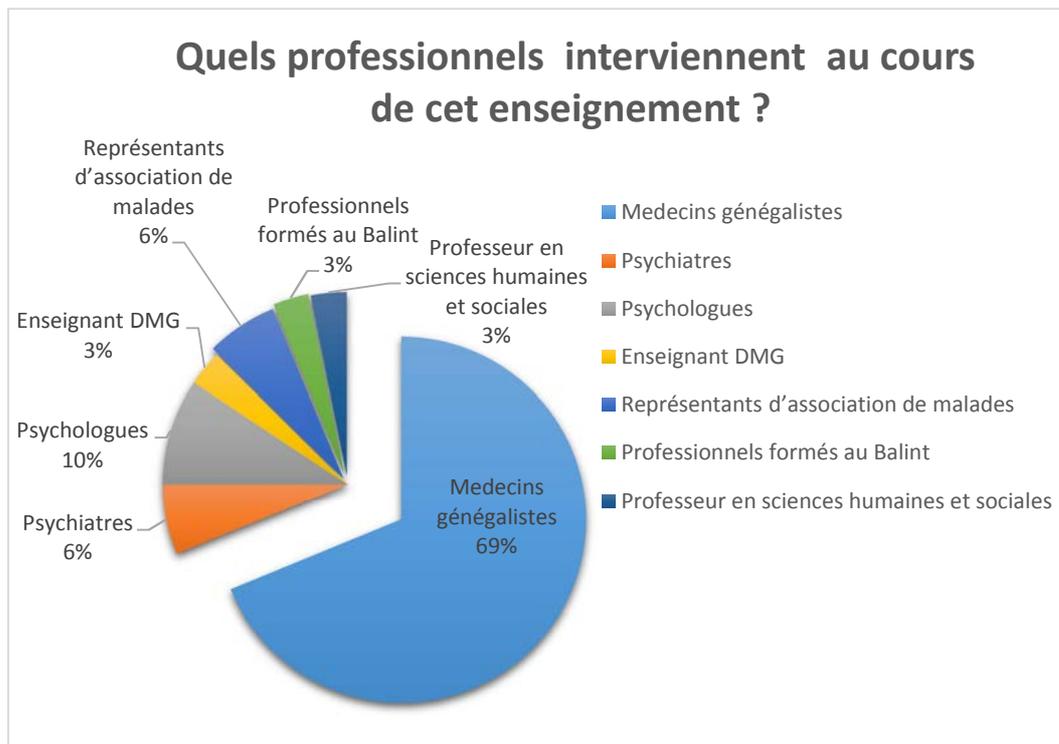
**Graphique 4**



### III.4) Les enseignants

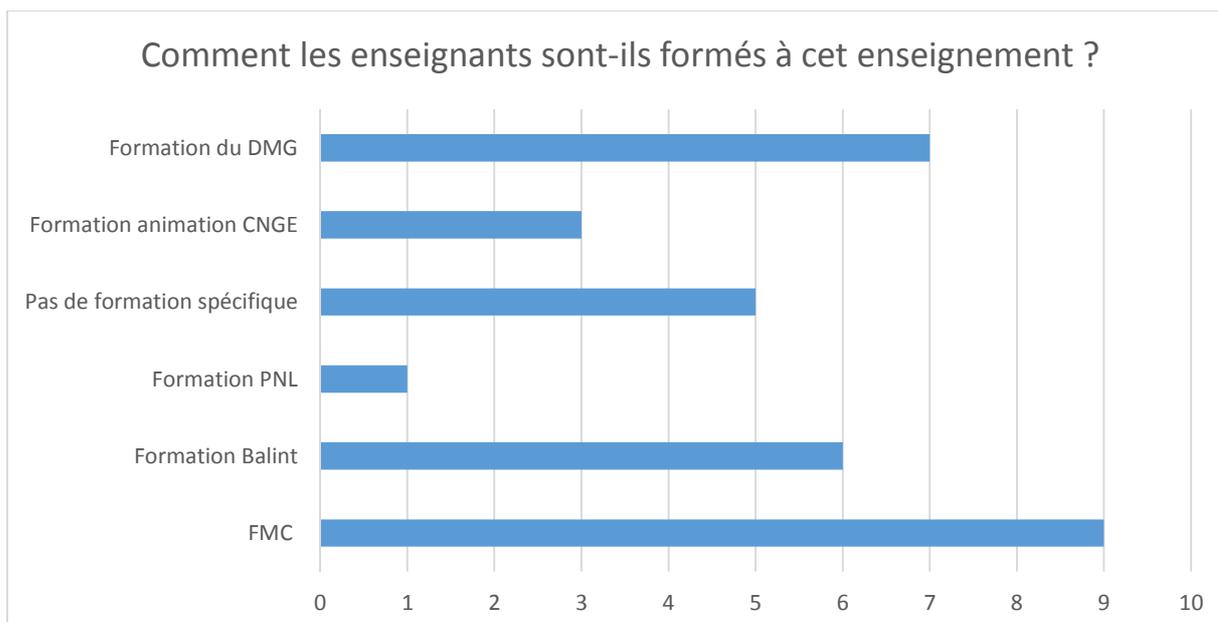
Les médecins généralistes restent les principaux acteurs de cette formation à la RMP (68 %). D'autres intervenants sont amenés à enrichir cet enseignement comme des psychologues (10 %), des psychiatres (6 %) et des représentants d'associations de malades (6 %)... (Graphique 5)

**Graphique 5**



Nous avons interrogé les DMG au sujet de la formation suivie par les enseignants à la RMP. La FMC (formation médicale continue) apparaît dans 9 DMG (36 %). Nous retrouvons une formation au sein même du DMG pour 7 d'entre eux (28 %), une formation aux groupes Balint pour 6 DMG (24 %) et la pratique personnelle également pour 6 DMG. Viennent ensuite une formation au sein du CNGE ou de l'association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM) ainsi qu'une formation spécifique à la communication (3 DMG, 12 %). L'absence de formation est retrouvée dans 3 DMG. (Graphique 6)

## Graphique 6



### III.5) Evaluation

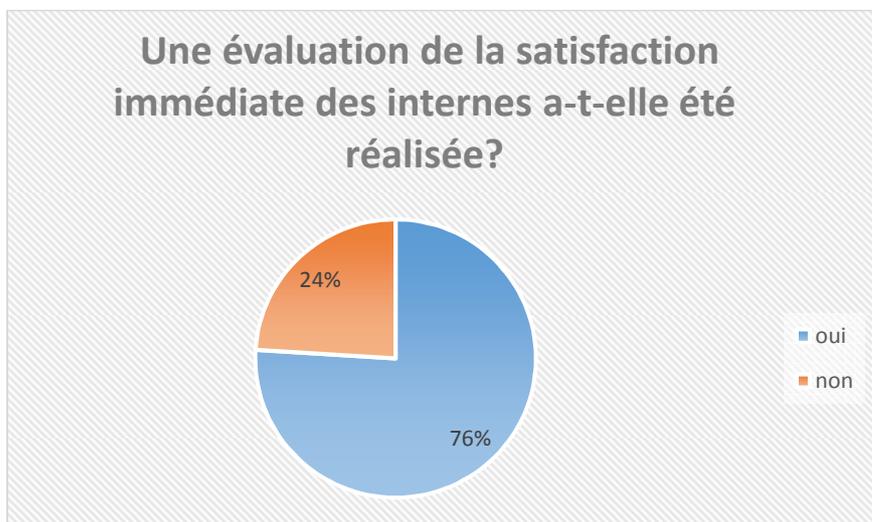
Dans 44 % des DMG une évaluation sur la formation des internes est organisée mais de manière très hétéroclite. Les moyens utilisés sont aussi variés que l'échelle de Lickert (*Echelle de mesure qui comprend en général de 3 à 7 degrés. Très utilisée dans le cadre des enquêtes et des questionnaires, elle permet d'interroger les individus sur leur degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation*), des questionnaires anonymes, la rétroaction, une évaluation à partir des indices de compétences, une évaluation formative lors des jeux de rôle, les environnements numériques de travail (ENT)... L'analyse d'informations collectées directement sur les sites des différents DMG a montré que le récit de situations complexes authentiques (RSCA) et l'élaboration d'un portfolio font partie des méthodes de certification des compétences largement utilisés. (Graphique 7)

## Graphique 7



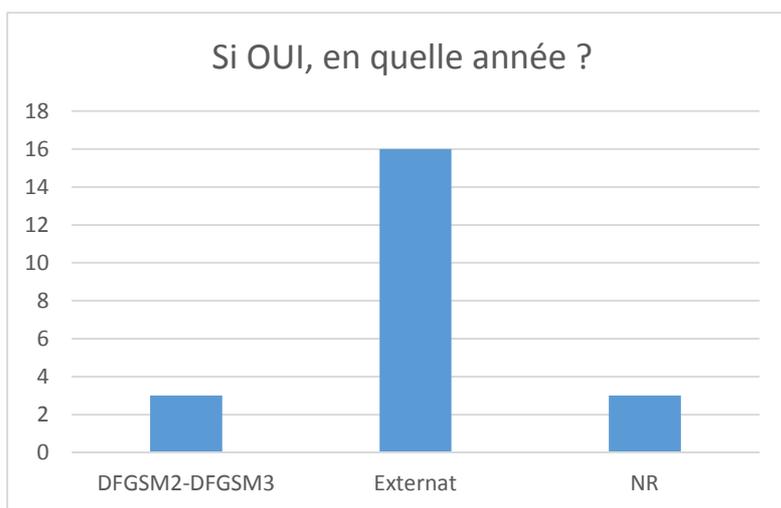
La satisfaction des internes a été évaluée dans 76 % des DMG ; elle se révèle plutôt bonne mais 18 % expriment la nécessité d'apporter des améliorations à cet enseignement. Certains DMG débutent cette formation et n'ont pas encore évalué sa qualité. (Graphique 8)

**Graphique 8**



71 % des DMG ont introduit la formation à la RMP avant le DES de médecine générale, en priorité au cours de l'externat. (Graphique 9)

**Graphique 9**



### **III.6) Analyse des commentaires libres**

Les commentaires libres ont surtout amené des précisions concernant l'organisation de cet enseignement (volume horaire, répartition sur les 3 années d'internat, modèle pédagogique spécifique...) qui paraissaient mal s'intégrer dans notre questionnaire.

Un DMG a précisé avoir intitulé la formation à la RMP « art et médecine » révélant ainsi l'aspect plus inventif et inattendu que peut prendre la relation entre un médecin et son patient.

### **III.7) Données recueillies directement sur les sites des DMG n'ayant pas répondu à l'enquête**

#### DMG 1/

La relation médecin-malade fait partie de l'enseignement hors-pôle en 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> années (DFASM 1 et 2). Des GEAPT (groupe d'échange et d'analyse de pratique tutoré) ont également été mis en place. Ce mode de formation et de validation semble particulièrement performant permettant aux internes d'exposer à leurs collègues leur approche par compétence de l'entité clinique.

#### DMG 2/

La RMP est abordée au cours de différents thèmes visant à renforcer les compétences transversales en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année de DES-MG. Des groupes d'apprentissage d'analyse pratique obligatoires (GAAP) sont mis en place en 3<sup>ème</sup> année à raison d'un volume horaire de 2 heures 1 fois par mois ainsi qu'une initiation optionnelle au groupe BALINT (8 séances de 2 heures par année universitaire pendant 3 ans). La validation est basée sur la présence, la participation au travail en groupe et sur les traces d'apprentissage.

#### DMG 3/

Il n'a pas été retrouvé d'enseignement spécifique de la RMP. Des groupes d'échanges de pratique (GEP) ont été mis en place au cours des phases socle et d'approfondissement visant à développer l'approche centrée patient et l'approche globale dans le modèle bio psychosocial.

#### DMG 4/

*« La médecine générale se fonde sur le principe d'une vision holistique du sujet malade en dépassant la maladie pour rencontrer le sujet dans sa souffrance, dans l'expression de*

*celle-ci, dans la dimension globale de son être. Ce principe étant fondé, il est légitime d'accorder une place privilégiée aux sciences humaines et sociales (SHS) au sein de l'enseignement de la médecine générale. C'est ce que nous avons fait au département ».*

Au cours des 3 années, les étudiants doivent participer à tous les ateliers, à la journée relation médecin-malade et à tous les groupes d'échange de pratiques (3 x 24h).

#### DMG 5/

Les modalités pédagogiques s'appuient sur la maquette officielle du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) de médecine générale :

- importance prioritaire des situations d'apprentissage en stage,
- travail facultaire centré sur ces situations et sur le développement d'habiletés, avec groupe d'échange d'internes supervisé, groupe de travail sur la relation médecin/patient (inspiré des groupes Balint), groupe de simulation (communication, gestes et techniques), travail dans une approche par problème, travaux d'écriture clinique, etc.

#### DMG 6-7-8/

Aucune autre information que les textes officiels n'a été retrouvée sur le site de ces DMG.

## IV) Discussion

### IV.1) Points forts de l'étude

Une force de l'étude est son caractère national ainsi que son sujet portant sur la relation médecin patient et la communication qui sont au cœur de l'exercice de la médecine générale.

### IV.2) Principaux résultats et comparaison à des références de littérature

Notre étude montre que 96 % des DMG ont mis en place une formation à la relation médecin-patient, mais de manière très hétérogène. Nous avons retrouvé des volumes horaires allant de 4 à 40 heures, et un caractère facultatif dans 20 % des DMG. Les moyens mis en œuvre, la structuration de cet enseignement, les outils pédagogiques utilisés varient en fonction de l'intérêt porté par les DMG à cet enseignement et des moyens humains et financiers qui leur sont alloués.

La formation des enseignants est, elle aussi, très disparate allant de la formation personnelle à une formation auprès d'organismes spécialisés tels que l'AFDEM ou le CNGE.

Notre enquête s'est révélée contributive en dégageant les grandes lignes d'une évolution patente de l'enseignement de la relation médecin-patient. D'importantes évolutions ont été mises en évidence et paraissent occuper une place primordiale dans l'enseignement qui nous intéresse tel que le développement des ateliers en petits groupes utilisant les différents outils pédagogiques énoncés auparavant (II-5.4) aux dépens des cours magistraux, peu adaptés à ce type d'enseignement.

Au travers des différents items de notre enquête, nous avons établi quelques points essentiels qui paraissent être la base de l'enseignement de la RMP au cours du cursus de médecine générale. Ainsi le recours à **un outil pédagogique validé pour l'acquisition des compétences communicationnelles**, le fait de débiter **un enseignement de la RMP et communication de manière précoce au cours du 2<sup>ème</sup> cycle et de le renforcer durant le 3<sup>ème</sup> cycle**, le recours à **des exercices spécifique visant à développer les compétences communicationnelles des étudiants**, **l'évaluation des étudiants sur leur capacités communicationnelles et relationnelles par des enseignants formés de manière consensuelle à cet enseignement** et enfin **un travail sur la connaissance de soi et la maîtrise de ses émotions** sont apparus comme des points clés de manière assez unanime au décours des réponses à notre enquête.

#### ◆ **Un outil pédagogique validé**

Actuellement le référentiel utilisé est le guide de Calgary-Cambridge (Annexe I). Son utilisation fait partie des enseignements dans les ¾ des DMG. Si la grille complète est complexe à utiliser, on peut avoir recours à la grille simplifiée (Annexe VII). On y retrouve les principales compétences transmises aux internes telles que la maîtrise des outils de communication, la structuration d'une consultation ou la prise d'une décision partagée avec le patient (Question 14 de notre questionnaire). Cet apprentissage utilisait des outils comme la vidéo ou la simulation de consultations qui étaient plébiscités par les internes dans la thèse de C. LARAPIDIE (2).

#### ◆ **Un cursus mené au cours des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles**

Dans notre étude, 64 % des DMG déclaraient débiter cette formation au cours de l'externat (DFASM 1-2-3) ce qui se révèle être en total accord avec les données issues des différentes références littéraires consultées au vu de former des médecins capables non seulement de maîtriser diagnostic et thérapeutique mais également de se révéler dans l'art de la relation communicationnelle avec son patient.

Les stages hospitaliers et la rencontre avec le patient débutent au cours du 2<sup>ème</sup> cycle. C'est au cours de ces premières années d'immersion qu'a également lieu le premier stage ambulatoire chez un praticien agréé. Dans l'expérience innovante et précurseuse réalisée à Créteil en 2001 (17), un « enseignement d'initiation à la relation médecin patient » est introduit dès la 3<sup>ème</sup> année de médecine. La mise en place de ce dispositif reposait sur des constats propres à l'exercice de la médecine comme la difficulté à associer une « *lutte rationnelle contre la maladie* » et « *la prise en charge relationnelle du sujet malade* », le fait que « *la forte identification des étudiants aux patients doit être mise à profit pour la formation à la RMP* », ou que « *l'utilisation d'une compréhension de nature émotionnelle associée à la compréhension intellectuelle est nécessaire à la prise en charge globale du patient* ».

Il fut également pris en considération que la complexité des processus intervenant dans la relation médecin patient rend impossible l'élaboration de modèles fixes mais induit une adaptation à chaque situation en essayant d'y repérer quelques singularités. Les outils pédagogiques utilisés tels que les jeux de rôle, les groupes de parole et de discussion sur cas et le mémoire de fin de formation ont obtenu un taux de satisfaction des étudiants supérieur à 80 %. Les étudiants se sentaient accompagnés et mieux préparés à la rencontre

en autonomie avec le patient. C'est également ce qui ressort de notre enquête d'après laquelle 68% des DMG avaient recours aux jeux de rôle pour cet enseignement et les commentaires libres concernant l'évaluation des internes faisaient prévaloir la réalisation de rapports écrits de ces apprentissages (RSCA, portfolio, mémoire...)

◆ **Des exercices spécifiques visant à développer les compétences communicationnelles des étudiants**

Cette notion s'est dégagée de notre enquête puisque les jeux de rôle, la participation à des groupes Balint et l'analyse de consultation filmées sont utilisés par plus de la moitié des DMG. Les informations recueillies par ailleurs sur les sites ou dans les commentaires libres révèlent l'adéquation des DMG à ce genre de pratiques et leur mise en place progressive

Nous pouvons compléter nos résultats par ceux de C. LARIPIDIE qui a mis en évidence, l'appréhension des internes face aux jeux de rôle et leur souhait de la constitution de petits groupes identiques pour créer un climat de confiance.

Traditionnellement, les étudiants en médecine apprennent les habiletés en communication verbale et non verbale en observant leurs enseignants. Parmi les moyens pédagogiques engagés plus récemment dans cette formation, les enregistrements vidéo sont un outil précieux de même que les jeux de rôle et les ateliers de discussion en petits groupes. La capacité de l'apprenant à acquérir des techniques relationnelles efficaces est ainsi optimisée(19), (20), (21). Dans ce contexte, la rétroaction immédiate est primordiale. Elle permet de faire ressortir le ressenti, les émotions des étudiants et des enseignants au détour d'une consultation réelle ou simulée. La rétroaction délivre « un message spécifique basé sur l'observation de l'étudiant, fourni par l'enseignant et communiqué dans l'intention de l'informer et de lui offrir une opportunité pour améliorer sa performance » (22). Elle doit être bienveillante, détaillée, descriptive et constructive.

◆ **L'évaluation des étudiants sur leurs capacités communicationnelles et relationnelles par des enseignants formés de manière consensuelle à cet enseignement**

Les résultats de notre enquête montrent qu'une évaluation et certification des internes pour la compétence communication – relation patient est mise en place par 56 % des DMG ayant répondu. L'évaluation des compétences doit être effectuée en situation professionnelle authentique. La meilleure évaluation de la compétence de l'interne est celle

qui prend en compte « ses connaissances, ses processus cognitifs de résolution de problèmes (stratégie), et le résultat de son action (performance) » (23).

Des outils d'évaluation divers tels que l'analyse de cas clinique, l'observation directe de l'étudiant, l'utilisation d'échelles de notation cotant de 1 à 9 différentes compétences de l'interne et la réalisation d'un portfolio (recueil de RSCA , de résumés d'entretien de GEAP, d'analyses bibliographiques critiques et d'une analyse réflexive issue de cette banque documentaire) sont utilisés par les DMG concernés par notre étude.

Cette évaluation doit être menée par des enseignants formés à la compétence communication et RMP. Les enseignants ont un rôle de modèle tout au long du cursus des étudiants qui les observent et s'en inspirent de manière consciente et inconsciente.

Dans une étude récente, les enseignants ont déclaré que les compétences professionnelles étaient influencées par leurs qualités personnelles et étaient de ce fait difficiles à enseigner selon des méthodes traditionnelles mais plus facilement transmises par le phénomène de modèle de rôle (24). Même si l'expérience tient une place importante dans l'apprentissage de la communication, il est maintenant admis que les habiletés en communication s'enseignent et peuvent être apprises (12) (19) (25).

Il ressort de notre enquête que 80 % des enseignants sont formés à la RMP et à sa transmission. Les moyens sont cependant hétéroclites (allant de la simple FMC, d'une formation interne au DMG ou de la pratique personnelle à des formations plus spécifiques tels que les groupes BALINT) et plus ou moins adaptés aux caractéristiques spécifiques de cette compétence qui entremêle professionnalisme, émotion et empathie. Mais un effort est fait au sein des DMG pour prendre en charge cet aboutissement de l'enseignement dans sa globalité et sa complexité.

#### ◆ **Un travail sur la connaissance de soi et la maîtrise de ses émotions.**

C'est dans cette connaissance de soi que le concept d'empathie apparaît. L'empathie est définie comme « un attribut cognitif qui implique, d'une part, la capacité de comprendre la perspective du patient et comment ce dernier ressent les expériences et, d'autre part, la capacité à communiquer au patient cette compréhension." (26)

Les résultats de notre enquête font apparaître que la *notion d'empathie* est un des principes fondamentaux à transmettre aux étudiants (dans 92 % des DMG) ainsi que *la maîtrise de soi , de ses émotions et de son implication dans la relation à l'autre* (84% des DMG)

Dans sa thèse N. NGO (Université Paris VI - 2018) développe largement le concept d'empathie dans la RMP. Elle met en avant un déclin de l'empathie innée au fil des études de médecine auquel on trouve plusieurs explications comme le contexte universitaire avec un enseignement « au lit du patient », la succession des examens et validation des années universitaires qui fait passer la relation au patient au second plan ou encore une réaction d'autodéfense des étudiants face à la réalité des maladies et des malades rencontrés.(27)

Or l'empathie, l'écoute attentive et la considération positive du patient ont été citées comme des attitudes et habiletés relationnelles qui favorisent le soin (28) (29). Ces qualités sont à développer lors des travaux de découverte de soi. La participation aux jeux de rôle, aux GEAP et à des groupes Balint ainsi que l'évaluation par les RSCA, qui sont des moyens pédagogiques essentiels au vu des résultats de notre étude, contribueraient à travailler la connaissance de soi en rapportant des situations qui ont mis l'étudiant en difficulté communicationnelle et en analysant ses propres réactions émotionnelles et leurs conséquences dans sa relation au patient.

Les travaux de B. MILLETTE (19) font partie des références littéraires en matière de RMP puisqu'ils ont permis d'identifier « les facteurs clés de l'enseignement et de l'apprentissage d'une communication professionnelle efficace dans le domaine de la santé ».

Ces facteurs clés sont en adéquation avec nos résultats : *un référentiel en communication déjà existant, le fait de délivrer un enseignement de la RMP et communication de manière longitudinale au cours des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycle, l'utilisation d'exercices spécifiques en communication avec rétroaction immédiate, la délivrance d'une certification à la RMP par des enseignants formés et le travail au développement de soi.*

Dans sa thèse en 2012, C. HOCRY (30) avait travaillé sur ce sujet et avait dressé un état des lieux avec des résultats similaires, en dépit des différentes réformes du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales qui ont eu lieu depuis. Elle mettait en évidence la même hétérogénéité du temps dédié à l'enseignement de la RMP, des thèmes abordés et des moyens qui y sont consacrés. Le nombre de DMG qui a introduit cet enseignement a cependant augmenté puisqu'à ce jour 96% des DMG français le pratique contre 30% en 2012.

### IV.3) Perspectives et propositions

La très grande hétérogénéité de l'enseignement de la RMP dans sa diffusion, dans son organisation, dans son contenu est une faille du système actuel. Une harmonisation de l'enseignement paraît donc nécessaire et pourrait consister en l'élaboration d'un référentiel pour cet enseignement.

En 2005, le collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants a réalisé un **référentiel métier du métier de généraliste** (31). Ce référentiel est un moyen de rendre le métier transmissible par la valorisation de repères fiables et précis. Il sert à repérer les compétences nécessaires à la pratique du métier de médecin généraliste, et à les placer dans leur contexte d'utilisation. Il s'est agi pour son élaboration de définir des objectifs d'apprentissage et de choisir des situations d'apprentissage, de planifier et de contractualiser les activités d'un interne au cours du stage chez le praticien, de mettre en place un système d'évaluation de la pratique en stages hospitaliers et ambulatoires, de préparer un enseignement de médecine générale et une session de formation médicale continue, de concevoir un processus de certification, de construire ou de faire évoluer son identité professionnelle. Dans notre enquête, aucun DMG n'a fait référence à son utilisation comme outil pour l'organisation de l'enseignement de la RMP. Cependant les différents DMG interrogés s'attachent à orienter leur enseignement afin de développer les qualités communicationnelles des futurs médecins même si de manière disparate avec des moyens et une motivation très inégales.

En matière d'enseignement de la RMP et de la communication, les directives officielles qui définissent le programme du DES de médecine générale (Annexe VIII) restent imprécises, ce qui n'est pas sans conséquences sur l'organisation de cet enseignement au sein des DMG.

A l'issue de notre étude, en concordance avec le travail de C. LARIPIDIE sur les attentes des internes en la matière, les groupes de paroles pourraient être un point de départ à cette harmonisation ainsi que la participation à des groupes Balint. Il s'agirait alors de définir des modalités en terme de volume horaire, de contenu et d'organisation les plus adéquates possibles.

Idéalement cet enseignement s'étalerait sur l'ensemble des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles, de manière obligatoire, serait adapté au mieux à la maturité évolutive de l'étudiant dans sa relation aux autres et aux connaissances acquises au cours des enseignements théoriques et pratiques. Là aussi des modèles de référence sont à réfléchir afin que les étudiants

bénéficient de l'enseignement optimal qui se dessine à travers les diverses études et essais pédagogiques menés de manière individuelle par certains DMG français ou étrangers.

Au cours du 2<sup>ème</sup> cycle, le stage ambulatoire chez un praticien agréé, qui est devenu obligatoire depuis 2014 (32), pourrait permettre une initiation à l'utilisation de la grille de Calgary simplifiée (Annexe VI) par des maîtres de stages ayant reçu la formation de MSU, et une sensibilisation au caractère fondamental de cette compétence dans la RMP.

La poursuite de l'apprentissage en 3<sup>ème</sup> cycle apparaît comme une continuité adaptée à la fonction d'interne, faisant évoluer l'habileté relation-communication sur un plan plus complexe reliant « le savoir, le savoir-faire et le savoir être » (33).

La supervision indirecte, utilisant largement l'outil vidéo, pourrait être le pilier de cette formation basée sur le retour de consultations fictives ou réelles. La supervision directe, même si elle est plus inconfortable pour l'interne, pourrait garder une place raisonnable pour évaluer la communication non verbale.

La durée de l'enseignement devrait être harmonisée au sein des différents DMG afin d'offrir à tous les étudiants une formation de qualité répondant aux objectifs fixés par le « référentiel ». Une part d'enseignements facultatifs pourrait également être proposée en réponse à un souhait des étudiants ou à des expériences novatrices conduites par des enseignants.

Afin de délivrer un enseignement qualitatif et homogénéisé, les enseignants devraient être formés de façon obligatoire au référentiel pédagogique, à ses exigences en termes de modalités pratiques, de contenu et d'évaluation.

Bien entendu l'évaluation reste garante d'un enseignement efficace. A l'issue du 2<sup>ème</sup> cycle, hormis l'évaluation du stage chez le praticien, la RMP pourrait occuper une place plus conséquente au sein de l'examen classant national (ECN) qui n'y consacre actuellement que de rares items. L'évaluation lors du 3<sup>ème</sup> cycle devrait s'appuyer sur des situations les plus proches possibles du vécu professionnel. La tenue d'un carnet de stage, l'appui sur la grille simplifiée de Calgary, la rédaction de RSCA paraissent être des outils performants dans cette évaluation.

#### **IV.4) Biais et limites de l'étude**

La principale limite de l'étude est un taux de participation modeste de 76 % malgré des relances insistantes auprès des DMG. Cependant, nous avons pallié ce manque par le recueil d'informations complémentaires directement sur les sites concernées et avons ainsi atteint un taux plus satisfaisant de 96 % de réponses pour certains items. Les réponses au courriel d'introduction afin de connaître la personne ressource susceptible de répondre à l'enquête ont très souvent mis en avant le peu de disponibilité des responsables de DMG, évoquant la période de recueil des données, en fin d'année universitaire, ainsi que les nombreuses sollicitations par les étudiants en thèse.

Une autre limite de ce travail est d'avoir interrogé une seule personne ressource.

Le premier courriel de contact demandait d'identifier la personne susceptible de répondre à un tel questionnaire. Cependant au fil des mois, face au manque de réactivité de certains DMG, nous avons été amenés à contacter des intervenants identifiés sur les sites et organigrammes des DMG. Par là même, notre état des lieux ne prend pas forcément en compte les modalités liées aux différents intervenants et la personne ressource n'avait parfois qu'un lien indirect avec l'enseignement (20 % responsable pédagogique, 16 % directeur du DMG, 12 % coordonnateur du DMG). Cela nous a cependant permis d'élargir notre échantillon et de rendre sa représentation acceptable.

Les commentaires libres ou réponses « autres » ont été reportés et inclus le plus précisément possible dans les analyses mais cela peut également constituer un biais de retranscription.

## Conclusion

La transmission de l'habileté complexe qu'est la relation médecin-patient s'est révélée à l'issue de cet état des lieux au sein des DMG français, très hétérogène.

Les compétences attendues des médecins généralistes nécessitent la mise en place d'une formation à la relation-communication médecin patient homogénéisée dans l'ensemble des facultés de médecine.

Un cursus longitudinal au cours de l'externat puis de l'internat, basé sur un référentiel pédagogique, délivré par des enseignants soumis à une formation spécifique et adaptée, nécessite un investissement certain des DMG tant en moyens humains que financiers.

Dans un contexte d'évolution sociétale, où la RMP a été reconsidérée pour adhérer à une approche centrée sur le patient lors de la consultation médicale, ce remaniement dans le cursus des étudiants en médecine paraît primordial. Des moyens pédagogiques et évaluatifs spécifiques à la RMP sont ressortis de notre état des lieux. Cependant la création et la diffusion d'un référentiel national de l'enseignement de la RMP au cours du DES de médecine générale pourrait être la première étape vers l'homogénéisation de cet enseignement.

On imagine aisément que les failles de l'enseignement de l'habileté relation-communication se retrouvent dans les autres DES médicaux ou chirurgicaux et que ce référentiel pourrait, moyennant quelques adaptations, être utilisé plus largement qu'au sein des DMG.

A l'heure de la volonté politique de favoriser le soin coordonné (MSP (Maison de santé pluri professionnelle), CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé) etc...) il ne faudra pas perdre de vue que la relation médecin patient doit rester incontournable.

Les places respectives qu'occupent le médecin et le patient dans leur relation, font de la communication un élément déterminant de la consultation qui vise à améliorer la satisfaction des médecins et des patients

Vu  
Toulouse le 8/10/2019

  
Le Président du Jury 32  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

Toulouse, le 08/10/19

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D.CARRIE



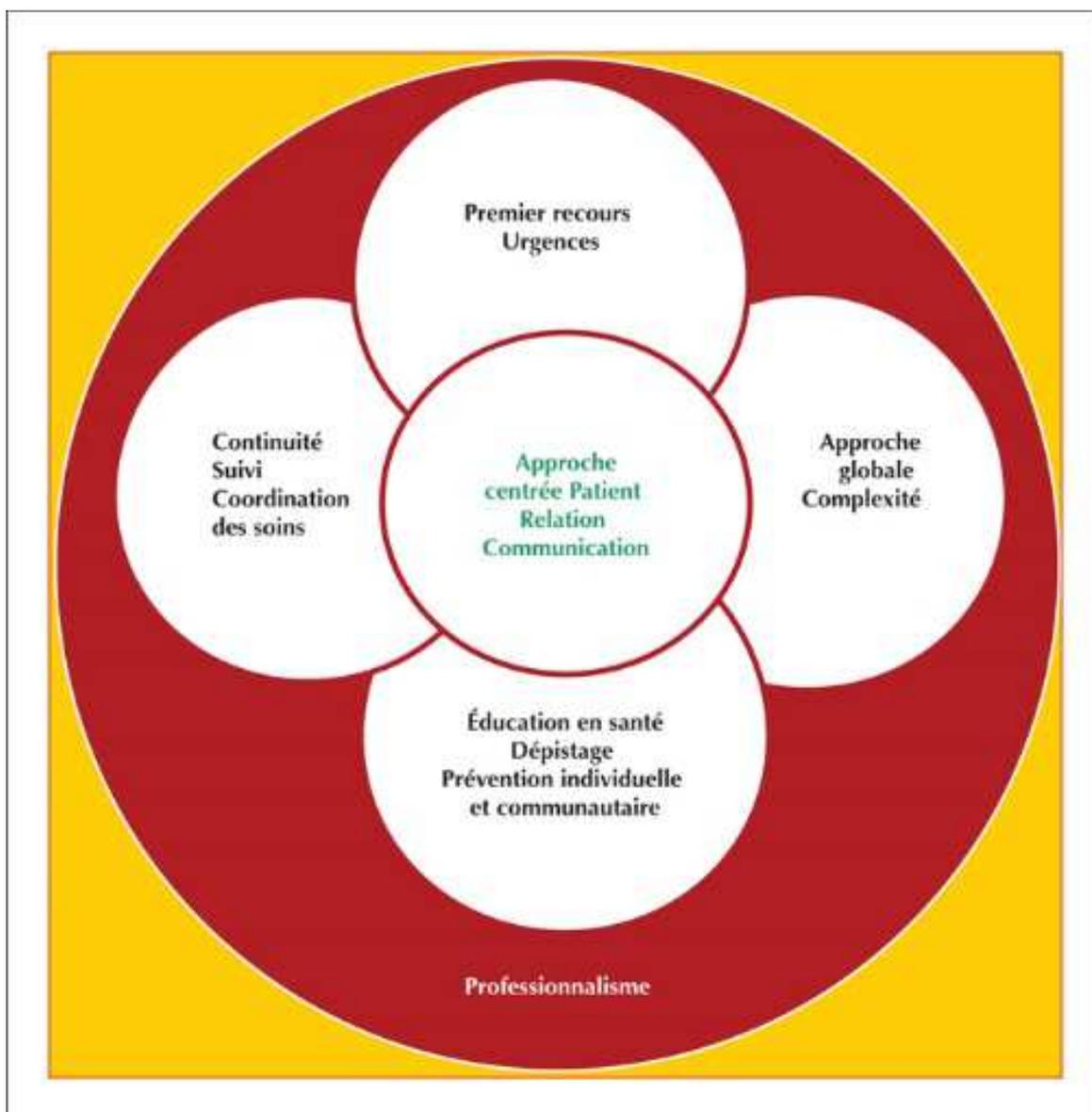
## Bibliographie

- (1) Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, version consolidée au 18 juin 2019
- (2) Larapidie, Cécilia (2018) *Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient*. Thèse d'exercice en Thèses > Médecine générale, Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- (3) Leeuwenhorst group "The General practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General practice." Netherlands.1974.
- (4) WONCA EUROPE 2002 "The european definition of general practice/ family medicine"
- (5) Richard C et Lussier MT. La communication professionnelle en santé 2<sup>ème</sup> édition. ERPI. 2016. 828 p.
- (6) LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel;
- (7) Cosnier J., 1993,"les interactions en milieu soignant", in Cosnier J.,Grosjean M.et Lacoste M., *Soins et communication :Approches interactionnistes des relations de soin*,Lyon,Presses universitaires de Lyon, pp 17-32
- (8) Fivaz- Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999 ; Fivaz-Depeursinge, 2001.
- (9) Billings J.A. & Stoeckle J.D., 1989/Junod *et al.*, 2002
- (10) Gay B. "What are the basic principles to define general practice? Presentation to inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medecine." Strasbourg. 1995.
- (11) OMS.(1978,septembre12).OMS/Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire-Disponiblesur [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration.fr](https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration.fr)
- (12) Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. Med Teach. 1999;
- (13) Bonel S. La formation à la relation médecin-patient: enquête auprès de 123 internes en DES de médecine générale à l'Université de Toulouse interrogés en janvier 2008. Thèse de médecine. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2009
- (14) Extrait du résumé-synthèse de Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard, CSL, 2004
- (15) Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT.Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale les processus de communication. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs). La communication professionnelle en santé. Montréal, Canada : Les Éditions du Nouveaux Pédagogiques Inc., 2004 (sous presse).
- (16) [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2040263/fr/decision-n2015-0119/dc/smacdam-du-20-mai-2015-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-du-document-intitule-mise-au-point-organisation-des-parcours-demarche-centree-sur-le-patient](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040263/fr/decision-n2015-0119/dc/smacdam-du-20-mai-2015-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-adoption-du-document-intitule-mise-au-point-organisation-des-parcours-demarche-centree-sur-le-patient)
- (17) Enseigner la relation médecin-malade /Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil/revue internationale francophone d'éducation médicale

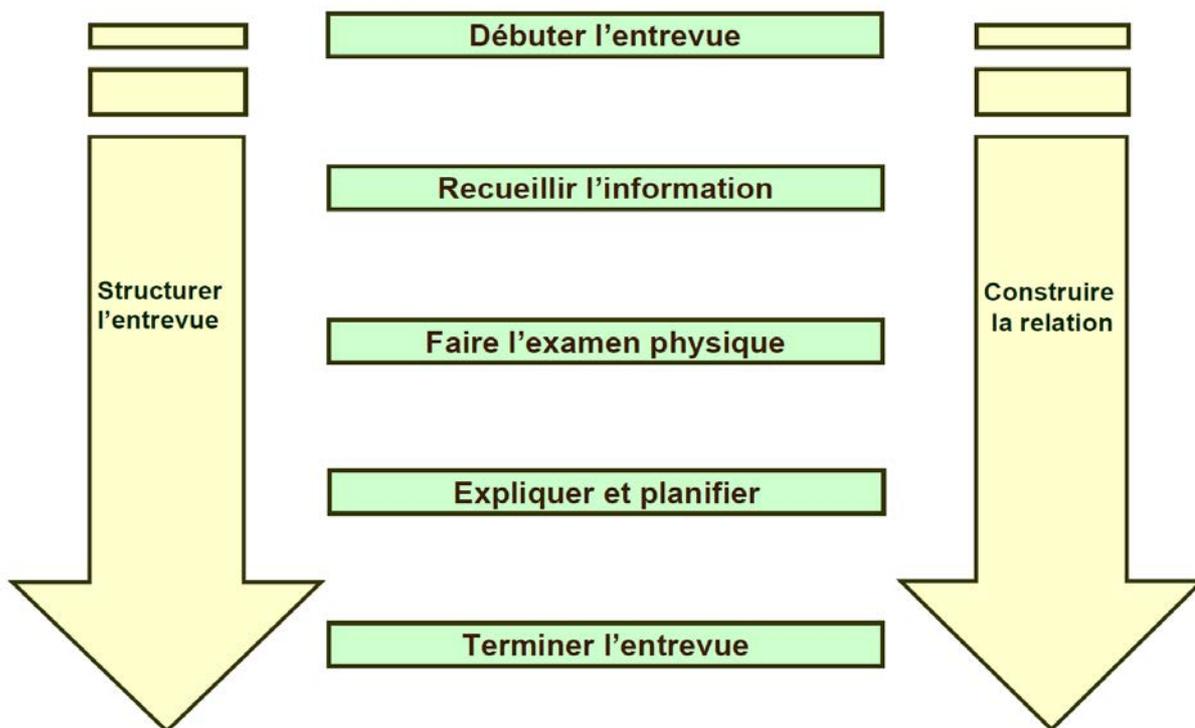
- (18) Compagnon Laurence, Bail Philippe, Huez Jean-François, Stalnikiewicz Bertrand, Ghasarossian Christian, Zerbib Yves, et al. Définition et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013; 24 (108) : 148-55.
- (19) Millette Bernard, Lussier Marie-thérèse, Goudreau Johanne. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale*. 2004; 5 (2) : 110-126
- (20) Fortin B. Enrichir le savoir être des résidents en médecine par des stratégies pédagogiques diversifiées influençant leurs priorités. *Pédagogie médicale* 2013; 14 (4) : 297-302
- (21) Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991; 303 (6814) : 1385-7
- (22) HV O'Brien, MB Marks, B Charlin. Le feedback : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale* 2003 (43) : 184-191
- (23) L'évaluation des compétences des internes de médecine générale Aspects théoriques, réflexions pratiques-ENSEIGNEMENT La Revue *Exercer* - Mars / Avril 2005 n°73 – 63 Pierre Le Mauff\*, Philippe Bail\*\*
- (24) Côté Luc, Laughrea Patricia-Ann. Preceptors' Understanding and Use of Role Modeling to Develop the CanMEDS Competencies in Residents. *Academic Medicine* 2014; 89 (6) : 934-939.
- (25) Richard Claude, Lussier Marie-Thérèse. La communication professionnelle en santé. 2<sup>ème</sup> éd. Montréal: Éditions du nouveau pédagogique; 2005
- (26) Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergane J, Majee M. Physician empathy : definition, components, measurement and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:1563-9.
- (27) Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. août 2011; 86 (8) : 996-1009.
- (28) Lussier M-T, Richard C. Le médecin de famille doit-il être empathique? OUI. *Can Fam Physician*. 1<sup>er</sup> août 2010; 56 (8) : 744-6
- (29) Moreau A., Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. *Presse Med* 2006; 35 : 967-73.
- (30) Hocry C., Etat des lieux de l'enseignement théorique de la Relation/Communication médecin-malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés en France en 2012
- (31) Pour un Référentiel Métier du Médecin Généraliste-Rénover l'Enseignement de la Médecine Générale/ Sous la direction du docteur Marianne Samuelson\*. CBNGE 2005
- (32) Décret n° 2014-674 du 24 juin 2014 modifiant les dispositions du code de la santé publique relatives aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/6/24/AFSH1408850D/jo>
- (33) Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acas Med* 1990; 65:635-675

## Annexe I

### Marguerite des compétences en médecine générale

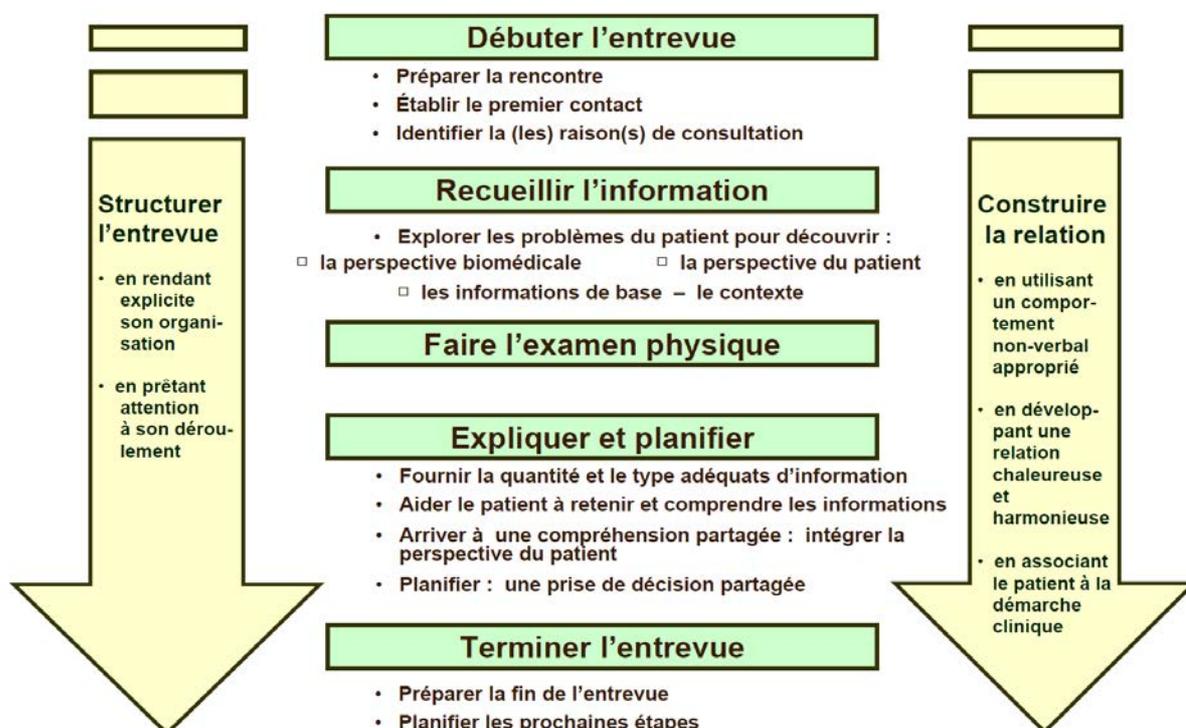


### Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale #



# Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J, Draper J, *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

### Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale #



# Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J, Draper J, *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

## **Annexe III**

### **Liste des facultés de médecine en France**

1. AIX-MARSEILLE
2. AMIENS
3. ANGERS
4. ANTILLES-GUYANNE
5. BESANCON
6. BORDEAUX
7. BREST
8. CAEN
9. CLERMONT-FERRAND
10. DIJON
11. LA REUNION
12. LILLE
13. LIMOGES
14. LYON
15. MONTPELLIER
16. NANCY
17. NANTES
18. NICE
19. PARIS V DESCARTES
20. PARIS VI PIERRE ET MARIE-CURIE
21. PARIS VII DIDEROT
22. PARIS XI LE KREMLIN-BICÊTRE
23. PARIS XII CRETEIL
24. PARIS XIII BOBIGNY
25. PARIS OUEST VERSAILLES
26. POITIERS
27. REIMS
28. RENNES
29. ROUEN
30. SAINT-ETIENNE
31. STRASBOURG
32. TOULOUSE
33. TOURS

## Annexe IV

### Courrier de contact

Madame, Monsieur

Je m'appelle Sylvie MARQUES. Je reprends un cursus interrompu il y a quelques années pour raisons personnelles faisant ainsi parti des « privés de thèse ». Ayant exercé en tant que médecin généraliste remplaçante, j'ai aujourd'hui la possibilité de valider mon 3ème cycle par la réalisation de cette thèse.

Je me permets donc de vous contacter par le biais du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, pour réaliser une enquête dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine générale : « Etat des lieux de la formation à la relation médecin-patient en France en 2018-2019 dans le DES de médecine générale » dirigée par le Dr Michel BISMUTH médecin généraliste, Maitre de conférence des Universités à Toulouse.

Je me propose donc de recenser les départements de médecine générale français qui dispensent un enseignement sur la relation médecin-patient durant le 3ème cycle de médecine générale afin d'en analyser les modalités pratiques et théoriques.

La relation médecin-patient est au centre de la pratique quotidienne de tout médecin généraliste puisqu'en découlent, outre la satisfaction du patient, son adhésion aux différentes thérapeutiques et une meilleure prise en charge des pathologies chroniques. L'apprentissage de la relation médecin-patient ne peut relever de la seule expérience professionnelle sur le terrain et fait l'objet depuis une vingtaine d'années d'un développement progressif et de l'utilisation de méthodes pédagogiques plus spécifiques. Cette volonté a été intégrée à la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales entrée en vigueur à la rentrée 2017-2018 ; elle a également été illustrée par la création du statut de Maitre de stage Universitaire et l'effort porté sur **leur formation, leur recrutement et leur reconnaissance**.

Certaines facultés ont été précurseurs pour cette formation avant même la mise en place des différentes réformes, il me semble donc intéressant de réaliser un état des lieux de cette formation dans l'ensemble des DUMG français.

Je réalise mon enquête par le biais d'un questionnaire Google Form ou par entretien téléphonique.

Au sein de votre département de Médecine Générale pouvez-vous m'indiquer les coordonnées de la personne susceptible de me répondre (NOM- MAIL- LIGNE DIRECTE) ?

Je vous remercie par avance de votre collaboration et de votre réponse.

Cordialement

Sylvie MARQUES

## Questionnaire

### QUESTIONNAIRE THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Je m'appelle Sylvie MARQUES. Je reprends un cursus interrompu il y a quelques années pour raisons personnelles faisant ainsi parti des « privés de thèse ». Ayant exercé en tant que médecin généraliste remplaçante, j'ai aujourd'hui la possibilité de valider mon 3<sup>ème</sup> cycle par la réalisation de cette thèse.

Je me permets de vous contacter par le biais du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, pour réaliser une enquête dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine générale :

**« Etat des lieux de la formation à la relation médecin-patient en France en 2018-2019 dans le DES de médecine générale »**

dirigée par le Dr Michel BISMUTH médecin généraliste, Maitre de conférence des Universités

\*Obligatoire

#### I) Identité de la personne ressource

**1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ? \***

**2. Indiquez vos nom et prénom \***

**3. Indiquez vos mail et numéro de téléphone \***

**4. Quel est votre statut universitaire ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Professeur des universités praticien hospitalier
- Professeur associé
- Maître de conférence universitaire
- Maître de conférence associé
- Chef de clinique assistant
- Enseignant attaché
- Autre :

**5. Quel est votre fonction au sein du DMG ? \***

## **II ) Enseignement de la RELATION MEDECIN-PATIENT**

### **6. Existe-t-il une formation spécifique à la relation médecin-patient durant le DES de médecine générale ? \***

*Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON

### **7. Si NON pourquoi ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Manque de validité de la méthode
- Enseignement non prioritaire
- Manque d'enseignants formés
- Manque de moyens
- Autre :

### **8. Cet enseignement fait-il partie d'une formation plus générale intégrée à d'autres modules ? \***

*Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON

### **9. Si oui lesquels ?**

## **III ) Si vous dispensez une formation spécifique à la relation médecin-patient pendant le DES de médecine générale, comment est-elle organisée en pratique ?**

### **10. Cet enseignement est-il ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Obligatoire pour l'ensemble des internes
- Facultatif sur la base de l'intérêt personnel et du volontariat
- Autre :

### **11. Quel est le nombre d'heures dispensées pour cette formation ? \***

### **12. En quelle année cette formation débute-t-elle ? \***

*Une seule réponse possible.*

- 1<sup>ère</sup> année (phase socle)
- 2<sup>ème</sup> année (phase d'approfondissement)
- 3<sup>ème</sup> année (phase d'approfondissement)

### **13. Cette formation est-elle dispensée dans le cadre de cours spécifiques intitulés « relation médecin-patient » ? \***

*Une seule réponse possible*

- OUI
- NON

**14. Cette formation est-elle formalisée au cours des stages en ambulatoires ? \***

*Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON

**15. Si NON, dans quel autre module s'intègre-t-elle ?**

**IV) Contenu et moyens pédagogiques**

**16. Quels sont les principes fondamentaux à faire passer aux internes au cours de cet enseignement ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Maîtrise des outils de communication générale
- Maîtrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre
- L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient
- Le concept d'empathie
- Le déroulement d'une consultation
- Autre :

**17. Les thèmes suivants sont-ils abordés de manière spécifique au cours de votre enseignement ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Annonce d'une mauvaise nouvelle
- Prise en charge d'un enfant (Relation avec la famille)
- Prise en charge d'un adolescent (notion de secret médical vis-à-vis des parents)
- Prise en charge d'une famille face à la maladie d'un proche
- Le savoir dire non face à des sollicitations abusives
- L'erreur médicale
- Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement
- Gestion d'un patient dans l'incapacité de comprendre et d'intégrer les informations concernant sa santé
- Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours
- Autre :

**18. Quels moyens pédagogiques utilisez-vous ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Cours magistraux
- SODEV (Supervision par Observation Directe avec Enregistrement vidéo)
- Supervision Directe avec présence de l'enseignant auprès de l'étudiant
- Supervision Indirecte (récit de l'étudiant à l'enseignant)
- Participation à des groupes BALINT
- Jeux de rôle
- Analyses de consultations filmées
- Autre :

## V) Enseignants

### 19. Quels professionnels interviennent au cours de cet enseignement ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Médecins généralistes
- Médecins spécialistes
- Psychiatres
- Psychologues
- Professeur en sciences humaines et sociales
- Représentants d'association de malades
- Autre :

### 20. Comment les enseignants sont-ils formés à cet enseignement ? \*

## VI) Evaluation

### 21. Une évaluation des acquisitions des internes existe-t-elle ? \*

*Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON

### 22. Si OUI, sous quelle forme se présente-t-elle ?

### 23. Une évaluation de la satisfaction immédiate des internes a-t-elle été réalisée ? \*

*Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON

### 24. Si OUI, est-elle :

*Une seule réponse possible.*

- Plutôt favorable
- Plutôt défavorable
- Nécessite des améliorations

### 25. Au sein de votre faculté, cet enseignement consacré à la relation médecin –patient intervient-il plus tôt dans les études de médecine ? \*

*Une seule réponse possible.*

- OUI
- NON

### 26. Si OUI, en quelle année ?

### 27. Commentaires libres...

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	4. Quel est votre statut universitaire ?	5. Quel est votre fonction au sein du DMG ?	6. Existe-t-il une formation spécifique à la relation médecin-patient durant le DES de médecine générale ?	7. Si NON pourquoi ?	8. Cet enseignement fait-il partie d'une formation plus générale intégrée à d'autres modules ?	9. Si oui lesquels ?	10. Cet enseignement est-il ?	11. Quel est le nombre d'heures dispensées pour cette formation ?	12. En quelle année cette formation est-elle dispensée ?
Dijon	Professeur universitaire associé	responsable pédagogique	OUI		NON		Obligatoire pour l'ensemble des internes	3+3	3ème année (phase d'approfondissement)
Rennes	Chef de clinique assistant	ccu	OUI		OUI	relation thérapeutique	Facultatif sur la base de l'intérêt personnel et du volontariat.	4 cours de 3 heures + groupe balint (entre 10 et 20 h)	1ère année (phase sociale)
Strasbourg	AUMG	Coordinateur DMG	OUI	formation en cours de construction	NON		Facultatif sur la base de l'intérêt personnel et du volontariat	en cours de construction, dispensée pour les internes de 1 <sup>er</sup> , 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> année	3ème année (phase d'approfondissement)
Poitiers	Professeur universitaire associé	Directeur DMG	OUI		OUI	Module M1 : Les outils d'apprentissage du DES-MG; Module M2 : Missions : la démarche médicale en MG; Module M3 : Approche : globalité, complexité et relation médecin patient; Module M4 : Cadre : professionnalisme	Obligatoire pour l'ensemble des internes	25h, 9h la première année (1 séminaire sur 3 demi-journées), 10h la 2 <sup>e</sup> année (5 GEP de 2h), 6h la 3 <sup>e</sup> année (3 GEP de 2h).	2ème année (phase d'approfondissement)
Paris	Chef de clinique universitaire	ccu	OUI		OUI	l'enseignement "simulation" qui consiste à des mises en situation pendant 2 1/2 journées, pas toutes centrées sur la relation	Obligatoire pour l'enseignement simulation en phase sociale (4h30) et facultative pour les enseignements en ED tout au long des 3 années (6h)	3x 1h30 en simulation + 3 x 2h en ED (ED = enseignements par les MSU dans leur cabinet ouvert à tous les internes de toutes les années)	1ère année (phase sociale)
Bordeaux	Professeur universitaire associé	Directeur DMG	OUI		OUI	la réponse est oui et non Car nous faisons des GEAP thématiques 3 heures le matin et un enseignement plus descendant en grand groupe l'après midi. Donc en GEAP peuvent apparaître des éléments de RMP ou communication sur le thème santé de l'enfant et l'après midi il peut y avoir un aspect relation tripartite de la cs avec l'enfant techniques de rassurance ....	Les deux il y en a des obligatoires et des facultatives (Pardonnez moi cette remarque mais je m'étonne de la non logique de votre questionnaire vis à vis de la non possibilité de cocher les deux alternatives et à ce stade je me questionne sur l'interprétation qui pourrait être faite des résultats ou l'on est contraint de répondre à des items par défaut car ils ne correspondent pas à l'entière réalité !! c'est le cas pour la question 12 !!! nous c'est en 1ère ET 3e année et la 2 <sup>es</sup> est possible pour des enseignements optionnels )	6 + 12 (obligatoires) 10 optionnelles et plus qui sont intégrées aux modules non directement étiquetés RMP	1ère année (phase sociale)
Clermont-Ferrand	PU MG	Coordinateur DMG	OUI		NON		Obligatoire pour l'ensemble des internes	12h	3ème année (phase d'approfondissement)
Rouen	Professeur universitaire associé	responsable pédagogique	OUI		NON		Obligatoire pour l'ensemble des internes	12	1ère année (phase sociale)

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	4. Quel est votre statut universitaire ?	5. Quel est votre fonction au sein du DMG ?	6. Existe-t-il une formation spécifique à la relation médecin-patient durant le DES de médecine générale ?	7. Si NON pourquoi ?	8. Cet enseignement fait-il partie d'une formation plus générale intégrée à d'autres modules ?	9. Si oui lesquels ?	10. Cet enseignement est-il ?	11. Quel est le nombre d'heures dispensées pour cette formation ?	12. En quelle année cette formation est-elle dispensée ?
Montpellier Nîmes	Maitre de conférence universitaire	Responsable du module enseignement recherche	OUI		OUI	Enseignement ACP niveau 1-2; 3-4-5 ( relation professionnelle médecin patient 1. RPMP 2. ETP/entretien motivationnel =3, et atelier relationnel 2 séances par an, annonce d une mauvaise nouvelle ( simulation )	Obligatoire pour l'ensemble des internes	21h sur les 3 années	1ère année (phase socle)
Lille catho	Professeur universitaire associé	Directeur DMG	OUI		NON		Obligatoire pour l'ensemble des internes	12	2ème année (phase d'approfondissement)
Saint_Etienne	Maitre de conférence associé	Responsable du module enseignement recherche	OUI		NON		Obligatoire pour l'ensemble des internes	12	3ème année (phase d'approfondissement)
Paris sud	Maitre de conférence associé	responsable pédagogique	OUI		OUI	Formation associée au stage de NI	Obligatoire pour l'ensemble des internes	10H	1ère année (phase socle)
Paris Descartes	Maitre de conférence universitaire	Autres	OUI		NON		Obligatoire pour l'ensemble des internes	9h + 6h	1ère année (phase socle)
Amiens Picardie	Enseignant attaché	responsable pédagogique	OUI		OUI	9 heures dédiées+ intégration dans santé enfant, gériatrie...	obligatoire + balint proposé volontaire depuis cette année	9heures dédiées= 3 heures chaque année	1ère année (phase socle)
Toulouse	PU MG	RESPONSABLE ENSEIGNEMENT FACULTAIRE	OUI		OUI	GROUPES D ECHANGES DE PRATIQUES THEMATISEES SUR LA RELATION	Obligatoire pour l'ensemble des internes	18H	1ère année (phase socle)
Besançon	Chef de Clinique Universitaire	Chef de clinique	OUI		NON		Obligatoire pour l'ensemble des internes	40h	3ème année (phase d'approfondissement)
Antilles Guyane	Maitre de conférence associé	enseignant, cours interne, organisation choix de stage, commissions, validation des stages, jury de memoire...	NON	Manque de validité de la méthode, Enseignement non prioritaire, Manque d'enseignants formés, Manque de ressources	NON		pas de formation spe	0	3ème année (phase d'approfondissement)
Tours	Professeur universitaire associé	responsable enseignement facultaire	OUI		NON		Facultatif sur la base de l'intérêt personnel et du volontariat	7 à 20	2ème année (phase d'approfondissement)
Lyon	Professeur universitaire associé	plusieurs fonctions : responsable DIU qualification MG, responsable stage externat	OUI		OUI	Deux types d'enseignement : des ateliers spécifiques et un "fil rouge" communication pendant d'autres formations : patient dépressif, adolescent, patient consommateur de substances psycho actives, approche centrée patient	obligatoire et facultative	7h obligatoires et 12h facultatives	1ère année (phase socle)
Nice	Maitre de conférence associé	Responsable tutoral. Communication	OUI		OUI	Séminaire communication seminaire ETP	Obligatoire pour l'ensemble des internes	8	1ère année (phase socle)

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	4. Quel est votre statut universitaire ?	5. Quel est votre fonction au sein du DMG ?	6. Existe-t-il une formation spécifique à la relation médecin-patient durant le DES de médecine générale ?	7. Si NON pourquoi ?	8. Cet enseignement fait-il partie d'une formation plus générale intégrée à d'autres modules ?	9. Si oui lesquels ?	10. Cet enseignement est-il ?	11. Quel est le nombre d'heures dispensées pour cette formation ?	12. En quelle année cette formation est-elle dispensée ?
Limoges	Professeur des Universités de Médecine Générale, praticien ambulatoire	Directrice du DUMG	OUI		OUI	Le patient et son traitement : observance, description/les principes généraux de communication (savoir se comporter lors d'une situation difficile, gérer une demande abusive, savoir dire "non")/l'éducation au patient / les addictions/l'adolescent/le patient en conflit / la personne âgée	Obligatoire pour l'ensemble des internes	4h	1ère année (phase socle)
Angers	Professeur universitaire associé	coordonnateur du DES de MG	OUI		OUI	enseignements en lien avec les stages ambulatoires	Facultatif sur la base de l'intérêt personnel et du volontariat	8h à 24h selon les étudiants réparties sur les 3 années du DES	2ème année (phase d'approfondissement)
Grenoble	Professeur universitaire associé	Responsable de l'enseignement facultaire	OUI		OUI	Communication	Obligatoire pour l'ensemble des internes	trois fois 3h30	1ère année (phase socle)
Nantes	Maître de conférence associé	responsable programme	OUI		NON		Facultatif sur la base de l'intérêt personnel et du volontariat	12 h	1ère année (phase socle)

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	13. Cette formation est-elle dispensée dans le cadre de cours spécifiques intitulés « relation médecin-patient » ?	15. Si NON, dans quel autre module s'intègre-t-il ?	14. Cette formation est-elle formalisée au cours des stages en ambulatoires ?	16. Quels sont les principes fondamentaux à faire passer aux internes au cours de cet enseignement ?	17. Les thèmes suivants sont-ils abordés de manière spécifique au cours de votre enseignement ?
Dijon	NON	ateliers communication 1 et 2	NON	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation, gestion des patients difficiles. Dire non aux demandes abusives	Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement. Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours
Rennes	NON		OUI	Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, approche centrée patient	Annnonce d'une mauvaise nouvelle, Prise en charge d'un adolescent (notion de secret médical vis-à-vis des parents), groupe de type balint, psychothérapie du généraliste
Strasbourg	NON		NON	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, Le concept d'empathie	Annnonce d'une mauvaise nouvelle, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement
Poitiers	OUI	En stage, Grille de Calgary-Cambridge	OUI	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation, GEP 3 (2h) Le patient derrière son symptôme [TCEM 2] GEP 4 (2h) La consultation avec un tiers [TCEM 2] GEP 5 (2h) Le patient insatisfait ou revendicateur [TCEM 2] GEP 6 (2h) La bonne distance : patient séduisant... [TCEM 2] GEP 7 (2h) Le patient vivant dans un contexte de violence : entourage, profession [TCEM 2] GEP 8 (2h) Savoir dire non : patient pharmacodépendant, demande induite [TCEM 3] GEP 9 (2h) Le patient qui ne s'améliore pas [TCEM 3] GEP 10 (2h) L'annonce d'un diagnostic grave et situations irréversibles [TCEM 3] • Chaque GEP nécessite l'apport et le dépôt d'une grille d'écriture et d'analyse de situation de soins en rapport avec le thème du GEP	Annnonce d'une mauvaise nouvelle, Prise en charge d'un adolescent (notion de secret médical vis-à-vis des parents), Prise en charge d'une famille face à la maladie d'un proche, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, L'erreur médicale, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement, Gestion d'un patient dans l'incapacité de comprendre et d'intégrer les informations concernant sa santé, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours, cf commentaire précédant
Paris	NON	Dans les heures d'atelier simulation en phase sociale et au cours d'ED dans les cabinets des MSU	NON	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation, abord spécifique de la relation dans la souffrance psychologique, l'addiction à l'OH et l'examen gynécologique	Il s'agit d'enseigner la relation et de la communication avec le patient en général pour savoir s'adapter si problème il y a

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	13. Cette formation est-elle dispensée dans le cadre de cours spécifiques intitulés « relation médecin-patient » ?	15. Si NON, dans quel autre module s'intègre-t-il ?	14. Cette formation est-elle formalisée au cours des stages en ambulatoires ?	16. Quels sont les principes fondamentaux à faire passer aux internes au cours de cet enseignement ?	17. Les thèmes suivants sont-ils abordés de manière spécifique au cours de votre enseignement ?
Bordeaux	OUI	???? franchement je ne comprends pas cette question Si la question est est-ce pendant le stage ambulatoire que le module RMP est réalisé par les internes la réponse est : oui pour la moitié de la promo non pour l'autre pour ce qui est fait le premier semestre, pour le reste c'est souvent en stage ambulatoire mais pas uniquement.	NON	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation, la relation d'aide de Carl Rogers, des situations particulières comme la négociation le refus de soin.....l'annonce d'une mauvaise nouvelle	Annnonce d'une mauvaise nouvelle, Prise en charge d'un enfant (Relation avec la famille), Prise en charge d'un adolescent (noion de secret médical vis-à-vis des parents), Prise en charge d'une famille face à la maladie d'un proche, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement, Gestion d'un patient dans l'incapacité de comprendre et d'intégrer les informations concernant sa santé, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours, pleins d'autre lors des GEAP ( groupe échange et analyse de pratique) ..... en fonction de ce qu'apportent les internes
Clermont-Ferrand	OUI		NON	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation	Annnonce d'une mauvaise nouvelle, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement, Gestion d'un patient dans l'incapacité de comprendre et d'intégrer les informations concernant sa santé, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours
Rouen	NON	ateliers communication 1 / an	NON	Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, décision partagée, au moins discutée	a partir de situations authentiques ramenées par les apprenants toutes ces situations sont abordées
Montpellier Nîmes	OUI	ACP	OUI	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation, Les compétences à l'ACP ( relationnelle communicationnelle réflexivité et éthique )	Annnonce d'une mauvaise nouvelle, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement, Tout est abordé sur des enseignements spécifiques ado, enfant maladie chronique ...
Lille catho	OUI		NON	Maitrise des outils de communication générale, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation	Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, L'erreur médicale, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours
Saint_Etienn e	OUI, NON	toute l'année et pour les trois années	NON	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation	Annnonce d'une mauvaise nouvelle, Prise en charge d'un enfant (Relation avec la famille), Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, L'erreur médicale, Gestion d'un patient dans l'incapacité de comprendre et d'intégrer les informations concernant sa santé, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours, education thérapeutique, entretien motivationnel
Paris sud	OUI		OUI	L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient. Le concept d'empathie	Nous utilisons la "méthode du cas" l'ensemble de ces thèmes se discutent lors de ces ateliers.

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	13. Cette formation est-elle dispensée dans le cadre de cours spécifiques intitulés « relation médecin-patient » ?	15. Si NON, dans quel autre module s'intègre-t-il ?	14. Cette formation est-elle formalisée au cours des stages en ambulatoires ?	16. Quels sont les principes fondamentaux à faire passer aux internes au cours de cet enseignement ?	17. Les thèmes suivants sont-ils abordés de manière spécifique au cours de votre enseignement ?
Paris Descartes	OUI		OUI	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre. L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient. Le concept d'empathie	Non, il s'agit d'enseignement autour des outils
Amiens Picardie	OUI		NON	Maitrise des outils de communication générale, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient. Le concept d'empathie. Le déroulement d'une consultation	Annnonce d'une mauvaise nouvelle, Prise en charge d'un enfant (Relation avec la famille), Prise en charge d'une famille face à la maladie d'un proche, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, L'erreur médicale, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement, Gestion d'un patient dans l'incapacité de comprendre et d'intégrer les informations concernant sa santé, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours
Toulouse	OUI		NON	Maitrise des outils de communication générale, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient	Prise en charge d'un enfant (Relation avec la famille), Prise en charge d'un adolescent (notion de secret médical vis-à-vis des parents), L'erreur médicale, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours
Besançon	OUI	Simulation, Cours en Ligne; Cours à la faculté	NON	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation	Annnonce d'une mauvaise nouvelle, Prise en charge d'un enfant (Relation avec la famille), Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, L'erreur médicale, Gestion d'un patient dans l'incapacité de comprendre et d'intégrer les informations concernant sa santé, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours
Antilles Guyane	NON		NON	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation	RAS
Tours	NON	formation théorique	NON	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie	Annnonce d'une mauvaise nouvelle, Prise en charge d'un enfant (Relation avec la famille), Prise en charge d'un adolescent (notion de secret médical vis-à-vis des parents), Prise en charge d'une famille face à la maladie d'un proche, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement, Gestion d'un patient dans l'incapacité de comprendre et d'intégrer les informations concernant sa santé, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	13. Cette formation est-elle dispensée dans le cadre de cours spécifiques intitulés « relation médecin-patient » ?	15. Si NON, dans quel autre module s'intègre-t-il ?	14. Cette formation est-elle formalisée au cours des stages en ambulatoires ?	16. Quels sont les principes fondamentaux à faire passer aux internes au cours de cet enseignement ?	17. Les thèmes suivants sont-ils abordés de manière spécifique au cours de votre enseignement ?
Lyon	OUI	elle s'intègre soit au cours du stage de N1 soit pendant un autre stage	NON	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie	Annonce d'une mauvaise nouvelle, Prise en charge d'un enfant (Relation avec la famille), Prise en charge d'un adolescent (notion de secret médical vis-à-vis des parents), Prise en charge d'une famille face à la maladie d'un proche, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, L'erreur médicale, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement, Gestion d'un patient dans l'incapacité de comprendre et d'intégrer les informations concernant sa santé, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours
Nice	NON		OUI	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation	Non
Limoges	OUI		OUI	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation	Annonce d'une mauvaise nouvelle, Prise en charge d'un enfant (Relation avec la famille), Prise en charge d'un adolescent (notion de secret médical vis-à-vis des parents), Prise en charge d'une famille face à la maladie d'un proche, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, L'erreur médicale, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement, Gestion d'un patient dans l'incapacité de comprendre et d'intégrer les informations concernant sa santé, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours
Angers	OUI		OUI	Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, Le concept d'empathie, effet de la relation	il n'y a pas de problème ciblé, le mode de fonctionnement est celui des groupes BALINT
Grenoble	NON		OUI	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation, Le verbal et le non verbal	Annonce d'une mauvaise nouvelle, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives, L'erreur médicale, Gestion d'un patient violent verbalement ou physiquement, Maladie chronique et observance d'un traitement au long cours
Nantes	OUI		OUI	Maitrise des outils de communication générale, Maitrise de soi, de ses émotions, de son implication dans la relation à l'autre, L'entretien motivationnel dans la relation médecin-patient, Le concept d'empathie, Le déroulement d'une consultation	Annonce d'une mauvaise nouvelle, Le savoir dire non face à des sollicitations abusives

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	18. Quels moyens pédagogiques utilisez-vous ?	19. Quels professionnels interviennent au cours de cet enseignement ?	20. Comment les enseignants sont-ils formés à cet enseignement ?	21. Une évaluation des acquisitions des internes existe-t-elle ?	22. Si OUI, sous quelle forme se présente-t-elle ?	23. Une évaluation de la satisfaction immédiate des internes a-t-elle été réalisée ?	24. Si OUI, est-elle :	25. Au sein de votre faculté, cet enseignement consacré à la relation médecin -patient intervient-il plus tôt dans les études de médecine ?	26. Si OUI, en quelle année ?	27. Commentaires libres...
Dijon	Jeux de rôle, Ateliers de 12 internes maximum	trois enseignants du DMG	formation de base à la communication en FPC . Balint pour 2. PNL pour 2. Process communication pour 2	NON		NON		OUI	MM1	ateliers mis en place en 2018. Version améliorée et aboutie (?) en Juin 2019. On évaluera après. Nécessité d'un travail préparatoire pour les internes. Groupes d'inspiration Balint à venir ? Tu es invitée
Rennes	Cours magistraux, Participation à des groupes BALINT	Médecins généralistes	Pas de formation spécifique	NON		OUI	Plutôt favorable	OUI	4 e a 6e année	
Strasbourg	Jeux de rôle	Médecins généralistes	par la pratique personnelle et les lectures	NON		OUI		NON		Certaines questions sont rendues obligatoires alors qu'on n'a pas de réponse à proposer, d'autres imposent 1 choix de réponse alors qu'on pourrait répondre plusieurs choses.
Poitiers	Supervision Directe avec présence de l'enseignant auprès de l'étudiant, Supervision Indirecte (récit de l'étudiant à l'enseignant), Jeux de rôle, Analyses de consultations filmées, Séminaires interactifs, GEP, ETU	Médecins généralistes	Formation CNGE à l'animation, délivrance de déroulé pédagogique et PP d'expertise, FMC	OUI	Echelle de Lickert niveau 1, tuteur, jury de phase socle, jury de mémoire	OUI	Plutôt favorable	OUI	2e cycle, cours théoriques	L'acquisition de cette compétence représente un temps de formation important dans nos enseignements hors stage (EHS) obligatoires du DES qui comporte en tout 9 séminaires de 6h et 10 GEP de 2h. Cet enseignement est de 25h sur 64h soit 40% du temps. Il existe également des EHS facultatifs sur inscription. (entretien motivationnel par exemple)
Paris	Jeux de rôle, ED, ECOS, mise en situation avec mannequin	Médecins généralistes	DPC, au sein du DMG	OUI	Il s'agit d'une évaluation formative au cours des ECOS et des jeux de rôle	OUI	Plutôt favorable	OUI	Au cours de l'externat avec un CCO facultatif, organisé par le DMG	

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	18. Quels moyens pédagogiques utilisez-vous ?	19. Quels professionnels interviennent au cours de cet enseignement ?	20. Comment les enseignants sont-ils formés à cet enseignement ?	21. Une évaluation des acquisitions des internes existe-t-elle ?	22. Si OUI, sous quelle forme se présente-t-elle ?	23. Une évaluation de la satisfaction immédiate des internes a-t-elle été réalisée ?	24. Si OUI, est-elle :	25. Au sein de votre faculté, cet enseignement consacré à la relation médecin –patient intervient-il plus tôt dans les études de médecine ?	26. Si OUI, en quelle année ?	27. Commentaires libres...
Bordeaux	Cours magistraux, Participation à des groupes BALINT, Jeux de rôle, Analyses de consultations filmées, GEAP, nos "cours magistraux" sont des enseignements en groupe de 10 à 30 selon les effectifs donc il s'agit plus d'échanges interactifs	Médecins généralistes, Psychiatres, formation psychanalytique pour les groupes Balint	par les enseignants séniors, ou avec les formations à l'animation du CNGE ou autres et leurs formations personnelles	OUI	RSCA et "mini RSCA" = RSCA à une seule question.	OUI	Nécessité des améliorations	OUI	2e 3e 6e	vous pouvez regarder sur notre site DMG Bordeaux pour allerz plus loins que le déclaratif qui est souvent décalé par rapport au réel !!!
Clermont-Ferrand	SODEV (Supervision par Observation Directe avec Enregistrement vidéo), Jeux de rôle	Médecins généralistes	en interne au DMG	OUI	post test sur ENT	OUI	Nécessité des améliorations	OUI	DFASM2	
Rouen	Jeux de rôle, jeux de rôle filmé et débriefé	Médecins généralistes	au sein du DUMG	NON		NON		OUI	deuxième cycle	question 12 le choix multiple n'est pas possible, il y a un atelier / an
Montpellier Nîmes	Participation à des groupes BALINT, Jeux de rôle, Simulation	Médecins généralistes, Si possible patient enseignement des l'année Prochaine	Long travail d'appropriation des concepts liés à l'ACP avec et par l'ancien directeur du DUMG.	OUI	Questionnaire anonyme en fin d'enseignements	OUI	Plutôt favorable	OUI	D'asm2 : entretien clinique centré patient.	
Lille catho	Jeux de rôle, Analyses de consultations filmées	Médecins généralistes	Autoformation	NON		OUI	Plutôt favorable	NON		

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	18. Quels moyens pédagogiques utilisez-vous ?	19. Quels professionnels interviennent au cours de cet enseignement ?	20. Comment les enseignants sont-ils formés à cet enseignement ?	21. Une évaluation des acquisitions des internes existe-t-elle ?	22. Si OUI, sous quelle forme se présente-t-elle ?	23. Une évaluation de la satisfaction immédiate des internes a-t-elle été réalisée ?	24. Si OUI, est-elle :	25. Au sein de votre faculté, cet enseignement consacré à la relation médecin -patient intervient-il plus tôt dans les études de médecines ?	26. Si OUI, en quelle année ?	27. Commentaires libres...
Saint_Etienne	Jeux de rôle, Analyses de consultations filmées, acteur professionnel +camera et retroaction du film en groupe de 10	Médecins généralistes	expérience du concepteur et supervision des nouveaux enseignants	OUI	retro action	OUI	Plutôt favorable	OUI	second cycle	ce travail ne permet pas de dire que nous avons un module acteur adapté à chaque niveau attendu de l'étudiant second cycle puis première année d'internat deuxième et troisième... (question 12) par ailleurs il existe une transversalité de l'enseignement à la relation par les GEP et des journées thématiques comme par exemple "fin de vie "education thérapeutique". l'évaluation de l'atelier acteur a été évalué par deux thèses ( une sur les extremes l'autre sur les internes > plebscrite +++ de l'expérience ) L'enseignement de la relation sur site ambulatoire est plus difficile à apprécier car très MSU dependante certains aspects de l'enseignement sont forcément abordés dans les GEP mais non répertoriés et encore une fois tuteurs gep dépendant
Paris sud	Participation à des groupes BALINT	Médecins généralistes, Psychologues	Formation à l'animation de groupes Balint par l'AFB ou l'ASMB	NON		OUI	Plutôt favorable	NON		Nous proposons également un cycle de formation à la relation thérapeutique appelé "Art et médecine" basé sur le volontariat. 8 à 10h selon les semestres avec une trace à faire au terme de ce cycle.
Paris Descartes	Participation à des groupes BALINT, Jeux de rôle	Médecins généralistes, Psychologues	Pour les groupes type Balint, il s'agit d'animateurs "certifiés" Balint, et donc avec une formation spécifique. Pour les séminaires d'entretiens motivationnels, il s'agit de médecins généralistes formés à l'entretien motivationnel et formateur de cette technique.	NON		OUI	Plutôt favorable	OUI	DFASM1 (soit 4ième année)	

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	18. Quels moyens pédagogiques utilisez-vous ?	19. Quels professionnels interviennent au cours de cet enseignement ?	20. Comment les enseignants sont-ils formés à cet enseignement ?	21. Une évaluation des acquisitions des internes existe-t-elle ?	22. Si OUI, sous quelle forme se présente-t-elle ?	23. Une évaluation de la satisfaction immédiate des internes a-t-elle été réalisée ?	24. Si OUI, est-elle :	25. Au sein de votre faculté, cet enseignement consacré à la relation médecin -patient intervient-il plus tôt dans les études de médecine ?	26. Si OUI, en quelle année ?	27. Commentaires libres...
Amiens Picardie	Cours magistraux, Participation à des groupes BALINT, Jeux de rôle, Analyses de consultations filmées	Médecins généralistes	formation personnelle + groupe balint	OUI	portfolio	OUI	Plutôt favorable	OUI	2e année psycho méd et balint 5e année	en plus d'interventions dans d'autres modules, il y a 3 heures par an spécifiques, 1 théorie+ analyse vidéos, 2e et 3e année groupes d'échange de pratique "relation". Enfin embryon de balint mis en place cette année sur volontariat 2e et 3e cycle
Toulouse	GEP /GTT	Médecins généralistes	MSU TUTEURS	NON		OUI	Plutôt favorable	OUI	4EME ANNEE	LA FORMATION EST DE 6 H X 3 SUR LES 3 ANNES ( 6 h par an )
Besançon	Cours magistraux, Supervision Indirecte (récit de l'étudiant à l'enseignant), Jeux de rôle, SIMULATION	Médecins généralistes	Formation spécifique en simulation organisée par les anesthésistes réanimateurs de Besançon, DU non formes	OUI	Questionnaire en ligne à l'issue de la simulation + cours en ligne	OUI	Plutôt favorable	NON		
Antilles Guyane	RAS	RAS		NON		NON		NON		desole de ne pas avoir répondu mais rien n est prévu ds notre DUMG a ce niveau donc j ai rien a dire sur le contenu a p de la question 6, sa presentation ou son evaluation...ca n est pas mis en place chez nous
Tours	Supervision Indirecte (récit de l'étudiant à l'enseignant), Participation à des groupes BALINT	Médecins généralistes, Psychologue, Représentants d'association de malades	animation de groupes d'analyse de pratique, leader groupe balint	OUI	traces d'apprentissage	OUI	Plutôt favorable	NON		
Lyon	Cours magistraux, Jeux de rôle, Analyses de consultations filmées, les cours cités ne sont pas magistraux ! la classe inversée est également utilisée à partir de situations authentiques de soins	Médecins généralistes	formation personnelle à la relation de soins	NON		OUI	Plutôt favorable	OUI	Les étudiants en 3° et en 4° année ont des cours	pas de commentaire

1. De quelle faculté de médecine dépend votre département de médecine générale ?	18. Quels moyens pédagogiques utilisez-vous ?	19. Quels professionnels interviennent au cours de cet enseignement ?	20. Comment les enseignants sont-ils formés à cet enseignement ?	21. Une évaluation des acquisitions des internes existe-t-elle ?	22. Si OUI, sous quelle forme se présente-t-elle ?	23. Une évaluation de la satisfaction des internes a-t-elle été réalisée ?	24. Si OUI, est-elle :	25. Au sein de votre faculté, cet enseignement consacré à la relation médecin –patient intervient-il plus tôt dans les études de médecine ?	26. Si OUI, en quelle année ?	27. Commentaires libres...
Nice	Non	Médecins généralistes, Représentants d'association de malades	Aucune	OUI	Grille et proposition de SODEV en stage	OUI	Nécessite des améliorations	NON		
Limoges	Supervision Directe avec présence de l'enseignant auprès de l'étudiant, Supervision Indirecte (récit de l'étudiant à l'enseignant), Jeux de rôle, groupes d'échanges de pratique	Médecins généralistes	Formation à l'entretien motivationnel et aux techniques de communication (AFDET, CNGE)	OUI	Evaluation des traces d'apprentissage, et à partir des indicateurs de niveaux de compétences du DES de MG	NON		OUI	Optionnel de 12h proposé en DFASM 2	
Angers	Participation à des groupes BALINT	Médecins généralistes, Psychiatres, professionnels formés au Balint	participation et animation de groupe Balint	OUI	these	NON		OUI	en D2	
Grenoble	Jeux de rôle	Médecins généralistes	expérience personnelle et FMC	OUI	Fiche d'évaluation en fin d'atelier	OUI	Nécessite des améliorations	OUI	Fin de 2 <sup>e</sup> cycle	Enseignement facultaire depuis plusieurs années ayant bien évolué
Nantes	Jeux de rôle, Analyses de consultations filmées, atelier spécifiques sur dire non	Médecins généralistes, Professeur en sciences humaines et sociales	travail en groupes de préparation	OUI	questionnaire de satisfaction, projection d'implantation de nouveaux comportements	OUI	Plutôt favorable	OUI	?	question 12 : pas réservée à une année mais aux stages ambulatoires niv 1 et saspas

Oui Non	Tâches à accomplir	En utilisant : quelles habiletés ?	Oui Non	De quelle façon ?
	<p><b>DEBUTE L'ENTREVUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Établit le premier contact (présentation et accueil)</li> <li>• Identifie la (les) raison(s) de la consultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pose une question ouverte</li> <li>• Écoute les premiers propos sans interruption</li> <li>• Est attentif aux indices non-verbaux</li> <li>• Recueille les motifs de consultation</li> <li>• Résume (et propose un programme de la consultation)</li> </ul>		
	<p><b>RECUEILLE L'INFORMATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explore les problèmes du patient pour découvrir :</li> </ul> <p><u>Les éléments médicaux</u></p> <p><u>Les informations de base et le contexte</u></p> <p><u>La perspective du patient et son vécu du problème</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourage l'expression des émotions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide la patient à évoquer la situation vécue</li> <li>• Use de facilitateurs (<i>hum...oui... et alors ? hochement de tête ...</i>)</li> <li>• Pose des questions semi-ouvertes ciblées... <i>Qui ? Quoi ? Où ? Comment ? Quand ?</i></li> <li>• ... des questions fermées</li> <li>• Clarifie et fait des résumés-synthèse</li> <li>• Reformule des propos du patient</li> <li>• Pose des questions ouvertes sur les répercussions sur sa vie</li> <li>• Reconnaît les indices non verbaux et fait une vérification orale de leur signification</li> </ul>		
	<p><b>COMMUNIQUE lors de l'EXAMEN CLINIQUE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique les gestes délicats à faire</li> <li>• Commente son examen</li> <li>• Reprend éventuellement l'interrogatoire pour préciser certains points</li> <li>• Fait une synthèse de l'examen clinique</li> </ul>		
	<p><b>EXPLIQUE ET PLANIFIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournit la quantité et le type adéquats d'information</li> <li>• Aide le patient à retenir et comprendre les informations</li> <li>• Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective du patient</li> <li>• Planifie une décision partagée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segmente l'information</li> <li>• Crée un lien entre ses explications et le point de vue du patient</li> <li>• Facilite et encourage la participation du patient</li> <li>• Fait reformuler par le patient <i>(« je me rends compte que ce que j'ai dit n'est pas très clair, pourriez-vous le résumer... »)</i></li> <li>• Détecte des indices verbaux et non verbaux à propos de la transmission des informations</li> <li>• Vérifie la compréhension par des résumés intermédiaires (avec ou sans reformulation)</li> <li>• Précise les détails d'une consigne complexe</li> </ul>		

	<p><b>TERMINE L'ENTREVUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prépare la fin de l'entrevue</li> <li>• Met en place une stratégie d'aide et de sécurité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résume la séance et clarifie le plan de soins</li> <li>• Discute des rôles respectifs du patient et du médecin par la suite</li> <li>• Informe des évolutions imprévues éventuelles</li> <li>• Planifie les prochaines étapes</li> </ul>		
	<p><b>STRUCTURE L'ENTREVUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En rendant explicite son organisation</li> </ul> <p><b>Tout au long de l'entrevue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En prêtant attention au déroulement de l'entrevue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarifie le programme de la consultation</li> <li>• Redirige la conversation par des interruptions explicites</li> <li>• Fait des résumés intermédiaires</li> <li>• Souligne une transition pour réduire l'incertitude du patient</li> <li>• Obtient l'adhésion du patient</li> <li>• Réalise un entretien flexible mais ordonné</li> <li>• Reste centré sur les tâches à accomplir</li> <li>• Gère efficacement le temps imparti pour la consultation</li> </ul>		
	<p><b>CONSTRUIT LA RELATION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En développant une relation chaleureuse et harmonieuse</li> </ul> <p><b>Tout au long de l'entrevue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En associant le patient à la démarche clinique et favorisant sa participation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Manifeste de l'empathie</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- reconnaît et comprend le vécu et l'état affectif du patient (reflet)</li> <li>- partage (et reconstruit fidèlement) les sentiments du patient</li> <li>- sait se taire</li> <li>- traite avec tact les sujets délicats ou pénibles</li> </ul> </li> <li>• <u>Offre du soutien</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- affirme sa disponibilité, sa préoccupation, son aide</li> <li>- reconnaît les efforts du patient</li> <li>- fait en sorte que le patient se sente compris, estimé, appuyé en confiance</li> </ul> </li> <li>• <u>Adopte une communication éthique</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a une attitude prévenante et marque du respect</li> <li>- établit une alliance thérapeutique (partenariat)</li> <li>- prend une décision juste et équitable.</li> </ul> </li> </ul>		

Traduit et adapté de Kurtz S, ali. the Calgary-Cambridge Guides. Academic Medicine 2003 ; 78 : 802-809.

28 avril 2017 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 29 sur 193  
**DIPLÔME D'ÉTUDES SPECIALISÉES DE MEDECINE GENERALE**

## 1. Organisation générale

### 1.1 Objectifs généraux de la formation :

Le DES vise à certifier l'ensemble des six compétences pour l'exercice de la médecine générale

- premier recours, urgence
- relation, communication, approche centrée patient
- approche globale, prise en compte de la complexité
- éducation, prévention, santé individuelle et communautaire
- continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- professionnalisme

### 1.2 Durée totale du D.E.S : 6 semestres

L'évaluation périodique prévue à l'article 1 du présent arrêté porte, en particulier, sur la durée de la formation en lien avec les objectifs pédagogiques de la spécialité et le développement des capacités de formation.

### 1.3 Intitulé des options proposées au sein du D.E.S : Néant

### 1.4 Intitulé des formations spécialisées transversales (FST) indicatives

Dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut candidater à une formation spécialisée transversale (FST), notamment :

- addictologie
- douleur
- expertise médicale - préjudice corporel
- médecine du sport
- médecine scolaire
- soins palliatifs

## 2. Phase socle

### 2.1. Durée : 2 semestres

### 2.2. Enseignements hors stages

#### *Volume horaire :*

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)

#### *Nature des enseignements :*

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- travaux d'écriture clinique
- groupes d'échanges de pratique (GEP)
- méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP)
- groupes de formation à la relation thérapeutique
- groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité
- ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation

*Connaissances à acquérir :* Elles sont listées dans l'article 2 du présent arrêté.

### 2.3. Compétences à acquérir

#### *Compétences génériques et transversales à acquérir :*

Les compétences génériques sont listées dans l'article 2 du présent arrêté et sont notamment en rapport avec les notions suivantes : mettre en œuvre une démarche décisionnelle du premier recours ambulatoire (fondée sur la prévalence, la clinique et la notion d'incertitude)

- développer l'approche centrée patient
- développer l'approche globale dans le modèle bio psycho social

#### *Compétences spécifiques à la spécialité à acquérir :*

Il est attendu en fin de phase socle un niveau de base sur les 6 compétences spécifiques listées au point 1.1 de la présente maquette.

### 2.4. Stages

#### *Stages à réaliser*

- 1 stage en médecine générale auprès d'un ou plusieurs praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) à titre principal en médecine générale (stage de niveau 1)

- 1 stage en médecine d'urgence dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en médecine d'urgence et/ou à titre complémentaire en médecine générale

En cas de capacités de formation insuffisantes, l'un des deux stages de la phase socle peut être remplacé par le stage visé au a) du 3.4 de la présente maquette ou par un stage en médecine polyvalente dans un lieu hospitalier agréé à titre complémentaire en médecine générale. Le stage de phase socle non réalisé est accompli au cours de la phase d'approfondissement en remplacement du stage visé au a) du 3.4 de la présente maquette.

Pendant ces stages, l'étudiant est confronté notamment aux familles de situations suivantes :

- situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence
- situations liées à des problèmes aigus/non programmées/fréquents/exemplaires
- situations liées à des problèmes aigus/non programmées/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- situations autour des problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et l'adolescent
- situations autour de la sexualité et de la génitalité
- situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
- situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques sont au premier plan
- situations avec des patients difficiles et/ou exigeants
- situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- situations avec des patients d'une autre culture

#### ***Critères d'agrément des stages de niveau I dans la spécialité :***

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte le fait que :

- les étudiants soient confrontés aux situations cliniques énumérées ci-dessus
- le stage permette des phases d'observation, de supervisions directe et indirecte des actes effectués en autonomie, des rétroactions régulières et des prescriptions pédagogiques en lien avec le cursus universitaire

### **2.5. Evaluation**

#### ***Modalités de l'évaluation des connaissances :***

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- obligation de présence en stages et en cours
- validation de la production personnelle de l'étudiant en stage et hors stage.

#### ***Modalités de l'évaluation des compétences :***

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- évaluation du portfolio
- argumentation orale des travaux personnels du portfolio

### **2.6. Modalités de validation de la phase et de mise en place du plan de formation :**

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

Validation des enseignements, des stages et du portfolio

### **3. Phase d'approfondissement**

#### **3.1. Durée :** 4 semestres

#### **3.2. Enseignements hors stages**

##### ***Volume horaire :***

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)

##### ***Nature des enseignements :***

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- travaux d'écriture clinique
- groupes d'échanges de pratique (GEP)
- méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP)
- groupes de formation à la relation thérapeutique
- groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité
- des ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation

##### ***Connaissances à acquérir :***

Elles sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

#### **3.3. Compétences**

##### ***Compétences à acquérir :***

Les compétences génériques sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

Il est attendu en fin de phase d'approfondissement un niveau avancé sur l'ensemble des 6 compétences spécifiques citées au point 1.1 de la présente maquette.

### **3.4 Stages**

### ***Stages de niveau II à réaliser :***

a) 1 stage en médecine polyvalente dans lieu hospitalier agréé à titre principal ou complémentaire en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux premiers semestres de la phase d'approfondissement.

b) 1 stage en santé de l'enfant : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale ;

c) 1 stage en santé de la femme : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale, et/ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en gynécologie médicale et/ou à titre complémentaire en médecine générale.

d) 1 stage en soins premiers en autonomie supervisée (SASPAS ou niveau 2), accompli auprès d'un ou plusieurs praticiens maîtres de stage des universités agréés à titre principal en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux derniers semestres de la phase d'approfondissement.

En cas de capacités de formation insuffisantes, l'étudiant peut accomplir à la place des stages visés en b) et c) :

e) 1 stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant :

- auprès de deux praticiens agréés dont l'un au moins à titre principal en médecine générale, ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale

- ou auprès d'un praticien et dans un lieu hospitalier agréés pour le premier à titre principal en médecine générale, et pour le second à titre principal en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique et/ou en pédiatrie.

- ou dans deux lieux hospitaliers agréés respectivement à titre principal en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique et en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale

f) 1 stage libre accompli de préférence auprès d'un praticien maître de stage des universités ou dans un lieu agréé à titre principal en médecine générale

### ***Critères d'agrément des stages de niveau II dans la spécialité :***

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte le fait que :

- les étudiants soient confrontés aux situations cliniques à gérer dans l'exercice des soins premiers

- le stage permette des phases d'observation, de supervisions directe et indirecte des actes effectués en autonomie, des rétroactions régulières et des prescriptions pédagogiques en lien avec le cursus universitaire

### **3.5. Evaluation**

#### ***Modalités de l'évaluation des connaissances :***

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- obligation de présence des stages et en cours

- validation de la production personnelle de l'étudiant en stage et hors stage

#### ***Modalités de l'évaluation des compétences :***

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- évaluation du portfolio

- argumentation orale des travaux personnels du portfolio

### **3.6. Modalités de validation de la phase :**

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- validation des enseignements, des stages et du portfolio, recueil organisé des traces écrites d'apprentissage de l'étudiant

- validation du mémoire, qui est la version finale du portfolio

•

## **Etat des lieux de la formation à la relation médecin-patient en France en 2018-2019 dans le DES de médecine générale**

### **Résumé :**

La relation médecin-patient est au centre de toute consultation de médecine générale ; de sa qualité découle la confiance établie dans la relation et l'adhésion du patient à sa prise en charge.

**OBJECTIF :** L'objectif de notre étude était de dresser un état des lieux de la formation à la relation médecin-patient au cours du diplôme d'étude spécialisée en médecine générale en France.

**METHODE :** Notre étude observationnelle descriptive transversale a porté sur 33 départements de médecine générale. Les informations relatives aux modalités pratiques de l'enseignement de la RMP et communication, son contenu, sa mise en place, son organisation ont été recueillies via un questionnaire Google Forms auprès d'une personne ressource du DMG.

**RESULTATS :** 76% des DMG interrogés ont répondu à notre enquête. Un taux de réponses de 96% a été obtenu pour nombre d'items grâce au recueil d'informations directement sur les sites des DMG. 96% des DMG ont organisé un enseignement spécifique de la relation médecin - patient ; dans 52% des cas cet enseignement était intégré à d'autres modules. Le temps alloué à cet enseignement est apparu très hétérogène allant de 4 à 40 heures avec une moyenne de 15 heures. L'enseignement était obligatoire dans 68 % des cas, dispensé par des intervenants formés dans la majeure des cas mais de manière hétéroclite. Les jeux de rôle, la participation à des groupes Balint et l'analyse de consultations filmées étaient la base de cet enseignement et obtenaient la satisfaction de 64 % des internes. Cet enseignement faisait l'objet d'une évaluation et d'une certification dans 52 % des DMG mais de manière non consensuelle.

**CONCLUSION :** Cette enquête réalisée à un niveau national a mis en évidence un réel investissement des DMG français à mettre en place un enseignement de la relation médecin-patient en adéquation avec l'évolution sociétale du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge globale du patient. Un référentiel national homogénéisant cet enseignement sur le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycle serait un outil utile tant aux enseignants qu'aux étudiants.

### **Mots-clés :**

Relation médecin-patient, communication, enseignement, médecine générale, formation, étudiants en médecine, internes

## **Inventory of training in the doctor-patient relationship in France in 2018-2019 in the Specialized Diploma of General Medicine**

### **Abstract:**

The doctor-patient relationship (DPR) is at the centre of any general medical consultation; it is the quality of this relationship that gives rise to the patient's trust in his doctor and his commitment to the course of treatment necessary to his well-being.

**OBJECTIVE :** The objective of our study was to draw up an inventory of the training given across France during the specialized diploma in general medicine in respect of the doctor-patient relationship.

**METHOD :** Our cross-sectional descriptive observational study included 33 Departments of General Medicine. Information relating to the practical modalities of teaching DPR and communication, its content, implementation and organisation were collected via a Google-forms questionnaire from a department general medicine (DGM) contact person.

**RESULTS :** 76% of the DGMs surveyed responded to our survey. A 96% response rate was obtained for many items through the collection of information directly from DGM sites. 96% of DGMs organised specific teaching on the doctor-patient relationship; in 52% of cases this teaching was integrated with other modules. The time allocated to this teaching appeared very heterogeneous, ranging from 4 to 40 hours with an average of 15 hours. Education was compulsory in 68% of cases, provided by trained workers in most cases but in a heterogeneous way. Role-playing, participation in Balint groups and analysis of filmed consultations were the basis for this teaching and were rated as satisfactory by 64% of interns. This teaching was evaluated and certified in 52% of DGMs but not by consensus.

**CONCLUSION :** This survey conducted at a national level revealed a real investment by French DGMs in establishing training in the doctor-patient relationship that respects societal changes in the role of the general practitioner in the overall management of the patient. A national reference system homogenising this teaching on the 2nd and 3rd cycle would be a useful tool for both teachers and students.

### **Keywords :**

Physician-patient relationship, communication, teaching, general medicine, training, medical students, interns