

La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine

Perception of training in doctor-patient communication for students at Faculty of Medicine

S. Richard¹, D. Pardoën², D. Piquard³, P. Fostier⁴, J.-M. Thomas³, J.-F. Vervier⁵ et P. Verbanck⁶

¹Service Psychiatrique pour Enfants et Adolescents, Secteur Psychiatrique Nord, DP-CHUV, Yverdon-les-Bains, Suisse, ²Service de Psychiatrie, Hôpital Erasme, ³D.M.G.-ULB, ⁴Département Universitaire de FMC et d'EPP des Facultés de Médecine de Toulouse, ⁵Service de Pédopsychiatrie, KannerKlinik, C.H. Luxembourg, ⁶Service de Psychiatrie, C.H.U. Brugmann

RESUME

La communication médecin-patient est au cœur de toute pratique médicale. La technologie de la médecine actuelle met l'accent sur le savoir, le faire et le savoir-faire, plutôt que sur le savoir être, le faire savoir et le savoir ne rien faire. En 2005, le Conseil Supérieur d'Hygiène belge souligne une diminution quantitative et qualitative des aspects communicationnels dans la formation médicale initiale. L'objectif de notre étude est d'étudier la manière dont les étudiants perçoivent l'enseignement reçu en matière de communication. Un questionnaire a été envoyé via courriel aux Facultés de Médecine de 300 Universités belges et étrangères. Nous avons obtenu 13,6 % de réponses provenant de 99 étudiants appartenant à 41 Facultés de 22 pays. 55,6 % des répondants estiment être bien formés à la communication médecin-patient. 85,9 % des étudiants bénéficient de cours théoriques et seulement 64,6 % d'entre eux potentialisent cet apprentissage par des travaux pratiques. L'ensemble s'accorde à dire qu'ils souhaiteraient plus de pratique communicationnelle incorporée à leur cursus. A l'instar de la société qui réclame des médecins qui communiquent mieux et des chercheurs en communication qui soulignent le rôle central de la communication médecin-patient dans la démarche clinique et thérapeutique, les étudiants sont aussi demandeurs d'un apprentissage longitudinal transdisciplinaire intégrant davantage de travaux pratiques.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 525-30

ABSTRACT

Doctor-patient communication is the heart of any medical practice. The technology of medicine today is focused on knowledge, its application and know-how, rather than skills of being, of knowing and of knowing when to do nothing. In 2005, Belgian High Council of Health emphasizes a quantitative and qualitative reduction of communication aspects within the initial medical training. The aim of our study is to investigate Belgian and foreign students perception of how the doctor-patient communication was taught during their studies. A questionnaire was sent by email to 300 Belgian and foreign Universities. We obtained 13,6 % of answers of 99 students belonging to 41 Faculties from 22 countries. 55,6 % of respondents thought to be well trained in the doctor-patient communication. 85,9 % of students received theoretical courses out of which only 64,6 % have the opportunity to enhance their apprenticeship by practical work. Majority of respondents required more practical work in learning to communicate. All of them agree on that they would like more applied practical communication incorporated into their curriculum. Like wise the society that calls for doctors with increased communication skills and communication researchers who emphasize the central role of the doctor-patient communication in the clinical and therapeutic approach, students are also seeking longitudinal transdisciplinary learning, including more practical practices.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 525-30

Key words : *doctor-patient communication, training, knowledge, learning*

INTRODUCTION

Au cours de sa carrière, on estime qu'un médecin généraliste effectuera entre 160.000 et 200.000 consultations¹. Une bonne communication est essentielle pour une pratique médicale efficace et efficiente. La communication verbale et non verbale est souvent le composant majeur du suivi médical dans les pathologies quotidiennes, chroniques et palliatives²⁻⁴. Les effets positifs de la communication sur la santé des patients, évalués par des critères tels que l'intensité de la douleur, l'anxiété, la tension artérielle, la glycémie et la compliance au traitement ont déjà été démontrés⁴⁻⁷.

En pratique quotidienne, une communication pauvre entraîne davantage de vulnérabilité médico-légale, de burn-out^{2,8-10} et, parallèlement de surcoût économique. En Belgique, le coût global des soins de santé a augmenté entre 2001 et 2009 de 13,7 milliards d'euros, passant de 23,2 à 36,9 milliards. Cela représente une hausse de 60 %¹¹ ! Cette situation inflationniste était déjà pressentie par Ivan Illich, philosophe et sociologue, qui, en 1975, parlait d'iatrogenèse clinique de la médecine : " l'inefficacité globale de la médecine et le danger de la médecine coûteuse¹² ". Depuis la publication de la loi belge de 2002 sur les droits du patient, le paradigme de la consultation a changé¹³.

Les patients réclament, aujourd'hui, des médecins plus humains et qui communiquent mieux^{2,4,7,10,14,15}. Pourtant, de nombreux médecins ont des difficultés à accepter l'idée que la communication soit influencée par l'apprentissage et l'entraînement^{2,4}. Un rapport du Conseil supérieur d'hygiène du ministère de la santé publique belge, publié en 2005, reprend l'avis d'un collège d'experts. Ces derniers soulignent la faiblesse de la prise en compte des aspects psychologiques et psychosociaux dans la formation initiale à la communication au sein du cursus de médecine. Ils évoquent même une diminution quantitative et qualitative de cette formation¹⁶. Le constat est clair : il existe réellement des problèmes dans la façon dont médecins et patients communiquent⁷.

Ce constat ne date pas d'hier, M. Balint, dès 1957, concluait par l'importance de mieux former les médecins à la communication et de rendre obligatoire la participation des étudiants à des groupes de paroles^{17,18}.

En 1991, le consensus de Toronto alerte l'opinion publique et replace la communication dans le cadre des compétences cliniques fondamentales essentielles de tout médecin¹⁹.

Ce nouveau courant tend à modifier l'approche et l'enseignement en Faculté. Nous nous appuyons dans ce travail sur trois études : américaine²⁰, belge²¹ et française²².

Convaincus de l'importance de la communication

et de celle de son apprentissage en Faculté, nous avons orienté cette étude vers la perception de cet enseignement, par les étudiants eux-mêmes, à travers le monde.

Ce travail est une réflexion basée sur l'étude et la synthèse de la littérature concernant l'apprentissage de la communication médecin-patient en Faculté de Médecine. Cette réflexion s'appuie également sur une brève enquête présentée ci-dessous.

Deux ans après le rapport belge, la prise de conscience et la réforme en cours au sein de notre Faculté, nous a poussés à nous demander comment les étudiants belges et étrangers perçoivent l'apprentissage à la communication médecin-patient. Tel est l'objectif de notre enquête.

Il ne s'agit pas de comparer le contenu réel des cours théoriques et des exercices pratiques des différentes facultés.

MATERIEL ET METHODES

Le questionnaire (annexe) a été rédigé de façon subjective en 3 langues (français, anglais et espagnol) sous les conseils et la relecture de trois médecins. L'accent s'est porté sur l'estimation par l'étudiant de sa perception de la qualité de sa formation à la communication au sein de son cursus. L'enquête a été envoyée via courriel à 300 Universités belges et étrangères sur leur site Internet. Les adresses ont été reprises via les sites : www.braintrack.com, www.cpu.fr/universités et www.e-carabins.net (association nationale des étudiants en médecine de France). Ce questionnaire était envoyé aux secrétariats de la Faculté de Médecine. Un courriel introduisait le questionnaire et le destinait aux étudiants inscrits en dernière année d'études. Une fois complété, il nous était envoyé par retour de courriel.

RESULTATS

Il ne s'agit pas d'un sondage auprès d'un échantillon représentatif de la population universitaire des Facultés de Médecine dans le monde, mais simplement d'avis recueillis auprès d'étudiants de dernière année. La participation est volontaire et en relation directe avec le désir de communiquer.

Le premier constat est le faible taux de réponses au regard du nombre d'envois. Nous avons obtenu 99 réponses d'étudiants appartenant à 41 Facultés de 22 pays différents sur les 300 Universités contactées.

Ce pourcentage de réponses (41/300) est de 13,6 %.

Les réponses se répartissent de la façon suivante : 7 de Belgique (2 KUL, 1 UCL, 3 ULB et 1 ULG) ; 1 de Bulgarie (Pleven) ; 16 du Canada (10 Ottawa, 5 Sherbrooke, 1 Ontario) ; 4 du Chili (Santiago) ; 4 d'Espagne (2 Barcelone, 1 Ténérife, 1 Laguna,

1 Valence) ; 1 d'Estonie (Tartu) ; 6 des Etats-Unis (6 Creighton) ; 24 de France (2 Caen, 1 Grenoble, 1 Lyon, 2 Paris, 18 Strasbourg) ; 3 de Grande-Bretagne (2 Bristol, 1 Oxford) ; 1 de Grèce (Thessalonique) ; 4 de Haïti (Port-au-Prince) ; 3 de Hongrie (Budapest) ; 6 d'Indonésie (2 Bandung et 4 Jakarta) ; 6 d'Italie (1 Firenze, 1 Florence, 1 Gêne, 1 Padoue et 2 Rome) ; 1 de Lettonie (Riga) ; 5 des Pays-Bas (Maastricht) ; 1 de Russie (Moscou) ; 1 de Slovaquie (Bratislava) ; 2 de Suisse (Lausanne) ; 1 de Syrie (Damas) ; 1 de Tunisie (Monastir) et 1 de Turquie (Izmir).

55 femmes (55,6 %) et 44 hommes (44,4 %) considèrent, pour 55,6 % d'entre eux, être bien formés.

85,9 % des étudiants bénéficient de cours théoriques et seulement 64,6 % d'entre eux ont la possibilité de potentialiser leurs acquis par des travaux pratiques : mise en situation, simulation, jeux de rôle, groupe de parole, feed-back interactif immédiat, la gestion des conflits, etc. (tableau 1).

Tableau 1 : Nombre d'étudiants ayant répondu avoir bénéficié de cours théoriques et pratiques à la communication médecin-patient au sein de leur Faculté.

		Cours pratiques		
		Avec	Sans	Total
Cours théoriques	Avec	58	27	85
	Sans	6	8	14
Total		64	35	99

Les réponses concernant l'ensemble des heures consacrées à la communication s'étendent de 0 à 240 heures, tant au niveau théorique, avec une moyenne de 28,3 heures qu'au niveau pratique avec une moyenne de 24,4 heures (tableau 2).

Tableau 2 : Temps (heures) consacré à l'apprentissage en communication médecin-patient des 99 étudiants en médecine durant l'ensemble de leur cursus universitaire tant en cours théoriques qu'en cours pratiques.

Nombre d'heures d'enseignement reçues	Nombre d'étudiants ayant reçu des cours théoriques	Nombre d'étudiants ayant reçu des cours pratiques
0-30 heures	71	82
31-60 heures	15	10
61-90 heures	8	2
91-120 heures	1	0
121-150 heures	2	1
151-180 heures	0	0
181-240 heures	2	4

14 % des participants ont répondu ne pas avoir du tout de notions théoriques sur le sujet. 35 % signalent l'absence de préparation pratique à la communication. 70 % des étudiants ont entre 0 et 30 heures de théorie contre 81 % de la même fourchette pour les heures de pratique. 15 % suivent entre 31-60 heures de théorie et 10 % entre 31-60 heures de pratique. 8 étudiants de 7 Facultés différentes n'ont ni théorie ni pratique incluses dans leur cursus. Nous obtenons 2 % de théorie pour 121-180 heures et 1 % de pratique et 2 % de théorie *versus* 4 % de pratique pour la fourchette de 181-240 heures.

La majorité d'entre eux (79,8 %) et 70 % des " suffisamment formés " demandent plus de travaux pratiques dans l'apprentissage à la communication. Ces chiffres sont supérieurs à l'ensemble des études internationales.

DISCUSSION

En fait, peu de réponses nous sont parvenues, malgré l'étendue des prises de contacts dans les Facultés.

On peut se demander pourquoi les étudiants répondent si peu. La communication est-elle considérée comme moins importante face à une médecine technique basée sur le savoir et le savoir-faire au détriment du savoir être et du faire savoir ?

Ce faible taux de réponses semble lié à quatre facteurs qui ne s'excluent pas. Le premier est dû à la nature de l'enquête par le manque de personnalisation du média Internet utilisé. Le second part du peu d'intérêt flagrant pour le sujet. Le troisième facteur est l'efficacité de la transmission de l'information par les différents secrétariats des Facultés contactés. Le dernier facteur tient de la formation fournie par la Faculté qui est perçue subjectivement comme suffisante.

Les avancées technologiques de ces dernières années se sont accompagnées, dans le même temps, au sein de la formation des étudiants en médecine, d'une diminution progressive de la sensibilisation aux aspects communicationnels et aux aspects de la relation d'aide psychologique et psychosociale.

Une meilleure communication avec le patient procure au médecin un degré de satisfaction qui peut lui permettre, en partie, d'éviter le burn-out, syndrome d'épuisement, fréquent chez les soignants confrontés à la détresse de leurs patients. Une étude récente montre que des résidents, en médecine interne, satisfaits de leur profession et de leur vie, ont une plus grande empathie envers leur patient⁹.

L'enquête française mentionne que 67 % des étudiants veulent des groupes de paroles à l'hôpital, comme Balint le préconisait déjà dans les années soixante¹⁸.

Devant les 80 % demandant plus de pratique, il serait intéressant et formatif d'introduire les groupes de parole dès le début des stages hospitaliers. Ces stages hospitaliers permettent aux étudiants d'acquérir la technique médicale, c'est-à-dire le savoir-faire sans insister sur l'approche de la communication centrée sur le patient²³. Les stages hospitaliers offrent bien une opportunité d'apprentissage. Elle est cependant insuffisante. Dans les différents articles parlant du sujet, les auteurs préconisent un enseignement longitudinal, transdisciplinaire et continu dès la première année.

14 % des participants n'ont pas du tout de notions théoriques sur le sujet. De plus, 35 % ne bénéficient pas du tout de préparation pratique à la communication.

La disparité des heures enseignées, tant théoriques que pratiques provient de l'organisation du cursus, propre à chaque Faculté. Ainsi certaines Universités, comme Sherbrooke au Canada, Creighton aux Etats-Unis et Maastricht aux Pays-Bas, que nous pouvons qualifier de " pilotes ", ont déjà repensé l'approche et l'organisation de l'enseignement de la communication médecin-patient au sein de leur cursus. Ces Facultés ont réorganisé leur approche par un enseignement théorique et pratique intégré, longitudinal et cohérent. Ces Facultés sont parmi celles qui nous ont renvoyé le plus grand nombre de questionnaires.

A titre d'exemple, dans notre étude, 2 étudiants de l'Université de Maastricht nous rapportent un volume théorique et pratique de 240 heures réparties sur les 6 années de leur cursus.

Cet apprentissage débute dès la première année et pendant les 3 premières années par des jeux de rôle et des consultations simulées et filmées. Ces consultations sont révisées en petits groupes, et supervisées. Puis durant les 3 années suivantes, les consultations cliniques sont observées par un groupe de pairs et une discussion supervisée s'ensuit. Une évaluation " *Short Clinical Assessment* " de la progression personnelle conclut le cursus.

Actuellement, dans la majorité des Universités, l'enseignement ponctuel de quelques heures est dispensé durant les premières années.

Une notion supplémentaire vient confirmer l'intérêt de l'approche longitudinale : cet apprentissage n'est pas un acquis, pour les étudiants formés durant les premières années, cet enseignement ne semble pas avoir un effet durable. Un entraînement devrait être répété tout au long du cycle d'études médicales⁷.

Ces méthodes d'enseignement théorique et pratique ne garantissent nullement l'application de ces savoirs en situation clinique réelle. Ils préparent seulement l'étudiant aux aspects particuliers de la communication médecin-patient sans garantir d'être bon communicateur.

En 1992, des étudiants de première et dernière année de l'Université de Londres, confrontés aux difficultés communicationnelles avec les patients, ont sollicité le développement de l'apprentissage à la communication³.

En 1999, une enquête américaine incluant 144 écoles de médecine, au Canada, aux Etats-Unis et à Porto-Rico, met en évidence le temps décroissant consacré à l'enseignement et à la pratique de la communication de la première à la quatrième année d'études. 5 établissements sur 115 n'ont pas cet enseignement au programme²⁰.

En France, en 1999, une consultation de 1.611 étudiants, initiée par l'ANEM, Association Nationale des Etudiants en Médecine, dans le cadre des états généraux de la santé, nous informe que 75 % d'entre eux estiment qu'il existe une lacune dans l'apprentissage relationnel²².

La Belgique n'est pas en reste puisque, à Gand en 1999, Deveugele titre sa publication : " Enseigner l'habileté de la communication aux étudiants en médecine, un challenge dans le curriculum " ²¹.

Force est de constater la difficulté de la planification et la charge de travail supplémentaire que ce type d'enseignement implique. Pourtant, cela permet de détecter précocement les étudiants en difficulté et d'y porter remède. Il n'est pas simple de planifier, d'organiser l'apprentissage, la transmission et l'acquisition des compétences communicationnelles au sein des cursus de formation^{4,9}.

Pour que puisse s'organiser un tel changement, les Facultés ont la responsabilité de s'engager à former de bons médecins communicateurs et d'en organiser le financement^{7,10,24} sans oublier, bien sûr, la sélection appropriée de ses formateurs modèles de communication^{7,10}. Ceci considéré, il est important d'étendre l'approche comportementale aux approches de type psychodynamique, voire psychanalytique et systémique. Il est important de ne pas confondre l'enseignement de la communication médecin-patient avec celui de la psychologie médicale ou de la psychiatrie^{7,10}.

En effet, la communication relève de plusieurs disciplines dont la psychologie n'est qu'une parmi d'autres. Il est nécessaire de s'appuyer sur les disciplines connexes comme la psychanalyse, la sémiotique, les théories de la communication, la neurolinguistique, l'anthropologie, la sociologie, l'ethnologie, l'analyse des systèmes familiaux et sociaux, en un mot, les sciences humaines pour approcher, nommer et éventuellement, comprendre ce qui du relationnel vient interférer avec le médical^{10,24}.

Ce bagage s'acquiert par un nombre d'heures théoriques restituant les bases de la communication ainsi qu'un nombre d'heures de travaux pratiques spécifiques à participation interactive et ce chaque année.

En fin de cursus, il serait judicieux que cet enseignement se poursuive et complète par les moyens nécessaires l'habileté du praticien à faire face aux situations difficiles.

CONCLUSION

Dans notre enquête, comme dans les différentes études sur lesquelles nous nous sommes appuyés, les étudiants en médecine apparaissent insuffisamment préparés à la communication médecin-patient. Cet apprentissage est central au bon déroulement de leur pratique médicale contemporaine¹⁰.

De nombreux colloques internationaux (SIFEM), le groupe EACH vont dans le même sens et parlent de la nécessité d'améliorer la capacité de la communication des médecins^{10,25}.

Les données de la recherche et l'opinion d'experts du domaine permettent de suggérer que les 6 éléments-clefs fondamentaux suivants, devraient être inclus dans une stratégie de formation visant l'apprentissage réussi de la communication professionnelle par les médecins :

1. un référentiel basé sur les données scientifiques probantes. (Guide de Calgary Cambridge de l'entrevue médicale)⁸ ;
2. une pratique des habiletés avec feed-back spécifique ;
3. un cursus cohérent et longitudinal dès la première année ;
4. un processus d'évaluation des apprentissages ;
5. des activités de " découverte de soi " ;
6. des cliniciens modèles de rôle⁷.

Avec une sensibilisation accrue au sein des Facultés et le développement d'enseignement continu, notre objectif est que le médecin soit conscient des progrès possibles et ne délaisse plus, à l'avenir, cette compétence qu'il se doit d'entretenir.

Il est donc essentiel, pour notre avenir, que se poursuive la mise en place au sein de nos Facultés des moyens d'améliorer l'acquisition de cette compétence. L'apprentissage des capacités de communication exige l'acquisition d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un savoir être spécifiques et complexes.

De nouvelles études ciblées pourraient rendre compte des progrès réalisés par les étudiants en Faculté de Médecine dans le domaine de leur apprentissage de cet aspect de leur profession. Par exemple, à l'ULB, pourquoi ne pas inclure dans le formulaire d'évaluation de chaque fin d'année un questionnaire évaluant le vécu de l'apprentissage en matière de communication médecin-patient.

" Peu importe qu'un trouble ait une origine psychique ou somatique ; de toute façon, la relation entre le médecin et son malade va décider de ce que deviendra la maladie, de la manière dont elle sera vécue, interprétée, soignée et guérie ". Norbert Bensaid²⁶.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lipkin M, Putnam SM, Lazarre A : The medical interview : Clinical Care, Education, and Research. New York, NY, Springer-Verlag, 1995
2. Buckman R : Communications and Emotions : Skills and efforts are key. BMJ 2002 ; 325 : 672
3. Davis H, Nicholaou T : A comparative of the interviewing skills of fifth-and final-year medical students. Medical Education 1992 ; 26 : 441-7
4. Platt FW, Gaspar GL : Tell me about yourself : The Patient-Centered Interview. Ann Intern Med 2001 ; 134 : 1079-85
5. Teutsch C : Patient-doctor communication. Med Clin N Am 2003 ; 87 : 1115-45
6. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galaida J, Meredith L, Sangster M : Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control 1999 ; 3 : 25-30
7. Millette B, Lussier MT, Goudreau J : L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale 2004 ; 5 : 110-26
8. Richard C, Lussier MT : La communication professionnelle en Santé. Québec, ERPI, 2005
9. Shanafelt TD, West C, Zhao X *et al.* : Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. J Gen Intern Med 2005 ; 20 : 559-64
10. Lussier MT, Millette B, Richard C, Firket P, Fostier P, Sommer J : Groupe de travail sur l'enseignement de la communication professionnelle médecin-patient. Pédagogie Médicale 2007 ; 8 : 121-5
11. www.mediplanet.be , article newsletter 1071 item 26 septembre 2011
12. Illich I : " Némésis Médicale ". Paris, Edition Du Seuil, 1975
13. Arrêté Royal du 22.08.2002. Loi relative aux droits du patient : users.swing.be/carrefour.../leg/droitsdupatientbrochure.pdf
14. Schetgen M : La communication médecin généraliste-patient à la lumière de la loi sur les droits du patient. Rev Med Brux 2006 ; 27 : S387-91
15. Consoli SM : La relation médecin-malade. Elsevier SAS, EMC Référence 2004 : 15-35
16. Conseil supérieur d'hygiène, Service Public Fédéral Santé publique Belge : section santé mentale, groupe de travail temporaire n°7814 : Aide aux Médecins généralistes praticiens de première ligne sur les questions de santé mentale : Constats et recommandations validés par le collège le 13/05/2005
17. Balint M : Le Médecin, le malade et la maladie. Paris, P.B., Payot, 1966
18. Jaury P : Les groupes Balint. Paris, Elsevier Sas, EMC 2004 : 55-60
19. Lussier MT, Millette B, Richard C : La communication médecin-patient : Enseignement et apprentissage, représentants l'Université de Montréal et cité de la santé de Laval au forum international de pédagogie médicale. Beyrouth, 31/05/06
20. Association of American Medical Colleges : Report III Contemporary issues in Medecine : Communication in Medecine, Medical School Objectives Project, Octobre 1999

21. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J : Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum ? Pat Educ Counc 2005 ; 58 : 265-70
22. Dupuis C : Relation médecin-malade : deux tiers des carabins sont déçus par leurs études. Quotidien du Médecin Journal, 07/10/1999 : 6564-6
23. Piquard D : Les ateliers d'inspiration Balint destinés aux étudiants de 4^e doctorat. Rev Med Brux 2006 ; 27 : S401-3
24. Pouchain D : Médecine Générale : Concepts et pratiques. Collège national des généralistes et enseignants. Paris, Masson, 1996 : 111-5

25. Le groupe EACH : <http://www.each.nl/>

26. Bensaid N : La consultation : le dialogue médecin-malade. Paris, Bibliothèque Médiations, Denoël-Gonthiers, 1979 : 236

Correspondance et tirés à part :

S. RICHARD SILVY
Service Psychiatrique pour Enfants et Adolescents
DP-CHUV
12 rue du Valentin
CH - 1400 Yverdon-les-Bains
E-mail : sandra.richard@chuv.ch

Travail reçu le 3 janvier 2012 ; accepté dans sa version définitive le 14 août 2012.

Annexe : Questionnaire (français)R - Mémoire 4^{ème} doctorat

Sujet : Audit sur la formation des médecins concernant la communication médecin-patient dans différents pays.
Merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions et me renvoyer ce questionnaire, Merci

- 1) Nom de l'Université :
- 2) Adresse de l'Université - Ville :
- 3) Pays : et durée totale des études :
- 4) Age : Sexe :
- 5) Année d'études en cours ou études finies en
- 6) Sujet abordé : Enseignement psychologie médicale centré sur l'apprentissage de la communication médecin/patient
 - a. Dans quels cours est-ce abordé :
 - b. Dans quelles années :
 - c. Nombre d'heures consacrées :
 - i. cours théoriques nombres d'heures :
 - ii. cours pratiques nombres d'heures :
 - d. Stages cliniques tout au long du cursus universitaire: en quelles années et nombres d'heures :
- 7) Pensez-vous être bien formé à la communication patient/médecin ? oui/non
- 8) En quelques mots, comment, selon vous, pourrait être améliorée la formation en communication médecin/patient ?

Merci pour votre participation, Sandra Richard, 4^e doctorat - Université libre de Bruxelles - Belgique,
E-mail : sandra.richard@ulb.ac.be