

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 6 juin 2019 à Poitiers
par **Madame Estelle NOGUES**

**Enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine.
Revue systématique de la littérature.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET
Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Vincent JEDAT
Monsieur le Docteur Florian DIDIER

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 6 juin 2019 à Poitiers
par **Madame Estelle NOGUES**

**Enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine.
Revue systématique de la littérature.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET
Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Vincent JEDAT
Monsieur le Docteur Florian DIDIER



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 12/2017)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECCO-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A mon président de jury :

Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha,

A mes juges :

Madame le Docteur Valérie Victor Chapelet,

Monsieur le Professeur Pascal Parthenay,

Pour avoir accepté de juger ce travail, soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A mes directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Vincent Jedat,

Merci de m'avoir soumis l'idée de rédiger cette thèse sur ce sujet ô combien important et d'actualité.

Merci également pour tes conseils durant la réalisation de ce travail.

Monsieur le Docteur Florian Didier,

Merci d'avoir été mon tuteur durant ces 3 années d'internat et d'avoir pris ce rôle avec beaucoup de sérieux, de conscience professionnelle et d'humanité.

Merci pour ton engagement dans ce travail, tes réponses à mes nombreuses questions, et tes remarques pertinentes. Tu as grandement contribué à la finalisation de ce travail et je t'en suis très reconnaissante.

A ma famille et mes amis :

A mes parents,

Pour avoir toujours été là dans les bons comme dans les mauvais moments.

Merci pour votre soutien, votre patience aussi.

La route a été longue et parfois sinueuse, mais j'y suis arrivée !

A mes grands-parents ici et ailleurs,

Pour m'avoir permis de grandir dans une famille aimante, d'apprendre la valeur du travail.

A mes amis, vous qui êtes si chers à mes yeux,

Vous avez su être présents quand j'en avais le plus besoin, et pour cela je vous en suis infiniment reconnaissante.

Si j'ai pu terminer ce travail c'est en partie grâce à vous, donc un immense MERCI.

Barbara,

Ma fidèle amie depuis toutes ces années. Je te remercie pour ton amitié sincère, ton optimisme à toute épreuve, tes loufoqueries et tes nombreuses autres qualités si précieuses.

Avec toi, c'est sûr on ne s'ennuie pas !

Tu es une merveilleuse personne et j'ai de la chance de te connaître.

Elodie,

Mon amie du primaire. Que de moments passés ensemble, les nombreuses heures au téléphone ...

Même si tu es loin maintenant, je suis heureuse de partager ton amitié.

Quels que soient les kilomètres, je sais que je peux compter sur toi. C'est à cela qu'on reconnaît les vraies amies non ?

Marion,

Merci pour ton amitié, ton honnêteté, ton franc-parler et toutes ces autres qualités, qui font de toi une personne merveilleuse.

20 ans déjà qu'on se connaît, et ce n'est que le début !

Maritza,

Tu as toi aussi été présente pour moi dans les bons et mauvais moments. J'ai toujours pu compter sur toi, et pour cela je t'en remercie.

Maurice et Antonia,

J'ai appris à vous connaître dans de tristes circonstances.

Vous avez su agir avec intelligence, bienveillance et discernement, et pour cela je vous en serai éternellement reconnaissante.

Je vous le dis très sincèrement : « Vous êtes de belles personnes ».

A Madame Froidmont,

Oui, vous méritez bien une petite dédicace...

C'est grâce à vous que j'ai pu surmonter toutes ces épreuves et en arriver jusque-là : vous avez été un phare pour moi.

Je peux vous le dire : « Je suis fier de moi, et cela c'est grâce à vous ».

A Noé,

Mon amour de petit garçon. C'est un réel bonheur de t'avoir dans ma vie.

Combien de belles choses nous attendent !

« Quand un grain de sable pénètre dans une huître et l'agresse au point que, pour s'en défendre, elle doit sécréter la nacre arrondie, cette réaction de défense donne un bijou dur, brillant et précieux », Boris Cyrulnik, Un merveilleux malheur.

« Le premier médicament du médecin, c'est le médecin lui-même », Michael Balint, Le médecin, le malade et la maladie.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
RESUME ET MOTS CLES	3
I - INTRODUCTION	5
1. Définition de la communication et de la relation médecin-patient	5
2. Intérêt d'une bonne communication en médecine	5
3. Défaut d'apprentissage de la communication reconnu par patients et soignants	6
4. Intérêt de développer des méthodes d'apprentissage de communication	6
5. Méthodes pour améliorer la communication	7
6. Objectif	7
II - METHODE	8
1. Méthodes d'intervention ou obtention des équations de recherche	8
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	9
3. Méthodes de sélection des études	9
4. Recueil de données	10
4.1- Informations générales sur l'étude	10
4.2- Détails pratiques de la méthode employée	10
4.3- Détails pédagogiques de la méthode employée	11
4.4- Résultats de l'étude	11
5. Analyse des données	13
III – RESULTATS	14
1. Sélection des articles	14
2. Analyse des résultats	16
2.1 : Une question qui intéresse les Etats-Unis et l'Europe	16
2.2 : Des enseignements visant surtout les étudiants en début de cursus	16
2.3 : Des enseignements surtout facultatifs et parfois incités	17

2.4 : Une majorité d'enseignements associant mise en pratique et réflexivité/feedback	18
2.5 : Des enseignants « conventionnels » mais aussi des étudiants et patients enseignants	18
2.6 : Peu d'enseignements longitudinaux	19
2.7 : Satisfaction de l'enseignement quasi-constante quelle que soit la méthode employée	20
2.8 : Une reproductibilité à revoir	21
2.9 : Selon cette revue, l'enseignement idéal était : facultatif, associant pratique et réflexivité/feedback, avec plusieurs enseignants et ponctuel	21
IV – DISCUSSION	23
1. Résultats principaux et implication majeure	23
2. Forces et faiblesse du travail	23
2.1 : Points forts	23
2.2 : Points faibles	24
3. Forces et faiblesses des résultats	25
3.1 : Points forts	25
3.2 : Points faibles	26
4. Hypothèses pour expliquer les observations faites	27
5. Changements déjà observés ou perspectives d'avenir	28
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	38
SERMENT	100

ABBREVIATIONS

ACIR scale : Arizona Clinical Interviewing Rating scale

ACP : Approche Centrée Patient

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

CSAS : Communication Skills Attitude Scale

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CTDA : Critical Thinking Disposition Assessment

DP scale : Doctor-Patient scale

DREEM : Dundee Ready Education Environment Measure

EBM : Evidence Based Medicine

EEE : Echelle d'Expressivité Emotionnelle

EMIE : Echelle Multifactorielle d'Intelligence Emotionnelle

ES-PC : Empathy Scale in Patient Care

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

KEECC-A : Kalamazzo Essential Elements Communication Checklist Adapted

LACT scale : Leeds Attitude to Concordance scale

LiSSa : Littérature Scientifique en Santé

MAAS score : Mindful Attention Awareness Scale

MeSH : Medical Subject Headings

MIA : Mesure d'Intensité Affective

PAIRS : Partnering in Alzheimer's Instruction Research Study

PECT : Patient Emotion Cue Test

PPOS score : Patient-Practitioner Orientation Scale

RIAS : Roter Interaction Analysis System

SC scale : Social Contexte scale

SPaCE : Simulated Patient Candidate Evaluation

SPIKES : Setting patient's Perception, Information need, Knowledge, responding to Emotions with Empathy and Summary

SSI-ES : Social Skills Inventory Emotional Sensitivity Scale

VR-CoDES: Verona Coding Definitions of Emotional Sequences

WFPTS : Wake Forest Physician Trust Scale

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

RESUME ET MOTS CLES

Introduction :

La relation médecin-patient s'est transformée ces dernières années, privilégiant une Approche Centrée Patient. La communication médicale apparaît comme une compétence nécessaire à tout médecin. Le « savoir-être » est devenu aussi important que le « savoir » et le « savoir-faire ».

Les patients réclament des médecins qui communiquent mieux. Les étudiants réclament une formation à la communication.

Des travaux de recherche ont déjà étudié les facteurs clés d'un enseignement de la communication efficace.

L'objectif principal de ce travail était de répertorier les enseignements existants ; l'objectif secondaire de relever les critères des enseignements satisfaisants.

Méthode :

Il s'agissait d'une revue systématique de littérature concernant les enseignements de la relation médecin-patient, délivrés aux étudiants en médecine de premier et second cycles à travers le monde.

Résultats :

47 enseignements ont été répertoriés, la majorité provenant des Etats-Unis ou d'Europe Occidentale, et se concentrant essentiellement sur les trois premières années d'études médicales.

41 étaient jugés satisfaisants, essentiellement selon le niveau 2 de Kirkpatrick.

Parmi les enseignements satisfaisants, quatre critères ont pu être mis en évidence : le caractère facultatif, l'importance de la mise en pratique et de la réflexivité, la pluralité des enseignants et le caractère ponctuel de l'enseignement.

L'évaluation de la reproductibilité étant apparue comme perfectible, elle n'est pas intervenue dans l'établissement de ces critères.

Discussion :

Les nombreuses études répertoriées prouvent l'intérêt ambiant pour le sujet, et doivent servir de base à l'établissement de nouveaux enseignements. Cette bibliographie avec son analyse de critères secondaires complète les travaux précédents sur le sujet. Un enseignement de qualité semble devoir être facultatif, associer la mise en pratique à la réflexivité/feedback et faire intervenir plusieurs enseignants. Le caractère longitudinal, même si non retrouvé dans cette revue, paraît cependant important.

Il serait souhaitable de mieux définir la reproductibilité des enseignements décrits afin d'en favoriser la mise en pratique.

Mots clés : Apprentissage ; Relations médecin-patient ; Etudiants médecine

ABSTRACT AND KEY-WORDS

Introduction :

Doctor-patient relationship has changed in recent years favoring a Patient Centered Approach. Medical communication is a necessary skill for any doctor. "Well-being" has become as important as "knowledge" and "know-how".

Patients call for doctors who communicate better. Students call for training in communication.

Research has already examined the key factors of effective communication education.

The main objective of this work was to catalog existing teachings; the secondary objective was to raise the criteria of satisfactory teachings.

Methods :

It was a systematic literature review of the teachings about doctor-patient relationship, delivered to undergraduate medical students around the world.

Results :

47 teachings have been reported, the majority from the United States or Western Europe, and focusing mainly on the first three years of medical studies.

41 were rated satisfactory, mostly at Kirkpatrick Level 2.

Among the satisfying teachings, four criteria were highlighted: the optional nature, the importance of putting it into practice and reflexivity, the plurality of teachers and the punctuality of teaching.

Since the reproducibility assessment appeared to be perfectible, it did not intervene in establishing these criteria.

Discussion :

The many studies listed prove the interest of the subject and should serve as a basis for establishing new teachings. This bibliography with its analysis of secondary criteria completes previous work on the subject.

Quality teaching seems to be optional, to associate practice with reflexivity/feedback and to involve several teachers. The longitudinal character, although not found in this review, seems however important

It would be desirable to better define the reproducibility of the teachings described in order to promote their implementation.

Key-words : Learning ; Physician-patient relations ; Medical students

I - INTRODUCTION

1. Définition de la communication et de la relation médecin-patient

La relation médecin-patient est une relation singulière, basée sur la communication. La communication dans le domaine médical se définit comme un échange, verbal ou non verbal, entre un médecin, un patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de santé ou avec le public (1) (2).

Depuis plusieurs années, une évolution des pratiques médicales s'est imposée avec le développement de l'EBM (Evidence Based Medicine) et une reconfiguration de la relation médecin-patient.

La relation paternaliste a laissé place à une ACP (Approche Centrée Patient). Le but est la création d'une alliance thérapeutique avec le patient, lui permettant de devenir un véritable acteur de sa santé (3) (4). Cette ACP s'est développée à partir des années cinquante avec Balint puis Rogers, et s'est pérennisée avec le développement des maladies chroniques (1) (5).

La loi a permis d'encadrer cette évolution, en remettant le patient au centre de la relation. La loi du 4 mars 2002 réhabilite la place de l'individu dans le processus de soins (1) (3) .

2. Intérêt d'une bonne communication en médecine

L'importance de la communication en médecine s'est imposée au corps médical à partir de 1991 avec le consensus de Toronto, qui place la communication dans le cadre de compétences cliniques essentielles à tout médecin (6).

De récentes études ont montré qu'une bonne communication entre médecin et patient a des effets positifs sur la qualité des soins, à la fois pour le patient et le soignant (4) (6) (7) (8) (9).

Il est donc important qu'en plus de leur « savoir » et de leur « savoir-faire », les médecins développent leur « savoir-être » (6) (7).

3. Défaut d'apprentissage de la communication reconnu par patients et soignants

D'un côté, les patients continuent de reprocher à leurs médecins leur défaut de communication, et plus souvent même que leur manque de compétences médicales (1) (8). Ils attendent autre chose qu'une position paternaliste et des décisions unilatérales (10). Ils souhaitent des médecins qui communiquent plus et mieux (4) (6) (7).

Le défaut de communication les pousse à utiliser internet, qui est pour eux un moyen facile d'obtenir des réponses à leurs questions, avec toutes les problématiques que cela apporte (3) (9) (11).

Chez les soignants, il est admis que l'apprentissage de la communication reste le « parent pauvre » des études médicales (7).

Une étude publiée en 2012 et réalisée auprès d'étudiants de 300 universités a démontré que la majorité des étudiants interrogés réclament plus de travaux pratiques dans l'apprentissage de la communication (6).

Une enquête de l'ANEMF réalisée en France en 1999 allait également dans ce sens : 75% des étudiants interrogés estimaient avoir des lacunes dans l'apprentissage relationnel (6).

4. Intérêt de développer des méthodes d'apprentissage de communication

Les habiletés en communication ne sont pas innées et doivent être apprises (1) (4) (7).

La loi française encadre cette nécessité avec l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales (12).

Les facultés de médecine ont donc la responsabilité de former de bons médecins et d'établir des enseignements en communication pertinents et efficaces, s'appuyant sur les récents travaux de recherche en matière de communication et en les intégrant dans une formation continue, afin que ce savoir soit pérenne dans le temps (6) (7) (8).

5. Méthodes pour améliorer la communication

Des travaux de recherche récents ont permis d'identifier les six facteurs clés de l'enseignement d'une communication professionnelle efficace (7) :

- Un référentiel basé sur des résultats de recherche scientifique
- Une pratique répétée incluant une rétroaction (« feed-back »)
- Un cursus de formation cohérent, longitudinal et se poursuivant par la formation continue
- Un processus d'évaluation des apprentissages
- Des activités de découverte du soi pour prendre conscience des émotions, valeurs et croyances influençant toute relation interhumaine
- Des cliniciens modèles de rôle durant les stages et enseignements

De plus, les habitudes acquises lors des années de formation, qu'elles soient bonnes ou mauvaises, se consolident avec le temps, et sont donc plus difficiles à modifier. Il est donc indispensable que cet enseignement soit réalisé le plus tôt possible durant les études médicales (7).

Ces travaux de recherche doivent servir de référentiel pour l'élaboration de programmes pédagogiques, qui permettront l'acquisition d'habiletés en communication (2).

6. Objectif

L'objectif principal de ce travail était de répertorier les programmes d'enseignement à destination des étudiants en médecine de premier et second cycles, en matière de communication médecin-patient.

L'objectif secondaire était de définir les principales caractéristiques des enseignements jugés satisfaisants.

II – METHODE

Une revue systématique de littérature a été réalisée. Elle a interrogé six bases de données bibliographiques: BDSP (Banque de Données en Santé Publique), LiSSa (Littérature Scientifique en Santé), Google Scholar, PubMed, Cochrane et U pétille, en complément de l'exploration de la littérature grise. Les recherches ont été effectuées du 29 mars 2018 au 29 mai 2018.

1. Méthodes d'intervention ou obtention des équations de recherche

Les bases de données nécessitaient une recherche en français ou en anglais.

Le CISMéF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française) a été utilisé pour établir une liste de mots clés ou effecteurs MeSH (Medical Subject Headings) en rapport avec notre question de recherche.

La combinaison de ces mots-clés nous a permis d'établir une équation de recherche, la plus productive qui soit, pour chaque base de données (Annexe 1). L'équation de recherche retenue pour chaque source bibliographique était :

- BDSP : « Apprentissage » and « relation médecin-patient » and « étudiants médecine »
- LiSSa : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » or « communication médecin-patient » and « étudiant médecine »
- Google Scholar : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » and « étudiants médecine » - « interne internat résident résidence »
- PubMed : « physician-patient relations » or « physician – patient communication » and « medical students » and « learning »
- Cochrane : « physician-patient relations » or « physician –patient communication » and « medical students » and « learning »
- U pétille : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » or « communication médecin-patient » and « étudiants médecine »

Concernant la littérature grise, deux documents supplémentaires ont été ajoutés : il s'agissait d'une thèse de Médecine de l'Université de Poitiers et de l'article scientifique issu de cette thèse.

L'ajout de ces documents s'est fait selon la méthode « boule de neige », c'est-à-dire avec l'aide d'un de mes directeurs de thèse, qui avait connaissance de ces travaux de recherche en lien avec la question traitée.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Bases de données : BDSP, LiSSa, Google scholar, PubMed, Cochrane, U pétille et littérature grise
- Date de publication : articles publiés à partir de 1990 jusqu'en 2018
- Lieu d'étude : le monde entier
- Langue : français ou anglais
- Population : étudiants en médecine de premier et second cycles et équivalents pour les autres pays à système différent du modèle français

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Type d'articles : texte intégral indisponible sur internet ou payant et ne faisant pas partie des abonnements de la bibliothèque universitaire de Poitiers
- Articles ne détaillant pas la méthode d'enseignement
- Articles de moyenne ou mauvaise qualité scientifique

3. Méthodes de sélection des études

Les articles ont ensuite été sélectionnés selon plusieurs étapes.

Premièrement, selon la lecture du titre et du résumé. Ont été retenus les articles étudiant l'enseignement d'une méthode de communication avec le patient pour les étudiants de médecine de premier et second cycles uniquement. Les articles dont les titres et/ou résumés ne correspondaient pas à ces critères ont été exclus.

Puis, la qualité scientifique des articles, a été évaluée grâce à des grilles d'analyse.

Pour les études qualitatives, la grille Côté-Turgeon (Annexe 2) (13).

Pour les études quantitatives, la grille de Bordage (Annexe 3) (14).

Pour les études observationnelles, la grille de Strobe (Annexe 4) (15).

Puis, les doublons ont été éliminés. Concernant la littérature grise, les deux documents faisant référence à la même étude, nous avons choisi de ne garder que l'article scientifique, dont la validité nous a semblé plus importante, car publiable.

4. Recueil de données

Les articles retenus ont été lus dans leur intégralité et analysés.

L'ensemble de ce travail a été soumis à une double lecture.

Ces données ont été extraites dans une grille de lecture selon les quatre critères détaillés ci-dessous.

4.1 Informations générales sur l'étude

Étaient précisés trois points : l'auteur, la revue et l'année de publication du document.

4.2 Détails pratiques de la méthode employée

Étaient précisés trois points : le lieu de l'étude (pays), la population de l'étude (niveau de l'étudiant) et la durée de l'enseignement (ponctuel ou longitudinal).

Le caractère longitudinal de l'enseignement, a été défini arbitrairement comme un enseignement s'étalant sur plus d'une année universitaire (au moins deux années universitaires consécutives).

4.3 Détails pédagogiques de la méthode employée

Etaient précisés trois points: le caractère théorique et/ou pratique et/ou réflexif de l'enseignement, si l'enseignement se faisait par les pairs et/ou enseignants et/ou patients et le caractère obligatoire ou facultatif de l'enseignement.

Etaient considérés comme « théoriques », les enseignements mettant l'étudiant en position passive : c'est-à-dire se contentant d'écouter un enseignement, d'étudier (recevoir une information).

Etaient considérés comme « pratiques », les enseignements mettant l'étudiant en position active : notamment par la participation à des ateliers (jeux de rôles entre étudiants, avec patient simulé/standardisé) ou des consultations réelles (que l'étudiant soit acteur ou simple observateur).

Etaient considérés comme « réflexifs », les enseignements permettant à l'étudiant de réfléchir aux compétences mobilisées, que ce soit par l'émission d'avis critique sur son comportement (réflexivité) ou par une rétroaction de la part d'un sujet extérieur (feedback).

4.4 Résultats de l'étude

Etaient précisés quatre points : les compétences mobilisées (pour les étudiants de premier et second cycles avec parfois des compétences plutôt en lien avec une formation d'étudiant de troisième cycle), la classification selon le type de méthode (méthode interventionnelle quantitative ou qualitative ou méthode observationnelle), la validité de la méthode selon le niveau de Kirkpatrick avec le nombre d'étudiants ayant été interrogés ; reproductibilité de la méthode.

Les compétences de l'étudiant en médecine de premier et second cycles ont été définies en référence aux objectifs pédagogiques décrits dans l'item N°1 du programme d'enseignement de l'étudiant de second cycle des études médicales (Annexe 5) (16).

Six compétences ont ainsi pu être définies :

- Communication avec l'entourage du patient
- Communication interprofessionnelle
- Empathie et adaptation aux besoins du patient
- Fondement de la psychologie médicale
- Comportement approprié dans des situations spécifiques : annonce de mauvaise nouvelle, handicap, décès, échec, incertitude, évènement indésirable
- Actions adaptées aux caractéristiques du patient : éducation thérapeutique, prévention, suivi

De la même manière, les compétences de l'étudiant de troisième cycle ont été définies en s'appuyant sur les compétences enseignées aux internes de Médecine Générale (marguerite des 6 compétences) selon le référentiel de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (Annexe 6) (17). Il ne s'agissait pas d'une liste exhaustive, car le but n'était pas de définir toutes les notions faisant référence à l'étudiant de troisième cycle, mais plutôt de montrer que bien souvent l'enseignement de l'étudiant en médecine s'inscrit dans un continuum.

Trois compétences se rapportant plus à un niveau d'étudiant de troisième cycle que d'étudiant de premier ou second cycles ont ainsi pu être repérées :

- Utilisation d'outils de communication spécifiques : écoute active, négociation, transferts et contre-transferts, alliance thérapeutique, reformulation, décryptage de la demande cachée du patient
- Prise en compte du patient dans sa globalité (dimension bio-psycho-sociale)
- Professionnalisme

La classification des méthodes s'est faite selon deux grandes catégories :

- Méthodes observationnelles : observation d'évènements sans possibilité d'établir une relation causale
- Méthodes interventionnelles : l'attribution de l'exposition est fixée par l'investigateur, afin d'établir une relation causale. Cette relation peut être

recherchée de manière qualitative (entretiens, observations, questions ouvertes) ou quantitative (échelles, scores, questions fermées)

L'évaluation des différents enseignements, a été réalisée avec l'échelle de Kirkpatrick (Annexe 7) (18).

La reproductibilité a été définie par rapport à deux limites arbitraires :

- Méthodes semblant trop compliquées à mettre en œuvre : trop longues dans le temps, nécessitant des moyens humains trop importants, trop coûteuses
- Méthodes dont l'intérêt était difficilement généralisable car trop spécifiques d'une configuration locale

Étaient considérées comme trop longues les méthodes longitudinales.

Les moyens humains ont pris en considération : le nombre d'étudiants devant être inclus dans l'enseignement (limite supérieure fixée arbitrairement à la taille d'une promotion « classique » après la sélection de première année selon les références de l'auteur, soit 120 étudiants) et la taille des groupes (limite inférieure fixée arbitrairement à 20 étudiants) impliquant une certaine répétition des séances, la nécessité d'inclure dans l'enseignement des comédiens rémunérés ou des patients réels volontaires.

Le coût de la méthode n'a pu être estimé que de manière indirecte : l'estimation était indexée sur la durée de l'enseignement, la répétition des séances, et la possible rémunération de comédiens employés pour l'enseignement.

La généralisation d'une méthode a été définie par la possibilité de transférer la méthode d'enseignement dans n'importe quelle faculté de médecine à l'échelle internationale, et ce quelle que soit la culture.

5. Analyse des données

Pour chaque étude sélectionnée, les données extraites ont été renseignées dans des tableaux de synthèse afin d'en faire ensuite l'analyse (Annexe 8).

III - RESULTATS

1. Sélection des articles

Un total de 1067 références a été trouvé dans les bases de données à partir des équations de recherche et de l'exploration de la littérature grise.

Au total, à l'issue de leur lecture, 47 articles ont été sélectionnés pour analyse.

La figure ci-dessous (diagramme de flux) décrit la procédure de sélection des articles et leurs motifs d'exclusion.

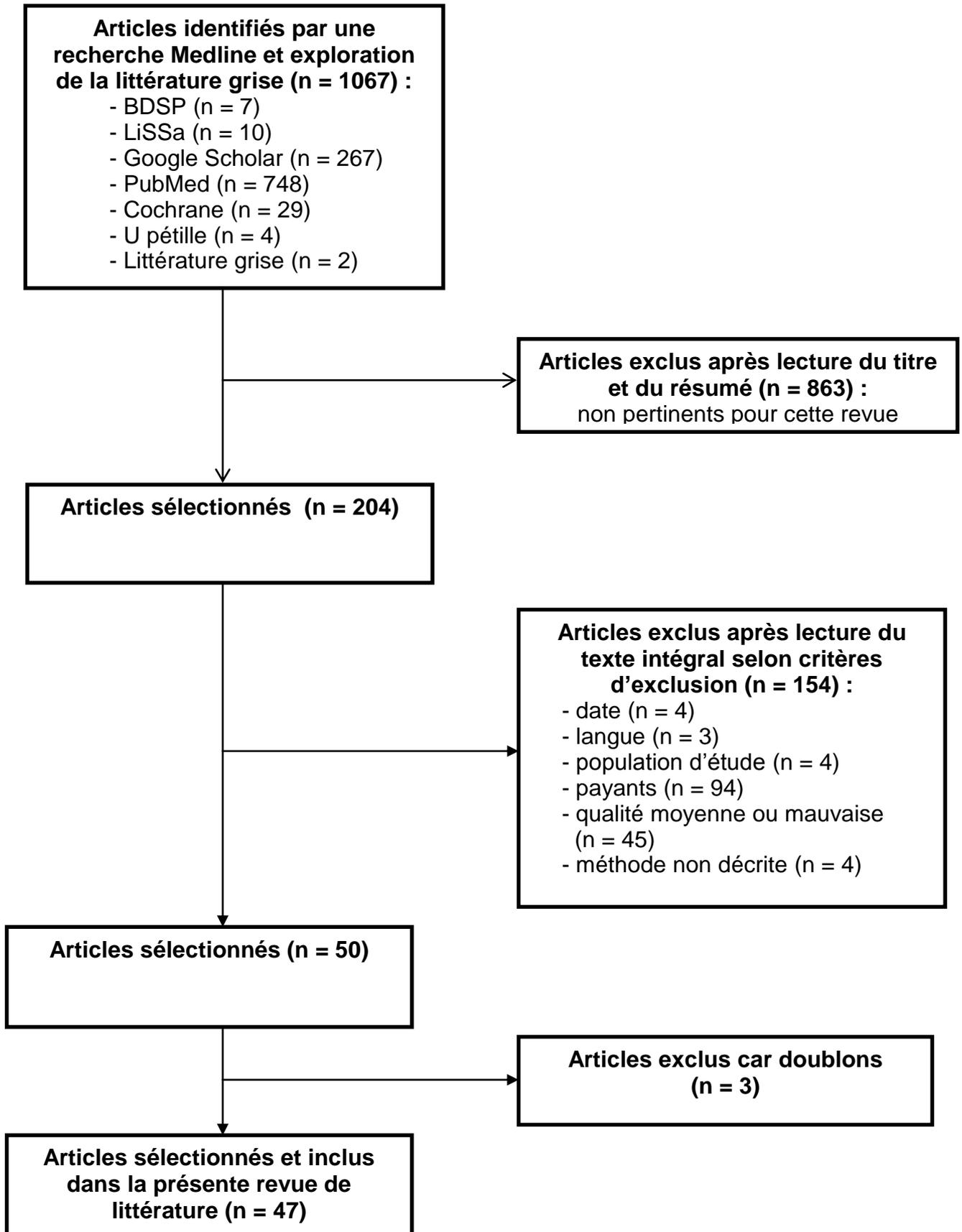


Figure 1 : Diagramme de flux et sélection des articles

2. Analyse des résultats

2.1 : Une question qui intéresse les Etats-Unis et l'Europe

Parmi les 47 études analysées, la majorité provenait des Etats-Unis et de pays européens, dont peu d'articles français.

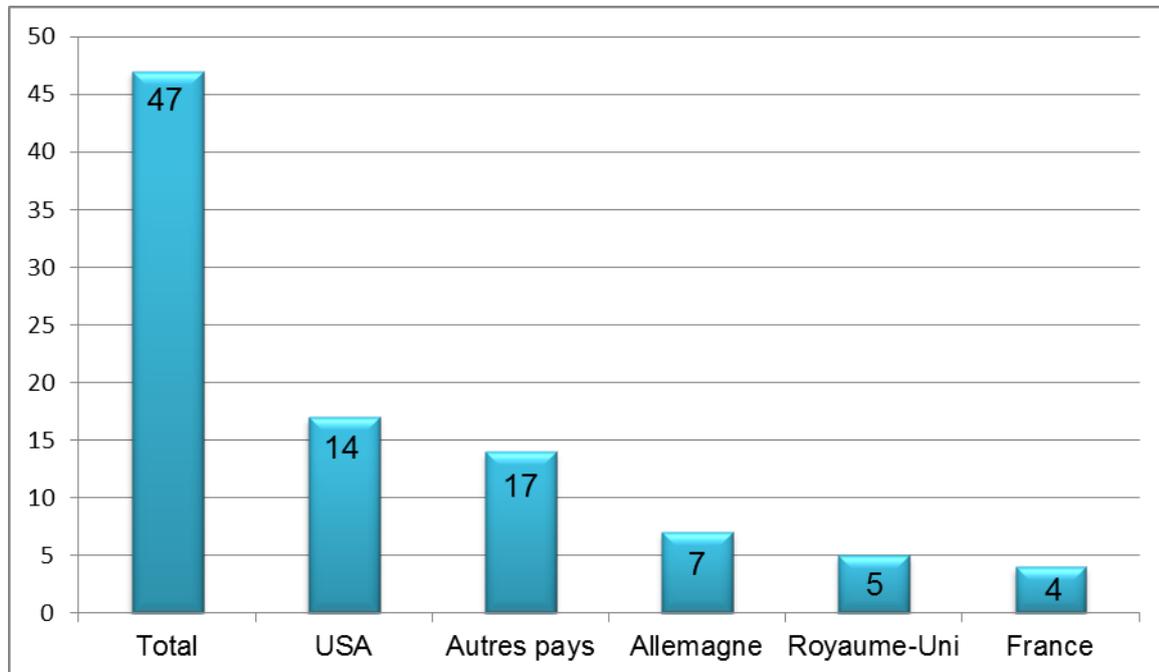


Figure 2 : Pays à l'origine des études

2.2 : Des enseignements visant surtout les étudiants en début de cursus

Les enseignements s'adressaient à un ou plusieurs niveaux d'étudiants.

29 enseignements étaient destinés à un seul niveau (soit 61.7%), contre 17 qui s'adressaient à des étudiants de niveaux différents (soit 36.2%).

Une étude ne précisait pas le niveau des étudiants intéressés (soit 2.1%).

Plus les étudiants avançaient dans leur cursus, moins il y avait d'enseignement proposé.

	1 ^{ere} année	2 ^{eme} année	3 ^{eme} année	4 ^{eme} année	5 ^{eme} année	6 ^{eme} année
Enseignements à niveau unique	8	7	10	2	2	0
Enseignements à plusieurs niveaux	12	12	8	8	5	3
Total	20	19	18	10	7	3

Tableau 1 : Niveau des étudiants dans les 47 enseignements étudiés

2.3 : Des enseignements surtout facultatifs et parfois incités

La majorité des enseignements proposés étaient de participation facultative.

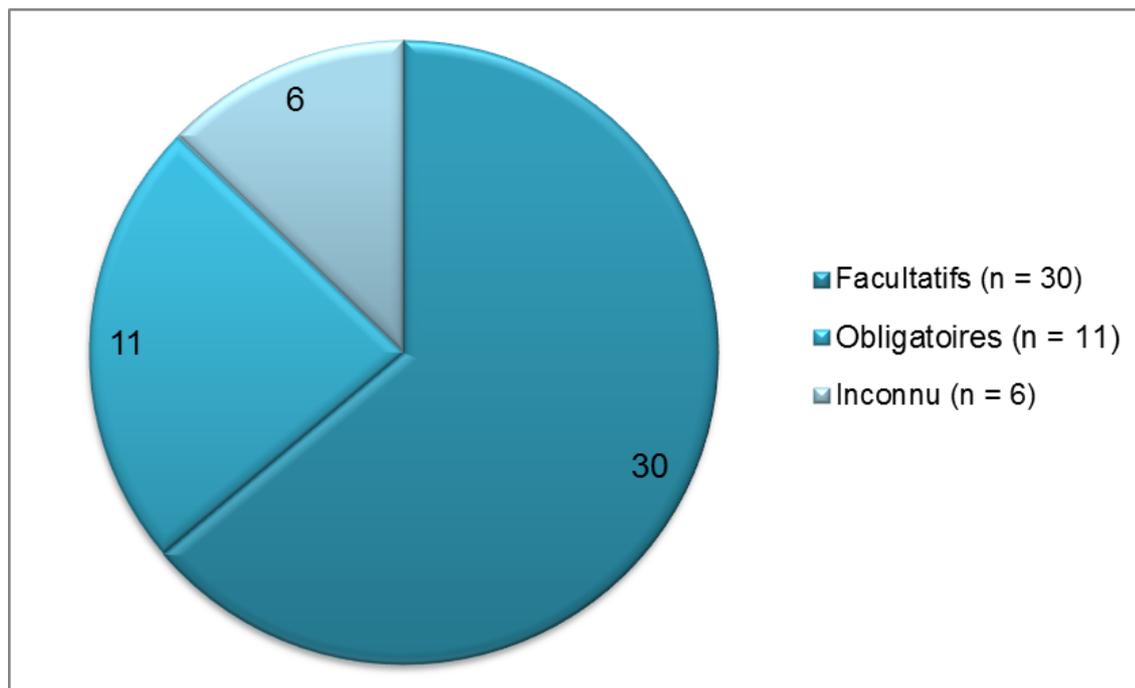


Figure 3 : Enseignements obligatoires ou facultatifs (n = 47)

Deux facultés (étude de Werner A et al. (47) et étude de Bombeke K et al. (53)) ont décidé de motiver les étudiants pour participer à des enseignements facultatifs en leur offrant une compensation financière ou matérielle.

2.4 : Une majorité d'enseignements associant mise en pratique et réflexivité/feedback

La majorité des enseignements associaient partie pratique et réflexivité/feedback (23 études soit 49%), suivi de près par les enseignements associant partie théorique, pratique et réflexive (21 études soit 44.7%). Deux enseignements étaient à la fois théoriques et réflexifs (soit 4.3%), et un enseignement seulement pratique (soit 2.1%).

Il n'a pas été répertorié d'enseignement purement théorique.

2.5 : Des enseignants « conventionnels » mais aussi des étudiants et patients enseignants

Selon la personne qui transmettait l'information, trois niveaux d'enseignement ont été distingués :

- 1^{er} niveau : l'information transmise par les étudiants. L'information se transmettait selon un même niveau, de manière transversale : les étudiants apprenaient ensemble
- 2^{ème} niveau : l'information transmise par les enseignants. L'information se transmettait de manière descendante : l'enseignant détenteur de l'information la transmettait à l'étudiant
- 3^{ème} niveau : l'information transmise par les patients. L'information se transmettait selon le point de vue du patient et plus seulement selon le point de vue du soignant

La majorité des enseignements étaient à deux niveaux, suivis par ceux à trois niveaux.

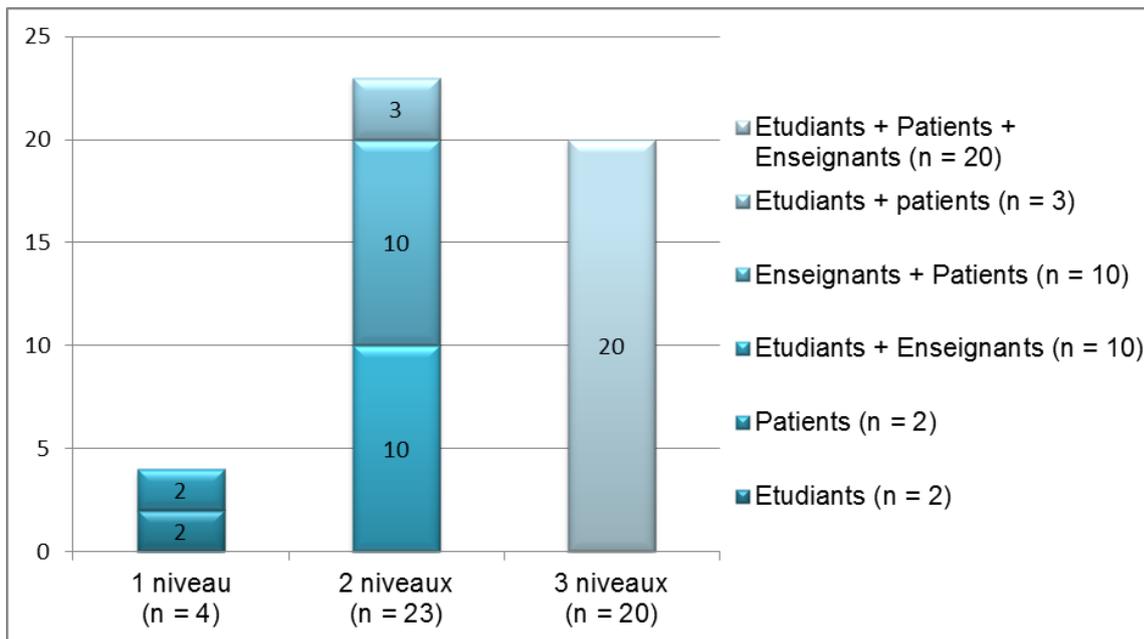


Figure 4: Nombre de niveaux d'enseignement dans les études (n = 47)

2.6 : Peu d'enseignements longitudinaux

La majorité des enseignements étaient ponctuels.

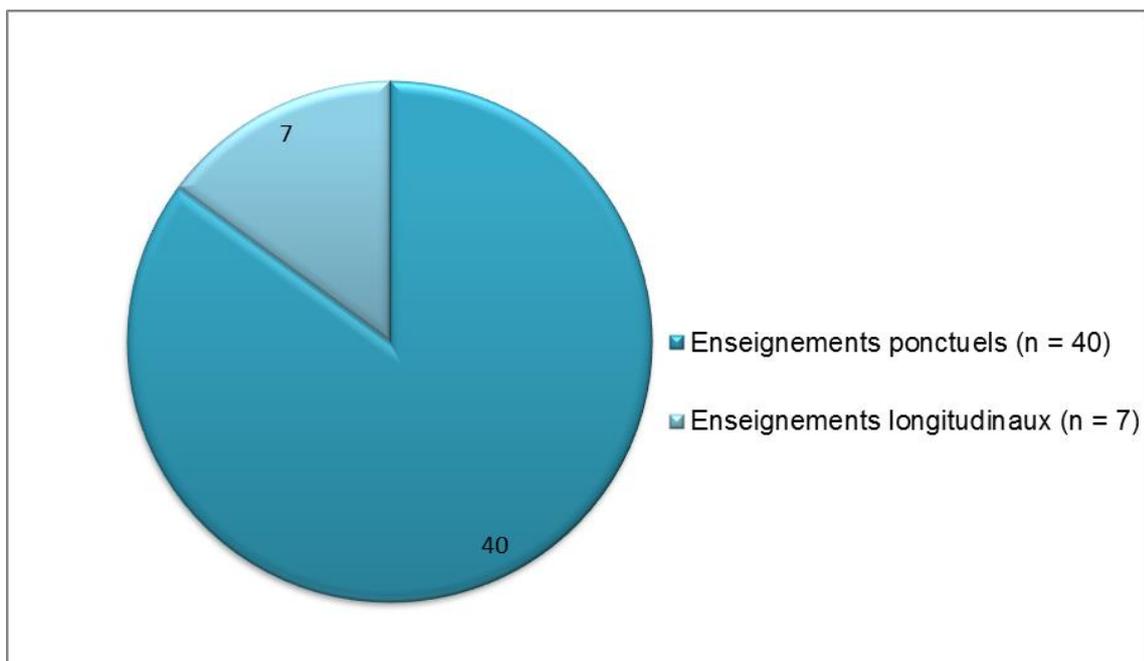


Figure 5 : Durée de l'enseignement selon les études (n = 47)

On notera l'étude de Puvanendran R et al. (51), dont l'enseignement était certes ponctuel, mais dispensé sur plusieurs mois, avec le suivi d'un patient à l'hôpital, puis à son domicile, puis à 10 mois.

2.7 : Satisfaction de l'enseignement quasi-constante quelle que soit la méthode employée

L'évaluation des enseignements était faite le plus souvent selon le niveau 2 de Kirkpatrick (23 études soit 48.9% des cas), selon le niveau 1 de Kirkpatrick dans 9 études (soit 19.1% des cas) et dans 14 études l'évaluation se faisait selon les niveaux 1 et 2 (soit 29.8% des cas) (Annexe 7) (18).

Une étude était observationnelle et donc sans évaluation de l'enseignement.

La majorité des enseignements étudiés ont été évalués comme totalement satisfaisants.

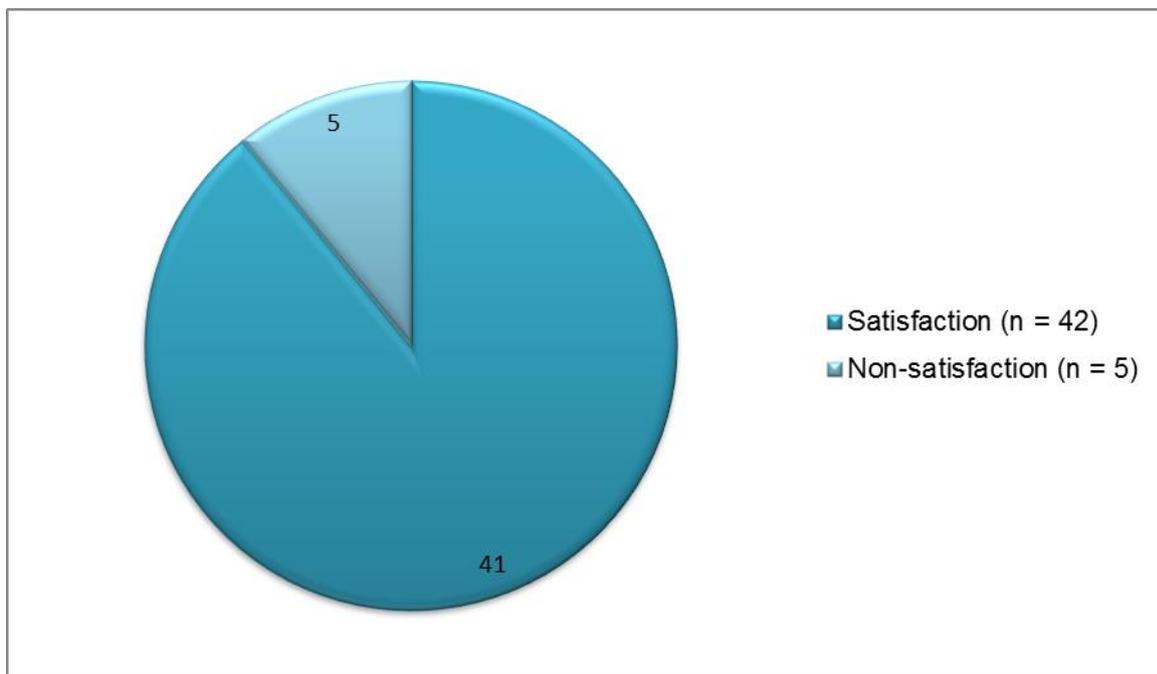


Figure 6 : Etude de la satisfaction selon Kirkpatrick (n = 46)

2.8 : Une reproductibilité à revoir

Parmi les enseignements étudiés, 12 ont été considérés comme reproductibles (soit 25.5%).

La majorité des enseignements jugés comme non reproductibles l'étaient pour des raisons de mise en pratique trop compliquée (33 études soit environ 70% des cas).

Trois enseignements ont été jugés comme non généralisables : l'un d'entre eux exigeait une formation de l'enseignant à l'art, un autre une formation en musicologie, ce qui ne pouvait être réalisé dans toutes les facultés, et un autre était basé sur les problèmes interculturels entre un médecin américain et un patient sud-américain, problématique spécifique d'une région donnée.

2.9 Selon cette revue, l'enseignement idéal était : facultatif, associant pratique et réflexivité/feedback, avec plusieurs enseignants et ponctuel

Parmi les 41 enseignements jugés comme satisfaisants, certains critères ont pu être mis en avant : ils sont représentés dans le tableau ci-après.

Caractéristiques	Méthodes satisfaisantes (n = 41)	Méthodes non satisfaisantes (n = 5)
Caractère facultatif/obligatoire :		
Facultatif	26	3
Obligatoire	9	2
Inconnu	6	0
Place de la réflexivité/feedback :		
Théorie + Pratique + R/F	18	1
Pratique + R/F	20	4
Théorie + R/F	1	0
Théorie + Pratique	1	0
Pratique	1	0
Théorie	0	0
R/F	0	0
R/F : réflexivité/feedback		
Niveau d'enseignement :		
3 niveaux	18	1
2 niveaux :	18	4
Etudiant + Enseignant	7	3
Etudiant + Patient	3	0
Enseignant + Patient	8	1
1 niveau :	5	0
Etudiant	2	
Enseignant	0	
Patient	3	
Caractère ponctuel/longitudinal :		
Ponctuel	36	4
Longitudinal	5	1

Tableau 2 : Caractéristiques des enseignements selon la satisfaction

IV - DISCUSSION

1. Résultats principaux et implication majeure

Cette revue a permis de montrer que l'enseignement de la communication aux étudiants en médecine est nécessaire et les 47 études analysées vont dans ce sens. Elles venaient essentiellement des Etats Unis et de certains pays d'Europe.

De ces études, il ressort plusieurs critères permettant de dresser le « portrait-robot » d'un enseignement adapté sur le sujet. Celui-ci ne doit pas forcément être obligatoire ni même longitudinal pour être jugé comme satisfaisant. Il doit cependant adopter plusieurs niveaux d'enseignement et accorder une grande place à la réflexivité et à la mise en pratique.

D'autres résultats ont pu être observés.

La plupart des enseignements étaient à destination des jeunes étudiants, et plus le niveau de l'étudiant montait, moins il y avait d'études sur le sujet.

La majorité des enseignements, le plus souvent évalués selon le niveau 2 de Kirkpatrick, étaient jugés satisfaisants.

Une minorité d'enseignements a été jugée comme reproductible, essentiellement pour des raisons de mise en pratique trop compliquées.

2. Forces et faiblesses du travail

2.1 : Points forts

Il s'agissait d'un sujet original puisqu'à notre connaissance aucune revue de littérature n'avait été effectuée sur le sujet.

Le sujet nous a paru pertinent pour la pratique de la médecine, dans une société qui accorde de plus en plus de place au patient, et où la demande d'une relation de qualité est de plus en plus importante de la part des patients mais aussi des soignants.

L'interrogation de six moteurs de recherche a permis d'avoir une liste d'études sur le sujet plutôt conséquente, témoignant de l'intérêt actuel pour le sujet, diminuant le biais de sélection, et nous permettant d'analyser suffisamment d'articles et de dresser ainsi le « portrait-robot » d'un enseignement satisfaisant.

L'analyse des articles à partir de 1990 a permis d'avoir une vision assez large des enseignements existants (analyse sur presque 30 ans) et de diminuer ainsi le biais de sélection. La date a été arbitrairement fixée par rapport au consensus de Toronto, qui a marqué un tournant dans la communication médicale en 1991 ; date à partir de laquelle on a vraiment commencé à s'intéresser à des méthodes d'enseignement de la communication médecin-patient.

L'analyse des articles écrits en français et en anglais nous a permis d'avoir beaucoup plus d'articles que si nous avions choisi de lire uniquement les articles écrits en français.

La double lecture concernant l'analyse des articles a permis de diminuer le risque d'erreurs (notamment le biais d'interprétation) et d'augmenter ainsi la validité interne de notre revue.

L'analyse des résultats s'est concentrée sur certains critères qui nous paraissaient les plus utiles. Dans un souci de clarté, nous avons choisi de mettre seulement en avant les résultats pouvant avoir une implication dans la création d'enseignements futurs.

2.2 : Points faibles

L'exclusion des articles payants ou nécessitant des manœuvres de prêts entre bibliothèques universitaires était également souhaitée pour des raisons de praticité, participant ainsi au biais de sélection en limitant le nombre d'articles analysés.

L'interrogation de la littérature grise a été minimale car suffisamment d'articles avaient été trouvés sur les moteurs de recherche. Le choix a été de réduire le nombre total d'articles sélectionnés afin de garantir une certaine qualité d'analyse sur l'ensemble des travaux étudiés, mais favorisant un biais de sélection.

Un article de littérature grise a cependant été intégré, car issu d'une étude menée au sein de la Faculté de Médecine de Poitiers, et paraissant suffisamment contributif.

L'appréciation de la reproductibilité a volontairement été très sélective et arbitraire, notamment pour les questions de coût (indexée sur la durée de l'enseignement, la répétition des séances et la rémunération des intervenants). Le budget consacré à l'enseignement était une donnée inconnue dans cette revue, car propre à chaque faculté et géré au niveau local. Ceci a certainement participé à un biais d'interprétation.

Pour cette raison, les enseignements jugés comme non reproductibles n'ont pas été exclus de l'analyse et ont donc été intégrés pour les résultats secondaires.

3. Forces et faiblesses des résultats

3.1 : Points forts

Les nombreuses études trouvées sur le sujet ont contribué à la fiabilité de l'analyse des résultats.

Concernant les deux facultés ayant incité les étudiants à participer à leur enseignement facultatif, moyennant compensation financière ou matérielle, on peut dire que, parmi les étudiants inclus de la sorte, certains n'auraient peut-être jamais participé à ces enseignements. Cette méthode a sans doute permis d'atténuer le biais de sélection.

La mise en pratique encadrée permettait à l'étudiant de s'exercer dans un milieu sécurisé avant d'être confronté seul à la réalité du terrain, évitant ainsi les mauvaises expériences à la fois pour l'étudiant et le patient.

La plupart des enseignements accordaient une place importante à la réflexivité/feedback, permettant aux étudiants de mobiliser leurs compétences, d'apprendre la remise en question dans un souci d'amélioration.

Combiner les niveaux d'enseignement permettait une approche selon différents points de vue, et ainsi une meilleure acquisition des compétences.

Le point de vue du patient était particulièrement pris en compte : en permettant au patient d'exprimer ses ressentis, on peut améliorer la communication avec lui. Considérer le point de vue du patient c'est admettre une relation à double sens où chacun des protagonistes peut éduquer l'autre.

L'apprentissage le plus tôt possible des méthodes de communication était un élément positif, permettant d'éviter de mauvaises habitudes, difficilement modifiables par la suite.

3.2 : Points faibles

Parmi les pays à l'origine des études, on regrettera la quasi-absence du Canada, qui aurait pu apporter son expérience sur les questions de pédagogie.

On regrettera aussi l'absence d'étude africaine, la quasi-absence d'études asiatiques ou sud-américaines. Ce dernier point est lié au fait que seuls les articles écrits en français ou anglais ont été analysés.

Ce manque de diversité géographique a participé à un biais de mesure.

La grande majorité des enseignements étaient facultatifs, amenant à se poser la question d'un biais de sélection concernant les étudiants évalués ou interrogés.

Par ailleurs, il est possible que les étudiants ayant participé aux enseignements facultatifs avaient déjà une certaine sensibilité vis-à-vis de la communication médecin-patient, surestimant ainsi la validité de l'enseignement.

Trop peu d'enseignements étaient tenus dans le temps pour les étudiants dans les niveaux supérieurs : l'utilité aurait été encore plus importante pour les étudiants de deuxième cycle, qui se trouvent davantage au contact du patient durant les stages.

Par ailleurs, il se peut que l'étudiant soit amené à rencontrer en stage des soignants aux habitudes de communication perfectibles, en désaccord avec l'enseignement mené auparavant.

Il est difficile de conclure concernant les critères des enseignements jugés satisfaisants.

Les critères les plus souvent retrouvés dans les méthodes satisfaisantes, étaient également les critères les plus souvent retrouvés dans l'ensemble des enseignements proposés.

On ne peut donc savoir si les critères majoritaires dans les enseignements jugés comme satisfaisants sont le reflet de la satisfaction en lien avec l'enseignement, ou s'ils sont simplement le reflet d'une règle de proportionnalité.

Il est regrettable que l'étude de la satisfaction n'ait pas tenu compte du retentissement sur le terrain : il aurait été plus fiable de savoir si les enseignements étudiés amélioreraient bien les compétences en communication sur le terrain (niveau 3 de Kirkpatrick) (Annexe 7) (18). Conclure sur la satisfaction d'un enseignement sans tenir compte de la réalité sur le terrain est un biais d'interprétation.

4. Hypothèses pour expliquer les observations faites

Le nombre important d'études trouvées indique qu'il s'agit d'un sujet important à l'heure actuelle, et auquel les facultés s'intéressent.

La majorité des études sur le sujet provenait des Etats-Unis : un grand pays avec une certaine stabilité économique et sociale, lui permettant de s'intéresser à ce sujet. Il en est de même pour les études menées en Europe occidentale.

En revanche la quasi-absence du Canada parmi les études menées est très étonnante car il s'agit d'un pays historiquement connu pour ses recherches pédagogiques et relationnelles, en témoigne le consensus de Toronto.

La plupart des enseignements étaient facultatifs, certainement pour une mise en pratique plus simple.

L'importance de la mise en pratique et de la réflexivité/feedback s'appuyait certainement sur les travaux déjà faits par le passé, et qui ont clairement démontré l'utilité de cette notion dans les méthodes d'enseignement (7).

Les enseignements par les autres étudiants renvoient à la réflexivité : en regardant les autres agir, on peut se remettre en question et changer son comportement.

Les enseignements par le patient sont en accord avec l'idée que la relation médecin-patient doit s'envisager aujourd'hui comme un partenariat, et non comme une relation paternaliste à sens unique.

Les enseignements étaient essentiellement ponctuels, et non longitudinaux comme le préconisent pourtant les travaux de recherche (7), certainement pour une mise en œuvre plus simple.

Les enseignements étaient essentiellement à destination d'étudiants en début de cursus, sans doute pour des raisons d'organisation : plus l'étudiant avance dans son cursus, moins il a de temps disponible pour de telles activités (stages, préparation du concours de l'internat).

L'évaluation de la satisfaction essentiellement sur le niveau 2 de Kirkpatrick était plus simple à mettre en œuvre qu'une évaluation de niveau 3, nécessitant une évaluation sur le terrain.

Le très faible nombre d'enseignements jugés reproductibles, s'explique sans doute par notre biais d'interprétation avec une évaluation de la reproductibilité peut-être trop sévère.

5. Changements déjà observés ou perspectives d'avenir

Le nombre important d'études sur la relation médecin-patient montre qu'il y a un réel intérêt de la part des facultés à former les futurs médecins dans ce domaine. Les études médicales sont de plus en plus orientées sur le « savoir-être » avec le patient, ce qui est un excellent point.

De cette revue, il est possible de retenir les critères secondaires d'un enseignement satisfaisant, dans le but de mettre en place d'autres enseignements sur le sujet.

Ils complètent les éléments d'un enseignement de la communication efficace, décrits dans l'article de Millette B et al. (7) :

◦ l'enseignement pourrait rester facultatif : plutôt que d'enseigner sous la contrainte, ou d'inciter par compensation financière/matérielle, il serait plus judicieux d'inciter les étudiants à participer spontanément, en leur montrant l'utilité d'une bonne relation médecin-patient. On pourrait envisager des ateliers montrant les difficultés auxquelles est confronté un médecin en matière de communication et l'apport de l'enseignement pour faire face à ces difficultés. Un étudiant motivé apprendra toujours mieux qu'un étudiant forcé.

◦ l'enseignement devrait sortir de la théorie pure pour se concentrer sur la mise en pratique et la réflexivité/feedback afin de permettre aux étudiants de s'entraîner en situation mais en milieu sécurisant et d'acquérir la compétence de remise en question indispensable à tout bon médecin. Ce n'est qu'en formant des médecins capable de reconnaître leurs erreurs qu'on parviendra à une meilleure relation médecin-patient. L'importance de la rétroaction va dans le sens l'article de Millette B et al. (7).

◦ l'enseignement devrait être à plusieurs niveaux avec l'implication des enseignants, étudiants et patients : l'échange avec les autres étudiants permet le partage des expériences et points de vue, et l'expérience du patient apporte un nouveau regard sur la relation médecin-patient. Ce n'est qu'en faisant participer le patient à l'éducation des futurs médecins qu'on pourra se rapprocher au mieux de ce qu'il attend. Cet élément semble essentiel.

◦ le caractère ponctuel de l'enseignement ne semble pas déranger selon cette étude, mais très peu d'études longitudinales ont été recensées, entraînant certainement un biais. D'un point de vue pédagogique, et si l'on s'en réfère à l'article de Millette B et al. (7), il semblerait cependant plus judicieux de s'évertuer à créer des enseignements longitudinaux afin de renforcer les acquis et d'éviter la perte des bonnes habitudes au fil du temps.

A terme, ces différents éléments pourraient servir de base à de nouvelles méthodes d'enseignement de la communication pour les étudiants en médecine.

Il serait cependant souhaitable de mieux définir la reproductibilité des enseignements décrits afin d'en favoriser la mise en pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. *Exercer*. 2017 Avr;132:187-97.
2. Richard C, Lussier MT, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 2010 Nov;11(4):255-72.
3. Carretier J, Delavigne V, Fervers B. Du langage expert au langage patient: vers une prise en compte des préférences des patients dans la démarche informationnelle entre les professionnels de santé et les patients. *Sci-Croisées* [en ligne]. 2010, (6) [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet : <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00918119>>.
4. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007; 19(5):413-25. DOI 10.3917/spub.075.0413.
5. Pomey MP, Flora L, Karazivan P et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 2015 Mar 26;HS(S1):41-50. DOI 10.3917/spub.150.0041.
6. Richard S, Pardoën D, Piquard D et al. La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine. *Rev Med Brux*. 2012 Déc; 33(6):525-30.
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 Mai; 5(2):110-26.
8. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*. 1995 May 1;152(9):1423-33.
9. Silber D. Bilan de l'impact d'Internet sur la relation médecin-patient: recommandations aux professionnels en France. *Hépatogastro*. 2005 Jan; 12(1):59-64.

10. Winckler M. Les brutes en blanc. L'Isle-d'Espagnac: Flammarion; 2016.
11. Hardey M. Internet et société: reconfigurations du patient et de la médecine? Sci Soc Santé. 2004 Mar; 22(1):21–43.
12. Légifrance. (page consultée le 26/03/19). Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do>.
13. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002 Mai; 3(2):81-90.
14. Université de Montréal. (page consultée le 26/03/19). Lecture critique d'articles scientifiques-Grille de lecture de Bordage,[en ligne]. <https://guides.bib.umontreal.ca/uploads/uploads/original/grille-de-lecture-de-Bordage.pdf?1296211861> .
15. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésither Rev. 2015 Jan; 15(157): 34-8.
16. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (page consultée le 26/03/19). Bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>.
17. Collège National des Généralistes Enseignants. (page consultée le 26/03/19). Présentation du D.E.S, [enligne]. https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/.
18. Service de Formation Continue de l'Université de Strasbourg. (page consultée le 26/03/19). Le modèle Kirkpatrick [en ligne]. <https://sfc.unistra.fr/la-formation-continue-a-luniversite/des-formations-evaluees-et-certifiees/le-modele-kirkpatrick/>.
19. Cuenot S, Cochand P, Lanares J et al. L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : résultats d'une évaluation préliminaire. Pédagogie Médicale. 2005; 6(4):216-24.

20. Cade J. An evaluation of early patient contact for medical students. *Med Educ.* 1993 May; 27(3): 205-10.
21. Merlin E, Chausset A, Verdant M et al. Initiation à la pédagogie narrative en pédiatrie : le focus-groupe pédagogique. *Arch Pédiatrie.* 2016 Août 1; 23(8):792-7.
22. Bentwich ME, Gilbey P. More than visual literacy: art and the enhancement of tolerance for ambiguity and empathy. *BMC Med Educ* [en ligne]. 10 Nov 2017, Vol.17, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5681760/>>.
23. Keifenheim KE, Petzold ER, Junne F et al. Peer-Assisted History-Taking Groups: A Subjective Assessment of their Impact Upon Medical Students' Interview Skills. *GMS J Med Educ* [en ligne]. 2017, Vol.34, N°3, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5569984/>>.
24. Haidet P, Jarecke J, Yang C, Teal CR, Street RL, Stuckey H. Using Jazz as a Metaphor to Teach Improvisational Communication Skills. *Healthcare* [en ligne]. 4 Aug 2017, Vol.5, N°3, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5618169/>>.
25. Ali NB, Pelletier SR, Shields HM. Innovative curriculum for second-year Harvard-MIT medical students: practicing communication skills with volunteer patients giving immediate feedback. *Adv Med Educ Pract.* 2017; 8: 337-45.
26. Lavanya SH, Kalpana L, Veena RM, Bharath Kumar VD. Role-play as an educational tool in medication communication skills: Students' perspectives. *Indian J Pharmacol* [en ligne]. Oct 2016, Vol.48, Suppl 1, [consulté le 26/03/19]. Disponible sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5178052/>>.
27. Kron FW, Fetters MD, Scerbo MW et al. Using a computer simulation for teaching communication skills: A blinded multisite mixed methods randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2017 Apr; 100(4): 748-59.

28. Engerer C, Berberat PO, Dinkel A, Rudolph B, Sattel H, Wuensch A. Integrating 360° behavior-orientated feedback in communication skills training for medical undergraduates: concept, acceptance and students' self-ratings of communication competence. *BMC Med Educ* [en ligne]. 18 Oct 2016, Vol.16,[consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5069808/>>.
29. Ortwein H, Benz A, Carl P, Huwendiek S, Pander T, Kiessling C. Applying the Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES) to code medical students' written responses to written case scenarios: Some methodological and practical considerations. *Patient Educ Couns*. 2017 Feb; 100(2): 305-12.
30. Liao HC, Wang Y. The application of heterogeneous cluster grouping to reflective writing for medical humanities literature study to enhance students' empathy, critical thinking, and reflective writing. *BMC Med Educ* [en ligne]. 2 Sep 2016; Vol.16, N°1, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5010711/>>.
31. Meirovich A, Ber R, Moore M, Rotschild A. Student-centered tutoring as a model for patient-centeredness and empathy. *Adv Med Educ Pract*. 2016 Jul 27; 7: 423-8.
32. Tsao P, Yu CH. "There's no billing code for empathy" - Animated comics remind medical students of empathy: a qualitative study. *BMC Med Educ* [en ligne]. 12 Aug 2016, Vol.16, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4983096/>>.
33. Liu C, Scott KM, Lim RL, Taylor S, Calvo RA. EQClinic: a platform for learning communication skills in clinical consultations. *Med Educ Online* [en ligne]. 29 Jul 2016, Vol.21, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4967711/>>.
34. Cämmerer J, Martin O, Rockenbauch K. Learning Doctor-Patient Communication – Evaluating the effectiveness of the communication training course at Leipzig University from the students' point of view. *GMS J Med Educ* [en ligne]. 17 May 2016, Vol.33, N°3, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4894359/>>.

35. Milford E, Morrison K, Teutsch C et al. Out of the classroom and into the community: medical students consolidate learning about health literacy through collaboration with Head Start. *BMC Med Educ* [En ligne]. 23 Avril 2016, Vol.16, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4841965/>>.
36. Clapham L, Allan L, Stirling K. The value of SPaCE in delivering patient feedback. *Clin Teach*. 2016 Feb; 13(1): 23-7.
37. Hurst SA, Baroffio A, Ummel M, Burn CL. Helping medical students to acquire a deeper understanding of truth-telling. *Med Educ Online* [en ligne]. 2015, Vol.20, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4643194/>>.
38. Mumtaz S, Zahra T. Role-play as a learning modality in Pakistan. *Clin Teach*. 2016 Apr; 13(2): 124-9.
39. Parikh PP, Brown R, White M, Markert RJ, Eustace R, Tchorz K. Simulation-based end-of-life care training during surgical clerkship: assessment of skills and perceptions. *J Surg Res*. 2015 Jun 15; 196(2): 258-63.
40. Aper L, Veldhuijzen W, Dornan T et al. « Should I prioritize medical problem solving or attentive listening? »: the dilemmas and challenges that medical students experience when learning to conduct consultations. *Patient Educ Couns*. 2015 Jan; 98(1): 77-84.
41. Potash JS, Chen JY, Lam CL, Chau VT. Art-making in a family medicine clerkship: how does it affect medical student empathy? *BMC Med Educ* [en ligne]. 28 Nov 2014? Vol.14, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4256925/>>.
42. Stefaniak JE, Lucia VC. Physician as teacher: Promoting health and wellness among elementary school students. *Educ Health*. 2014 Aug; 27(2): 183-7.
43. Konopasek L, Kelly KV, Bylund CL, Wenderoth S, Storey-Johnson C. The Group Objective Structured Clinical Experience: building communication skills in the clinical reasoning context. *Patient Educ Couns*. 2014 Jul; 96(1): 79-85.

44. Courteille O, Josephson A, Larsson LO. Interpersonal behaviors and socioemotional interaction of medical students in a virtual clinical encounter. *BMC Med Educ* [en ligne]. 1 Avr 2014, Vol.14, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4229991/>>.
45. Jacobs F, Stegmann K, Siebeck M. Promoting medical competencies through international exchange programs: benefits on communication and effective doctor-patient relationships. *BMC Med Educ* [en ligne]. 4 Mar 2014, Vol.14, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4229991/>>.
46. Ward HO, Kibble S, Mehta G et al. How Asking Patients a Simple Question Enhances Care at the Bedside: Medical Students as Agents of Quality Improvement. *Perm J*. 2013; 17(4): 27-31.
47. Werner A, Holderried F, Schäffeler N et al. Communication training for advanced medical students improves information recall of medical laypersons in simulated informed consent talks – a randomized controlled trial. *BMC Med Educ* [en ligne]. 1 févr 2013, Vol.13, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598682/>>.
48. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study. *BMC Res Notes* [en ligne]. 5 sept 2012, Vol.5, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495627/>>.
49. Blanch-Hartigan D. An effective training to increase accurate recognition of patient emotion cues. *Patient Educ Couns*. 2012 Nov; 89(2): 274-80.
50. Jefferson AL, Cantwell NG, Byerly LK, Morhardt D. Medical student education program in Alzheimer's disease: The PAIRS Program. *BMC Med Educ* [en ligne]. 21 August 2012, Vol.12, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500260/>>.

51. Puvanendran R, Vasanwala FF, Kamei RK, Hock LK, Lie DA. What do medical students learn when they follow patients from hospital to community? A longitudinal qualitative study. *Med Educ Online* [En ligne]. 10 Jul 2012, Vol.17, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395028/>>.
52. Gillies RA, Speers SH, Young SE, Fly CA. Teaching Medical Error Apologies: Development of a Multi-component Intervention. *Fam Med*. 2011 Jun; 43(6): 400-6.
53. Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B et al. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns*. 2011 Sep; 84(3): 310-8.
54. Thompson BM, Teal CR, Scott SM et al. Following the Clues: Teaching Medical Students to Explore Patients' Contexts. *Patient Educ Couns*. 2010 Sep; 80(3):345-50.
55. Bonnaud-Antignac A, Campion L, Pottier P, Supiot S. Videotaped simulated interviews to improve medical students' skills in disclosing a diagnosis of cancer. *Psycho-Oncology*. 2010 Sep; 19(9): 975-81.
56. Najm WI, Lie D, Shapiro J, Llenderroz HJ. Group Medical Visits as a Teaching Tool in a Family Medicine Clerkship. *Fam Med*. 2009; 41(9):625-31.
57. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ* [en ligne]. 2 March 2007, Vol.7, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1828731/>>.
58. Hook KM, Pfeiffer CA. Impact of a new curriculum on medical students' interpersonal and interviewing skills. *Med Educ*. 2007 Feb; 41(2):154-9.
59. Stevens A, Hernandez J, Johnsen K et al. The use of virtual patients to teach medical students history taking and communication skills. *Am J Surg*. 2006 Jun; 191(6): 806-11.

60. Windish DM, Price EG, Clever SL, Magaziner JL, Thomas PA. Teaching Medical Students the Important Connection between Communication and Clinical Reasoning. *J Gen Intern Med.* 2005 Dec; 20(12): 1108-13.
61. D'Alessandro DM, Lewis TE, D'Alessandro MP. A pediatric digital storytelling system for third year medical students: The Virtual Pediatric Patients. *BMC Med Educ* [en ligne]. 19 Jul 2004, Vol.4, [consulté le 26/03/19]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15260883>>.
62. Wiecha JM, Gramling R, Joachim P, Vanderschmidt H. Collaborative e-Learning Using Streaming Video and Asynchronous Discussion Boards to Teach the Cognitive Foundation of Medical Interviewing: A Case Study. *J Med Internet Res.* 2003 Jun; 5(2): e13.
63. Vieira JE, do Patrocínio Tenório Nunes M, de Arruda Martins M. Directing student response to early patient contact by questionnaire. *Med Educ.* 2003 Feb; 37(2): 119-25.
64. Utting MR, Campbell F, Rayner C, Whitehouse CR, Dornan TL. Consultation skills of medical students before and after changes in curriculum. *J Roy Soc Med.* 2000 May; 93(5): 247-53.
65. Paillard C. Des processus de changement induits par un groupe de type Balint: Evaluation d'une formation à la relation médecin-malade en deuxième cycle des études médicales. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Poitiers: Faculté de Médecine; 2008.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des équations de recherche

Base de données	Equation de recherche	Références trouvées
BDSP	Equation 1 : « physician-patient communication » and « medical students » and « learning »	0
	Equation 2 : « physician-patient relations » and « medical students » and « learning »	0
	Equation 3 : « physician-patient relations » or « physician –patient communication » and « medical students » and « learning »	0
	Equation 4: « Apprentissage » and « communication médecin patient » and « étudiants médecine »	4
	Equation 5 : « Apprentissage » and « relation médecin-patient » and « étudiants médecine »	7
	Equation 6 : « Apprentissage » and « relation médecin-patient » or « communication médecin-patient » and « étudiant médecine »	43 (résultat aberrant)
Lissa	Equation 1 : « physician-patient communication » and « medical students » and « learning »	0
	Equation 2 : « physician-patient relations » and « medical students » and « learning »	0
	Equation 3 : « physician-patient relations » or « physician –patient communication » and « medical students » and « learning »	0
	Equation 4 : « Apprentissage and communication médecin patient and étudiants médecine »	7
	Equation 5 : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » and « étudiants médecine »	5
	Equation 6 : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » or « communication médecin-patient » and « étudiant médecine »	10

Google scholar	Equation 1 : « physician-patient communication » and « medical students » and « learning » - « interne internat résident résidence »	30 300 (inexploitable)
	Equation 2 : « physician-patient relations » and « medical students » and « learning » - « interne internat résident résidence »	24 800 (inexploitable)
	Equation 3 : « physician-patient relations » or « physician –patient communication » and « medical students » and « learning » - « interne internat résident résidence »	23 000 (inexploitable)
	Equation 4 : « Apprentissage and communication médecin patient and étudiants médecine » - « interne internat résident résidence »	211
	Equation 5 : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » and « étudiants médecine » - « interne internat résident résidence »	267
	Equation 6 : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » or « communication médecin-patient » and « étudiant médecine » - « interne internat résident résidence »	189 (résultat aberrant)
	Equation 7 : « Apprentissage and relations médecin-patient and étudiants médecine » or « learning and physician-patient relations and medical students »	69 (résultat aberrant)
PubMed	Equation 1 : « physician-patient communication » and « medical students » and « learning »	402
	Equation 2 : « physician-patient relations » and « medical students » and « learning »	694
	Equation 3 : « physician-patient relations » or « physician – patient communication » and « medical students » and « learning »	748
	Equation 4 : « Apprentissage and communication médecin patient and étudiants médecine »	0
	Equation 5 : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » and « étudiants médecine »	0
	Equation 6 : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » or « communication médecin-patient » and « étudiant médecine »	0

Cochrane	Equation 1 : « physician-patient communication » and « medical students » and « learning »	27
	Equation 2 : « physician-patient relations » and « medical students » and learning »	25
	Equation 3 : « physician-patient relations » or « physician –patient communication » and « medical students » and « learning »	29
	Equation 4 : « Apprentissage and communication médecin patient and étudiants médecine »	0
	Equation 5 : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » and « étudiants médecine »	0
	Equation 6 : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » or « communication médecin-patient » and « étudiant médecine »	0
U pétile	Equation 1 : « physician-patient communication » and « medical students » and « learning »	0
	Equation 2 : « physician-patient relations » and « medical students » and « learning »	0
	Equation 3 : « physician-patient relations » or « physician –patient communication » and « medical students » and « learning »	0
	Equation 4 : « Apprentissage » and « communication médecin patient » and « étudiants médecine »	4
	Equation 5 : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » and « étudiants médecine »	4
	Equation 6 : « Apprentissage » and « relations médecin-patient » or « communication médecin-patient » and « étudiants médecine »	4

**Figure 1 : Grille de lecture critique d'un article
de recherche qualitative en médecine
(Grille Côté-Turgeon)**

	Oui	±	Non
L'introduction			
1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	-	-	-
2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).	-	-	-
Les méthodes			
3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).	-	-	-
4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).	-	-	-
5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).	-	-	-
6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).	-	-	-
7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).	-	-	-
Les résultats			
8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.	-	-	-
9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.	-	-	-
La discussion			
10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices	-	-	-
11- Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).	-	-	-
La conclusion			
12- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.	-	-	-

Annexe 3 : Grille de Bordage

Lecture critique d'articles scientifiques - Grille de lecture de Bordage

Tiré de **Bordage, G.**, Considerations on Preparing a Paper for Publication. Teaching and Learning in Medicine, 1989, 1(1) : 47-52.

Les composantes de la critique :

1. Titre
2. Auteur(s)
3. Résumé
4. Introduction et revue de littérature
5. Matériel et méthodes
6. Résultats
7. Discussion et conclusion
8. Références
9. Considérations générales

1. Titre

- Le titre correspond exactement à l'étude rapportée; le titre n'est pas trompeur.
- Le titre est clair et concis et met bien en valeur le contenu de l'étude; il sert à capter l'intérêt du lecteur.



2. Auteur(s)

Les titres (diplômes, poste universitaire) et le lieu de travail de l'auteur sont clairement décrits (permettant d'apprécier la crédibilité de l'auteur).



3. Résumé

- Le résumé est un condensé de chacune des composantes de l'étude et non seulement d'une partie de l'article comme la section discussion : problématique et question de recherche, matériel et méthodes, sujets, résultats, discussion et conclusion, implications.
- Le résumé contient des données précises; les résultats les plus significatifs sont présentés.
- Les retombées de l'étude sont décrites à leur juste mesure c'est-à-dire qu'on ne généralise pas au-delà des limites de l'étude.



4. Introduction et revue de la littérature

- Le but de l'étude (vs celui de l'article) est clairement énoncé c'est-à-dire la question, les objectifs ou les hypothèses de recherche.
- Il y a rappel des principales données connues sur le sujet; la relation entre le problème et l'étude proposée est claire.
- La revue de la littérature fournit un cadre théorique et méthodologique au problème à l'étude.
- Les allusions aux données connues sont accompagnées de références bibliographiques appropriées.
- Les concepts (variables) importants sont clairement définis.
- L'importance ou la pertinence du sujet est clairement établie par rapport à la littérature et au milieu.
- Le plan général de l'étude est clairement présenté.



5. Matériel et méthodes

- Les variables choisies pour l'étude sont décrites clairement et sont appropriées compte tenu de la question posée.
- Le plan de recherche (i.e., comment le chercheur entend s'y prendre pour répondre à la question de recherche) est décrit en détail soit directement ou par références à la littérature.
- Le plan de recherche est approprié compte tenu de la question posée; le plan ne présente pas de faiblesses particulières (e.g., explications autres que celles contrôlées par le chercheurs, présence de biais).
- Les instruments de mesure sont clairement décrits ou documentés, y compris leurs qualités psychométriques (validité : mesure réellement ce qu'il doit mesurer; et fiabilité : mesure les mêmes caractéristiques avec constance).
- La population visée, les sujets (échantillon) et la méthode d'échantillonnage sont clairement décrits; la taille de l'échantillon est adéquate.
- La procédure de collecte des données est clairement décrite.
- Le milieu ou le contexte où s'est déroulé l'étude est clairement décrit.
- Les méthodes d'analyse statistique sont clairement énumérées.
- Les méthodes d'analyse statistique sont appropriées.



6. Résultats

- Les énoncés de résultats sont accompagnés de données précises.
- Les tableaux et les figures sont utilisés efficacement (ni trop, ni trop peu); on évite de reprendre dans le texte le contenu intégral des tableaux et des figures.
- Le contenu et la forme des tableaux et des figures sont bien présentés; on a évité les longues listes de données brutes.
- La section se limite à la présentation stricte des résultats et ne contient pas d'opinion ni de discussion.



7. Discussion et conclusion

- La discussion fait bien ressortir tous les éléments discutables de l'étude (les plus et les moins).
- La discussion porte sur les résultats de l'étude et non sur un autre sujet.
- La discussion ou la conclusion fait le lien entre les résultats obtenus et l'état des connaissances décrits dans la revue de la littérature.
- Les conclusions énoncées sont en accord avec l'étude faite c'est-à-dire qu'ils ne dépassent pas les limites de l'étude (compte tenu de l'échantillon et des instruments de mesure utilisés et des résultats obtenus).



8. Références

- Le nombre de références est raisonnable (ni trop, ni trop peu); chacune d'elle apporte un éclairage particulier.
- Le contenu de l'article démontre clairement que les références citées ont été lues et bien comprises par l'auteur.
- Les références sont présentées selon les règles acceptées de rédaction autant dans le texte que dans la bibliographie (e.g., selon l'Index Medicus ou la revue prévue pour publication).



9. Considérations générales

- Les différentes sections de l'article sont clairement identifiées et leur contenu est en accord avec le titre de la section
- La terminologie est uniforme tout au long de l'article (y compris les abréviations et les unités de mesure).
- Le ton de l'article est à la portée de l'auditoire visé et dénote une attitude rigoureuse.
- Le style est clair et agréable à lire; il n'y a pas de fautes d'orthographe.



Annexe 4 : Grille de Strobe

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

M. Gedda

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item	N°Recommandation
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

Annexe 5 : Item N°1 du programme d'enseignement de l'étudiant de second cycle des études médicales

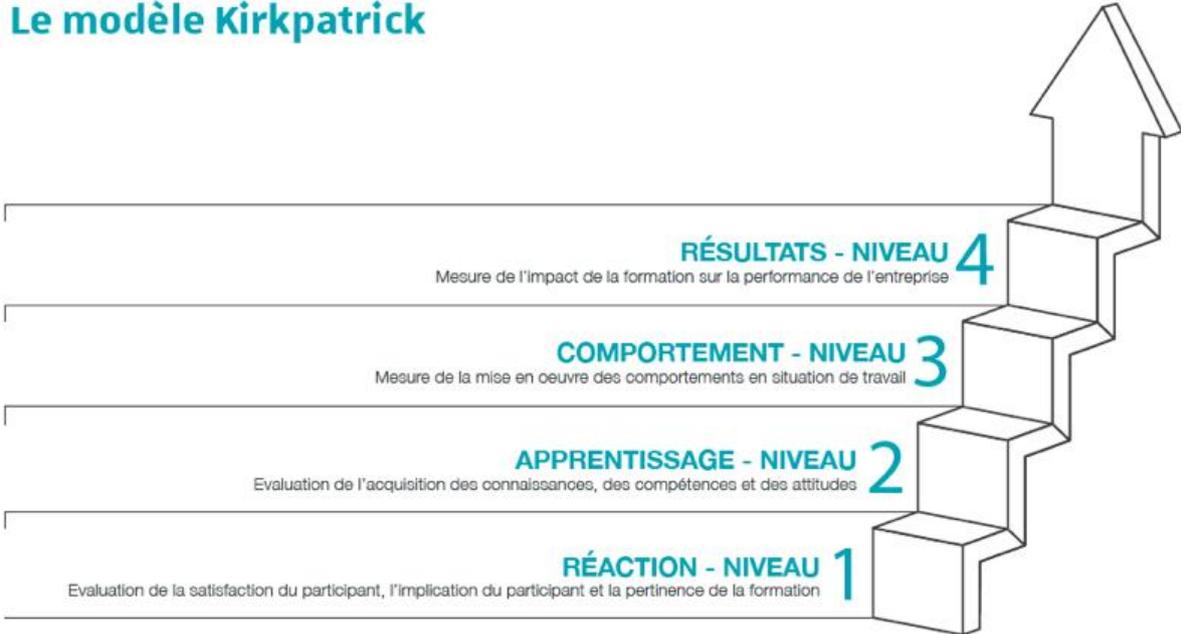
N° 1. La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale.

- Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un évènement indésirable associé aux soins.
- Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins (voir item 321).

Annexe 6 : Compétences de l'étudiant de troisième cycle en médecine



Le modèle Kirkpatrick



Annexe 8 : Tableau de résultats

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
1- CUENOT. S et al Pédagogie médicale 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Suisse - Etudiants de 4^{ème} année - Ponctuel : 2 séances 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : patients simulés avec enregistrement (groupe d'une dizaine d'étudiants) - Partie réflexive + feedback : auto-évaluation des compétences et discussion en groupe autour des enregistrements vidéo et impressions ressenties - Enseignement à 3 niveaux : enseignants (dont membres de la faculté, et médecins psychiatres), patient (rôle joué par des comédiens) et autres étudiants - Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle: empathie et adaptation aux besoins du patient ; fondements de la psychologie médicale - 1 compétence mobilisée niveau interne : professionnalisme - Méthode interventionnelle quantitative (2 questionnaires originaux remplis par les étudiants sur l'enseignement et les compétences avec questions fermées et réponses selon échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 149 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes donc plus coûteux ; rémunération de comédiens)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>2-CADE. J Medical Education 1993</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Royaume-Uni - Etudiants de 1^{ère} année - Ponctuel : 10 séances 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : contact précoce avec de vrais patients en observant la relation médecin-patient entre un médecin enseignant et un patient, discussion avec le médecin enseignant avant la consultation sur les attentes de l'étudiant et discussion avec le patient sur sa satisfaction après la consultation -Partie réflexive : auto-évaluation des compétences mobilisées - Enseignement à 2 niveaux : enseignant (médecins en exercice) et patients réels - Caractère obligatoire ? 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; fondements de la psychologie médicale - 1 compétence mobilisée niveau interne : prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle qualitative (questionnaire original à questions ouvertes sur les compétences mobilisées remplis par les étudiants) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 138 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (nombreux étudiants en 1^{ère} année, chronophage donc coûteux, nécessité de trouver patient réel coopérant pour répondre aux questions)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
3-MERLIN.E et al Archives de pédiatrie 2016	<ul style="list-style-type: none"> - France - Etudiants de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année - Ponctuel : 2 séances 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : pédagogie narrative, qui consiste à recueillir les points de vue de plusieurs personnes dans un groupe (5 à 10 étudiants et 4 à 8 parents d'enfants hospitalisés, avec encadrement par un animateur) - Partie réflexive + feedback : réflexion en groupe sur la diversité des points de vue - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecins) et patients (parents d'enfants hospitalisés) - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 compétences niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : communication avec l'entourage du patient ; communication interprofessionnelle ; empathie et adaptation aux besoins du patient ; comportement adapté dans des situations spécifiques - 1 compétence niveau interne : professionnalisme - Méthode interventionnelle qualitative (entretien entre étudiants et parents et commentaires libres) - Satisfaction selon niveau 1 Kirkpatrick : 14 étudiants et 10 parents interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes donc chronophage et coûteux ; nécessite de trouver suffisamment de parents souhaitant participer à l'atelier)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
4-BENTWICH.ME et al BMC Medical Education 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Israël - Etudiants en 1^{ère} année - Ponctuel : 1 cours de 90 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : présentation de 5 tableaux en rapport avec la médecine - Partie réflexive + feedback: auto-évaluation des compétences mobilisées, analyse et discussion entre les étudiants sur les différentes significations possibles - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et enseignant (médecin s'intéressant à l'art) - Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient -Méthode interventionnelle quantitative (questionnaire original à questions fermées sur les compétences mobilisées remplis par les étudiants avec échelle de Likert à 5 niveaux) -Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 67 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (nombre important d'étudiants en 1^{ère} année donc coûteuse) ; peu généralisable (nécessite de former les enseignants à l'art)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
5-KEIFENHEIM.KE et al GMS Journal for Medical Education 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Allemagne - Etudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année - Ponctuel : enseignement 1 fois/semaine sur 4 mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur les techniques d'entretien dispensé par des étudiants de 2^{ème} année faisant office d'enseignants (groupes de 8-9 étudiants avec 2 tuteurs par groupe) - Pratique : entretien avec des patients réels - Partie réflexive + feedback : auto-évaluation des compétences mobilisées, échange avec les autres étudiants et enseignants après l'entretien - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (étudiants-tuteurs) et patients réels - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient -Méthode interventionnelle quantitative (questionnaire original à questions fermées sur les compétences mobilisées remplis par les étudiants avec échelle de Likert à 7 niveaux) - Satisfaction niveau 2 Kirkpatrick : 42 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (nombre d'étudiants élevés en 1^{ère} année et petits groupes donc chronophage et coûteux ; nécessite de trouver des patients réels acceptant de se prêter à l'expérience)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
6-HAIDET.P et al Healthcare 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 4^{ème} année - Ponctuel : cours de 4 heure/semaine pendant 4 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : écoute de morceaux de jazz avec enseignement des concepts de jazz en faisant le parallèle avec le domaine médical - Pratique : participation aux soins des patients (patients standardisés) pour mobiliser les nouvelles compétences en communication avec enregistrement audio - Partie réflexive + feedback: auto-évaluation et travail d'écriture sur les compétences acquises, évaluation de la communication de l'étudiant par le patient simulé et écoute des enregistrements avec échange en groupe - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecin ayant une formation en musicologie) et patients standardisés - Caractère obligatoire ? 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - Méthode interventionnelle quantitative (4 outils d'évaluation sur les compétences mobilisées remplis par les étudiants : questionnaire original à questions fermées et échelle de Likert à 7 niveaux, PPOS score, MAAS score et score, Communication Confidence score inspiré du formulaire de compétences en communication de Harvard; 1 questionnaire rempli par les patients avec échelle de Likert à 6 niveaux) et qualitative (commentaires des étudiants sur les évaluations, entretiens avec étudiants) - Satisfaction niveau 2 Kirkpatrick : 30 étudiants interrogés dont 20 avec le nouvel enseignement - Peu reproductible : généralisation de la méthode difficile (nécessite une formation musicale au préalable pour les enseignants)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>7-ALI.NB et al Advances in Medical Education and Practice 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 2^{ème} année - Ponctuel : enseignement sur 4 mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : entretien avec de vrais patients - Feedback : rétroaction par les enseignants, autres étudiants et patients après l'entretien - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecins) et patients - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : comportement adapté dans des situations spécifiques - Méthode interventionnelle quantitative (questionnaire à questions fermées sur l'enseignement rempli par les étudiants avec échelle de Likert à 5 niveaux) et qualitative (questions ouvertes sur l'enseignement posées aux étudiants) - Satisfaction selon niveau 1 Kirkpatrick : 92 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes donc chronophage et coûteux, nécessite de trouver des patients réels acceptant de se prêter à l'expérience)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
8-LAVANYA.SH et al Indian Journal of Pharmacology 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Inde - Etudiants de 2^{ème} année - Ponctuel : 6 séances 	<ul style="list-style-type: none"> -Théorie : cours magistral sur les compétences en communication - Pratique : jeu de rôle entre étudiants sur la communication avec le patient autour de la prescription médicamenteuse en petits groupes (3 étudiants) - Feedback : rétroaction de la part des enseignants et autres étudiants après le jeu de rôle -Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et enseignants (médecins) -Caractère obligatoire ? 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : comportement approprié dans des situations spécifiques ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (éducation thérapeutique) - 1 compétence mobilisée niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale, alliance thérapeutique) -Méthode interventionnelle quantitative (questionnaire original à questions fermées sur l'enseignement rempli par les étudiants avec échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveau 1 Kirkpatrick : 96 étudiants interrogés -Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
9-KRON.FW et al Patient Educ Couns 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 2^{ème} année - Ponctuel : modalités non précisées 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : expérience de réalité virtuelle (patient virtuel) sur la communication interculturelle (médecin américain et patient sud-américain) et interprofessionnelle - Réflexivité + feedback : essais réflexifs par les étudiants, rétroaction en direct par le patient virtuel - Enseignement à 1 niveau : patient virtuel - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle : communication interprofessionnelle ; actions adaptées aux caractéristiques du patient - 1 compétence mobilisée niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifique (communication verbale/non verbale) - Méthode interventionnelle quantitative (questionnaire original à questions fermées sur l'enseignement rempli par les étudiants avec échelle de Likert à 7 niveaux) et qualitative (essais réflexifs des étudiants sur les compétences mobilisés) - Satisfaction selon niveau 1 et 2 Kirkpatrick : 421 étudiants interrogés dont 201 avec le nouvel enseignement - Peu reproductible : généralisation difficile (nécessité d'adapter la communication interculturelle à la faculté (réel intérêt ? quelle culture ?))

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
10-ENGERER.C et al BMC Medical Education 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Allemagne - Etudiants de 3^{ème} année - Ponctuel : 3 séances 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : introduction sur les standards de la bonne communication en s'appuyant sur la méthode SPIKES pour l'annonce de mauvaises nouvelles - Pratique : patient simulé en petits groupes (8-9 étudiants) - Partie réflexive + feedback : auto-évaluation des compétences par les étudiants, rétroaction de la part des autres étudiants, enseignants et patients simulés - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (profession non précisée) et patients simulés - Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - 1 compétence mobilisée niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale, reformulation) -Méthode interventionnelle quantitative (2 questionnaires originaux à question fermées sur l'enseignement remplis par les étudiants avec échelle de Likert à 6 et 9 niveaux, 1questionnaire original à questions fermées sur les compétences mobilisées rempli par les étudiants avec échelle visuelle analogique) -Satisfaction selon niveau 1 et 2 Kirkpatrick : 34 étudiants interrogés -Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
11-ORTWEIN.H et al Patient Education and Counseling 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Allemagne - Etudiants de 2^{ème} année - Ponctuel : 21 heures de formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : jeu de rôle entre étudiants enregistré, petits groupes (20 étudiants) - Réflexivité+ feedback : groupes de discussion, écriture pas les étudiants de leurs réactions dans telle ou telle situation, développement d'un logiciel (VR-CoDES) pour coder et analyser les réactions des étudiants dans les différentes situations - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et enseignants (profession non précisée) - Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiants de 1^{ère} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (éducation thérapeutique) - 1 compétence mobilisée niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale ; décrypter la demande cachée du patient) - Méthode interventionnelle qualitative (réactions écrites par les étudiants selon les différentes situations) et quantitative (codage des réactions des étudiants avec le logiciel) - Satisfaction relative selon niveau 1 Kirkpatrick : 569 étudiants interrogés (logiciel ne pouvant coder le langage non verbal) - Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
12-LIAO.HC et alBMC Medical Education 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Taïwan - Etudiants de 1^{ère} année - Ponctuel : 2 séances /semaine sur 15 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : lecture d'articles en rapport avec les sciences humaines - Partie réflexive + feedback : atelier d'écriture réflexive sur les sciences humaines (1 trace écrite /semaine), discussion des étudiants entre eux sur les forums, présentation de leurs idées devant les autres durant les séances, évaluations des compétences mobilisées - Enseignement à 1 niveau : autres étudiants d'horizons différents (étudiants en médecine, technologie, sciences humaines et sociales) - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : communication interprofessionnelle ; empathie et adaptation aux besoins du patient - Méthode interventionnelle quantitative (3 échelles d'évaluation externe sur les compétences mobilisées par les étudiants à questions fermées concernant : l'empathie (ES-PC), la disposition à un esprit critique (CTDA) et la capacité à écrire un essai réflexif avec échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 86 étudiants interrogés dont 43 avec le nouvel enseignement - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (enseignement long : 30 séances, nombre d'étudiants élevé en 1^{ère} année donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
13-MEIROVICH.A et al Advances in Medical Education and Practice 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Israël - Etudiants de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année - Longitudinal : suivi sur 3 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : jeu de rôles entre étudiants (groupes de 8 étudiants) - Partie réflexive + feedback : discussion en groupe, rétroaction du tuteur (le même durant les 3 ans) après le jeu de rôle sur la relation médecin-patient, évaluation des compétences mobilisées - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et enseignants (profession non précisée) - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - Méthode interventionnelle quantitative (3 échelles d'évaluation externe des compétences des étudiants à questions fermées : échelle d'empathie de Jefferson (JSPE), échelle d'orientation vers le patient (PPOS) et système de codage de Roter (RIAS)) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 32 étudiants interrogés dont 16 avec le nouvel enseignement - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (nombre d'étudiants importants car sur 3 promotions, dont nombre élevé en 1^{ère} année et en petits groupes donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
14-TSAO.P and al BMC Medical Education 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Canada - Etudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année - Ponctuel : 2 séances 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : visionnage de dessins animés en rapport avec les problèmes rencontrés par les patients diabétiques - Partie réflexive + feedback: la semaine suivante, discussion en groupe (5 à 8 étudiants) et écriture d'un essai réflexif sur l'empathie et la mauvaise perception des problèmes du patient, évaluation des compétences mobilisées - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et enseignants (médecins) - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle: empathie et adaptation aux besoins du patient ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (éducation thérapeutique) - Méthode interventionnelle quantitative (1 échelle d'évaluation externe des compétences de l'étudiant : échelle d'empathie de Jefferson (JSPE)) et qualitative (entretiens et essais réflexifs des étudiants sur l'importance de l'empathie) -Satisfaction selon niveaux 2 Kirkpatrick : 25 étudiants évalués - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
15-LIU.C et al Medical Education Online 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Australie - Etudiants de 1^{ère} à 4^{ème} année - Longitudinal : suivi sur 4 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : téléconsultation avec patient simulé et enregistrement - Partie réflexive + feedback: rétroaction du patient simulé et de l'enseignant (commentaires sur une messagerie), évaluation et auto-évaluation des compétences mobilisées - Enseignement à 2 niveaux : enseignants (profession non précisée) et patients simulés - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - 1 compétence mobilisée niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale) - Méthode interventionnelle quantitative (1 échelle d'évaluation externe des compétences en communication à partir de la grille de Calgary Cambridge, 1 échelle d'auto-évaluation de la confiance des étudiants en leur communication, 1 échelle d'évaluation de l'utilité de l'enseignement rempli par les étudiants avec échelle de Likert à 7 niveaux) et qualitative (questionnaire à questions ouvertes sur les compétences mobilisées) - Satisfaction selon niveaux 1 et 2 Kirkpatrick : 8 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (enseignement long, nombre important d'étudiants,

			donc coûteux et nécessité de trouver suffisamment de patients simulés)
--	--	--	--

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
16-CÄMMERER.J et al GMS Journal for Medical Education 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Allemagne - Etudiants de 2^{ème} année - Ponctuel : 39 heures d'enseignement sur 2 semestres 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur la communication médecin-patient - Pratique : jeu de rôle entre étudiants enregistré à 2 reprises (avant et après rétroaction) en petits groupes (8-9 étudiants) - Partie réflexive+ feedback : auto-évaluation des compétences et rétroaction de la part des autres étudiants en visionnant l'enregistrement vidéo et autocritique - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et enseignants (étudiants-tuteurs) - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation des outils de communication spécifiques (écoute active) ; prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle quantitative (questionnaire d'auto-évaluation des compétences mobilisées par l'étudiant à questions fermées avec échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 84 étudiants interrogés - Peu reproductible : mis en œuvre difficile (enseignement long et petits groupes donc coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
17-MILFORD.E et al BMC Medical Education 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année - Ponctuel : 2 heures/semaine pendant 7 mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : formations sur différents thèmes (nutrition pédiatrique, pauvreté et difficultés d'accès aux soins...) - Pratique : programme d'éducation sur l'obésité infantile par les étudiants en petits groupes (12 étudiants) et pour les parents et enfants -Partie réflexive + feedback : auto-évaluation des compétences mobilisées + évaluation externe des compétences - Enseignement à 2 niveaux : enseignants (profession non précisée) et patients (parents d'enfants obèses) - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : communication avec l'entourage du patient ; empathie et adaptation aux besoins du patient ; fondements de la psychologie médicale ; actions adaptées aux caractéristiques du patient éducation thérapeutique) - 2 compétences mobilisée niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifique (écoute active, négociation, reformulation) ; professionnalisme - Méthode interventionnelle quantitative (2 questionnaires d'évaluation des compétences de l'étudiant à questions fermées avec échelle de Likert à 5 niveaux : 1 par auto-évaluation, 1 par évaluation externe) et qualitative (trace réflexive sur les compétences mobilisées) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 12 étudiants et 46 parents interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (enseignement long et petits groupes donc coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>18-CLAPHAM.L et al The clinical teacher 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Royaume-Uni (Ecosse) - Etudiants de 5^{ème} année - Ponctuel : séance de 30 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : patients simulés - Feedback : outils de rétroaction SPaCE permettant aux patients simulés d'évaluer les compétences en communication des étudiants - Enseignement à 1 niveau : patient simulé - Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (écoute active, communication verbale/non verbale, négociation, reformulation), professionnalisme - Méthode interventionnelle qualitative (questions ouvertes posées aux patients simulés sur les compétences des étudiants mobilisées) et quantitative (transcription des données qualitatives avec échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 13 patients simulés interrogés, nombre d'étudiants participants inconnu - Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
19-HURST.SA et al Medical Education Online 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Suisse - Etudiants de la 3^{ème} à 5^{ème} année - Longitudinal : de la 3^{ème} à 5^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : enseignement sur comment dire la vérité de manière éthique - Pratique : patient simulé en petits groupes (10 étudiants) - Partie réflexive + feedback : auto-évaluation des compétences par les étudiants, rétroaction des enseignants, et des patients simulés - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (un médecin et un spécialiste de l'éthique) et patients simulés -Caractère obligatoire ? 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; comportement approprié dans des situations spécifiques (annonce de mauvaise nouvelle) -1 compétence mobilisée niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (reformulation) - Méthode interventionnelle qualitative (questions ouvertes aux étudiants sur leurs compétences) et quantitative (questions fermées aux étudiants sur leurs compétences) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 225 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>20-MUMTAZ.S et al The clinical teacher 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pakistan - Etudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année - Ponctuel : 1 séance 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : jeu de rôle entre étudiants (promotion de 100 étudiants divisée en 7-8 groupes) - Partie réflexive + feedback: auto-évaluation des compétences mobilisées, rétroaction de la part des enseignants - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et enseignants (membres de la faculté) - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> -1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - Méthode interventionnelle qualitative (questions ouvertes aux étudiants sur compétences mobilisées) et quantitative (questionnaire à questions fermées sur la perception de l'utilité du jeu de rôle rempli par les étudiants) - Satisfaction selon niveaux 1 et 2 Kirkpatrick : 351 étudiants interrogés -Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
21-PARIKH.PP et al Journal of surgical research 2015	<ul style="list-style-type: none"> -États-Unis -Etudiants de 3^{ème} année -Ponctuel : 1 séance 	<ul style="list-style-type: none"> -Théorie : enseignement sur internet des recommandations de bioéthiques concernant les soins palliatifs - Pratique : patient standardisé dans une situation de fin de vie et enregistrement vidéo - Partie réflexive + feedback : auto-évaluation de l'empathie, rétroaction par le patient standardisé et l'enseignant, avec attribution d'une note selon l'acquisition ou non des compétences - Enseignement à 2 niveaux : enseignants (médecins ou spécialiste de l'éthique) et patient standardisé - Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> -2 compétences mobilisées niveau étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle: empathie et adaptation aux besoins du patient ; comportement adapté dans des situations spécifiques (décès) - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (écoute active) ; professionnalisme - Méthode interventionnelle qualitative (commentaires des étudiants sur l'enseignement) et quantitative (3 échelles d'évaluation sur les compétences des étudiants : échelle d'empathie de Jefferson (JSPE) remplie par les étudiants, échelle de communication de Kalamazoo (KEECC-A), échelle de confiance envers le médecin (WFPTS) remplies par les patients simulés ; échelle de Likert à 5 niveaux sur la perception de l'enseignement par les étudiants) - Satisfaction selon niveaux 1 et 2 Kirkpatrick : 389 étudiants interrogés et évalués, nombre de patients standardisés interrogés ? - Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
22-APER.L et al Patient Education and Counseling 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Belgique - Etudiants de la 1^{ère} à la 7^{ème} année - Longitudinal : durant tout le cursus 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : mener des consultations complètes d'abord avec des patients simulés durant les 5 premières années, puis avec des patients réels en petits groupes (6-7 étudiants) - Partie réflexive + feedback : discussion des étudiants en groupe en partageant son expérience personnelle - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (profession non précisée) et patient standardisés/réels) - Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année : empathie et adaptation aux besoins du patient - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (écoute active, alliance thérapeutique, reformulation) ; professionnalisme - Méthode interventionnelle qualitative (questions ouvertes posées aux étudiants concernant l'utilité de l'enseignement) - Satisfaction selon niveau 1 Kirkpatrick : 39 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (enseignement long, petits groupes avec nombre élevé d'étudiants en 1^{ère} année donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
23-POTASH.JS et al BMC Medical Education 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Hong-Kong - Etudiants de 3^{ème} année - Ponctuel : une séance de 3 heure 	<ul style="list-style-type: none"> -Pratique : exercice de remémoration d'une situation où le patient souffrait, puis association de cette situation à des couleurs, odeurs, sons, puis verbalisation de la situation sous forme de poème et enfin création d'une œuvre d'art (dessin ou peinture) - Partie réflexive + feedback : auto-évaluation de l'empathie, création d'un essai réflexif traitant de l'expérience et discussion en groupe (25 étudiants) - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et enseignants (art-thérapeutes) - Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{ère} et 2^{ème} année : empathie et adaptation aux besoins du patient - 1 compétence mobilisée niveau interne : professionnalisme - Méthode interventionnelle qualitative (essais réflexifs des étudiants sur les compétences mobilisées) et quantitative (échelle d'empathie de Jefferson (JSPE) remplie par les étudiants) - Satisfaction partielle selon niveau 2 Kirkpatrick (satisfaction selon analyse qualitative par étudiants, mais pas de satisfaction selon analyse quantitative sur échelle d'empathie), 106 étudiants interrogés - Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>24-STAFANIAK.JE et al Education for Health 2018</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année - Longitudinal: durant la 1^{ère} et la 2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur la prévention en santé publique (nutrition, activité physique, alcool,...) - Pratique : enseignement d'un sujet à des élèves d'école élémentaire en petits groupes (2-3 étudiants) - Partie réflexive : travail de réflexion sur les compétences mobilisées suite à l'expérience - Enseignement à 2 niveaux : enseignants (profession non précisée) et patients (parents/élèves) -Caractère obligatoire ? 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétence mobilisées niveau étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle: empathie et adaptation aux besoins du patient ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (éducation thérapeutique pour enfants) - 1 compétence mobilisée niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifique (écoute active, reformulation) - Méthode interventionnelle qualitative (questions ouvertes posées aux étudiants sur l'enseignement et les compétences mobilisées) - Satisfaction selon niveau 1et 2 Kirkpatrick : 48 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes et nombre élevé d'étudiants en 1^{ère} année donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
25-KONOPASEK.L et al Patient Education and Counseling 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 3^{ème} et 4^{ème} année - Ponctuel : 1 séance de 3 heures 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur les compétences en communication - Pratique : patients simulés en petits groupes (3 à 5 étudiants) avec observations d'autres étudiants selon grille de Calgary Cambridge - Partie réflexive + feedback : auto-évaluation de la part de l'étudiant, rétroaction de la part des autres étudiants, des enseignants et des patients simulés, - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecins) et patients simulés - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; comportement adapté dans des situations spécifiques (annonce de mauvaise nouvelle) ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (pédiatrie) - Méthode interventionnelle quantitative (auto-évaluation sur les compétences mobilisées inspirée de la grille de Calgary Cambridge avec échelle de Likert à 5 niveaux et questions fermées sur l'évaluation de l'enseignement remplies par les étudiants) - Satisfaction selon niveau 1 et 2 Kirkpatrick : 90 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>26-COURTEILLE.O et al BMC Medical Education 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suède - Etudiants de 3^{ème} année - Ponctuel : 1 séance 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : rencontre avec patient virtuel avec enregistrement vidéo - Feedback : rétroaction de la part des autres étudiants en visionnant les vidéos - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et patient virtuel - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; comportement approprié dans des situations spécifiques - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifique (écoute active, communication verbale/non verbale) ; professionnalisme - Méthode interventionnelle qualitative (entretien avec les étudiants sur l'enseignement) et quantitative (plusieurs échelles d'évaluation externe des compétences de l'étudiant dont l'échelle de Roter (RIAS), transcription des données des entretiens sur l'évaluation de l'enseignement par les étudiants avec échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveau 1 et 2 Kirkpatrick : 30 étudiants interrogés et évalués - Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
27-JACOBS.F et al BMC Medical Education 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Allemagne - Etudiants : quelle année ? - Ponctuel : programme de 6 à 12 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : programme d'échange international avec hôpital éthiopien - Partie réflexive : auto-évaluation concernant les apports de l'expérience - Enseignement à 2 niveaux : enseignants (médecins en exercice) et patients durant le stage à l'étranger - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle: empathie et adaptation aux besoins du patient ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (culture différente) - 2 compétences mobilisées niveau interne : prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) ; utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale)) - Méthode interventionnelle qualitative (entretien avec les étudiants sur l'utilité de l'enseignement) et quantitative (auto-évaluation des compétences des étudiants sur une échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 52 étudiants interrogés dont 29 participant au programme d'échange - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (échange international représente une organisation, un coût, et peut entraîner des inégalités entre étudiants)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
28-WARD.O et al The Permanente Journal 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Royaume-Uni - Etudiants de 3^{ème} et 4^{ème} année - Ponctuel : modalités non précisées 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : proposer ses services à un patient hospitalisé en lui demandant « Puis-je faire quelque chose pour vous ? » - Enseignement à 2 niveaux : enseignants (membres de la faculté) et patients réels - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - 1 compétence mobilisée niveau interne : professionnalisme - Méthode observationnelle - Satisfaction non évaluée - Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
29-WERNER.A et al BMC Medical Education 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Allemagne - Etudiants de 5^{ème} et 6^{ème} année - Ponctuel : 1 séance 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur la communication - Pratique : patient simulé sur la délivrance d'information afin d'obtenir un consentement éclairé - Partie réflexive + feedback : discussion en groupe des facteurs favorisant et limitant la compréhension du patient, puis rétroaction de la part des autres étudiants et des enseignants - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (profession non précisée) et patients simulés - Facultatif : étudiants participants recevant une petite compensation financière 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (éducation) - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (alliance thérapeutique, reformulation) ; prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle quantitative (score évaluant le nombre d'informations retenues par les patients et donc indirectement la compétence en communication de l'étudiant) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 30 étudiants évalués - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (compensation financière pour les étudiants et les patients simulés)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
30-SIMMENROTH-NAYDA.A et al BMC Medical Education 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Allemagne - Etudiants de 3^{ème} année - Ponctuel : enseignement de 3 heures/semaine pendant 12 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur la communication - Pratique : patient simulé et enregistrement vidéo avant et après l'enseignement théorique, en petits groupes (5-6 étudiants) - Feedback : rétroaction de la part des patients et des enseignants en s'appuyant sur la grille de Calgary Cambridge - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecins, psychologue ou étudiants tuteurs) et patients simulés - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - 1 compétence mobilisée niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale, écoute active, reformulation) - Méthode interventionnelle quantitative (évaluation externe des compétences en communication de l'étudiant à partir de la grille de Calgary Cambridge avec échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 28 étudiants évalués - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
31-BLANCH-HARTIGAN.D Patient Education and Counseling	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année - Ponctuel : 1 séance 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours d'introduction à la psychologie - Pratique : test où l'étudiant s'entraîne à reconnaître les émotions de patients à partir de vidéos - Feedback: bonne réponse en termes de reconnaissance des émotions s'affiche sur l'écran de l'ordinateur - Enseignement à 2 niveaux : enseignant (logiciel) et patient virtuel - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; fondement de la psychologie médicale - 1 compétence mobilisée niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale) - Méthode interventionnelle quantitative (échelle d'évaluation externe des compétences des étudiants : reconnaissance des émotions (PECT), échelle d'évaluation de la sensibilité émotionnelle (SSI-ES)) - Satisfaction selon le niveau 2 Kirkpatrick : 203 étudiants évaluation - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (nombre élevé d'étudiants en 1^{ère} année donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>32-JEFFERSON.AL et al BMC Medical Education 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 1^{ère} année - Ponctuel : enseignement sur 1 an 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours de 3 heures sur la démence d'Alzheimer et la communication avec les patients déments - Pratique : appariement d'un étudiant avec un patient dément pour la réalisation d'activités sociales et culturelles ensemble 1 fois/ mois - Partie réflexive +feedback : tenue d'un journal où l'étudiant note ce qu'il a appris et comment cela pourra modifier sa pratique future, scores évaluant les connaissances de l'étudiant et groupe de discussion avec les autres étudiants 1 fois/mois -Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (profession non précisée) et patients réels - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; comportement approprié dans des situations spécifiques (démence) - 1 compétence mobilisée niveau interne : prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle qualitative (essais réflexifs des étudiants sur les compétences mobilisées) et quantitative (2 scores évaluant les connaissances sur la démence : Buddy Program Knowledge Test et PAIRS Program Dementia Knowledge Test) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 45 étudiants évalués - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (nombre élevé d'étudiants en 1^{ère} année donc chronophage et coûteux, organisation semble difficile pour les activités socio-culturelles)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
33-PUVANENDRAN.R et al Medical Education Online 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Singapour - Etudiants de 3^{ème} année - Ponctuel : suivi sur 10 mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : suivi d'un patient hospitalisé puis à son domicile, puis à 10 mois (suivi longitudinal du patient) - Partie réflexive + feedback: rédaction de l'expérience après chaque rencontre avec le patient, puis évaluation du récit par une note - Enseignement à 2 niveaux : enseignants (membre de la faculté) et patient réel -Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - 1 compétence mobilisée niveau interne : prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle qualitative (essais réflexifs des étudiants sur les compétences mobilisées) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 44 étudiants évalués - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (méthode longue nécessitant de ne pas perdre le patient de vue après son retour à domicile)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
34-GILLIES.RA et al Family medicine 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 1^{ère} année - Ponctuel : modalités non précisées 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur le retentissement des erreurs médicales et la nécessité de s'excuser - Pratique : visionnage de vidéos où des médecins s'excusent pour des erreurs médicales, puis écriture d'une lettre d'excuse s'adressant à un patient standardisé - Partie réflexive +feedback : discussion en groupe de ce qui a été observé dans les vidéos, puis rétroaction de la part des autres étudiants et des patients standardisés concernant les lettres d'excuses - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (profession non précisée) et patients standardisés -Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année : empathie et adaptation aux besoins du patient - 1 compétence mobilisée niveau interne : professionnalisme - Méthode interventionnelle quantitative (évaluation des lettres d'excuse d'autres étudiants en s'inspirant de la grille de Halbach et Sullivan avec échelle de Likert à 10 niveaux, et de l'utilité de l'enseignement selon échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveau 1et 2 Kirkpatrick : 384 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (nombre élevé d'étudiants en 1^{ère} année donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
35-BOMBEKE.K et al Patient Education Counseling 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Belgique - Etudiants de la 1^{ère} à la 5^{ème} année - Longitudinal : suivi sur 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur la communication - Pratique : jeu de rôle entre étudiants et patients standardisés, puis patients réels - Partie réflexive +feedback: écriture d'une trace après chaque rencontre avec les patients, scores évaluant les compétences de l'étudiant -Enseignement à 3 niveaux : enseignants (profession non précisée), autres étudiants et patients standardisés puis réels -Facultatif : les étudiants participants recevaient une place de cinéma 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 compétences mobilisées niveau étudiants de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; comportement approprié dans des situations spécifiques (annonce de mauvaise nouvelle) ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (patient dépressif, psychotique, agressif, personnes âgées) - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (écoute active, communication verbale/non verbale) ; prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle quantitative (5 questionnaires validés à questions fermées évaluant les compétences de l'étudiant : relation médecin-patient (DP-Scale), contexte social (SC-Scale), attitude (LATCon Scale), empathie (JSPE) et compétences en communication (CSAS)) - Non satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 85 étudiants évalués dont 37 avec cet enseignement

			<p>- Peu reproductible : mise en œuvre difficile (nombre élevé d'étudiants en 1^{ère} année, méthode longue donc chronophage et coûteuse, nécessite d'offrir une place de cinéma à chaque étudiant)</p>
--	--	--	---

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>36-THOMPSON.BM et al Patient Education and Counseling 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 1^{ère} année - Ponctuel : modalités non précisées 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : enseignement en ligne sur la communication médecin-patient - Pratique : visionnage d'une vidéo sur la relation médecin-patient et les étudiants doivent repérer les indices contextuels délivrés par le patient ; puis jeu de rôle avec patient simulé et enregistrement vidéo - Partie réflexive + feedback : écriture d'une trace où les étudiants font leur autocritique de leur comportement, auto-évaluation des compétences, visionnage des vidéos avec analyse en petits groupes des indices contextuels délivrés par le patient simulé - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (membres de la faculté) et patients simulés - Caractère obligatoire ? 171 étudiants participants 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; actions adaptées aux caractéristiques du patient - 3 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale) ; prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) ; professionnalisme - Méthode interventionnelle quantitative (auto-évaluation des compétences des étudiants et évaluation de l'utilité de l'enseignement par les étudiants avec échelle de Likert à 7 niveaux) - Satisfaction selon niveau 1 et 2 Kirkpatrick : 166 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes et nombre élevé d'étudiants en 1^{ère} année donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
37-BONNAUD-ANTIGNAG.A et al Psycho-Oncology 2009	<ul style="list-style-type: none"> - France - Etudiants de 5^{ème} année - Ponctuel : 3 séances 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur l'annonce de mauvaise nouvelle selon le protocole SPIKES - Pratique : patient simulé autour de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en groupes (25-30 étudiants) avec enregistrement vidéo - Partie réflexive + feedback : auto-évaluation des compétences, rétroaction de la part de l'enseignant avec évaluation immédiate et à distance - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecins et psychologues) et patient simulé - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> -2 compétences mobilisées niveau externe : empathie et adaptation aux besoins du patient ; comportement approprié dans des situations particulières (annonce de mauvaise nouvelle) -1 compétence mobilisée niveau interne : professionnalisme -Méthode interventionnelle qualitative (commentaires des étudiants sur l'utilité de l'enseignement) et quantitative (questions fermées posées aux étudiants sur l'utilité de l'enseignement, évaluation des compétences mobilisées : auto-évaluation avec échelle de Likert à 10 niveaux, évaluation externe après la séance et en fin d'année avec score évaluant le rappel des différentes étapes SPIKES) -Satisfaction selon niveau 1et 2 Kirkpatrick : 108 étudiants interrogés et évalués -Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
38-NAJM.WI et al Medical Student Education 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 3^{ème} année - Ponctuel : enseignement sur 4 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur le programme d'éducation du patient au sein d'une équipe pluridisciplinaire en petits groupes (8-10 étudiants) - Pratique : rencontre avec des patients diabétiques de culture différente et éducation du patient au sein d'une équipe pluridisciplinaire - Partie réflexive : écriture d'un essai réflexif pointant du doigt les difficultés liées à la barrière culturelle ; puis auto-évaluation des compétences acquises - Enseignement selon 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecins et infirmières) et patients réels - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : communication interprofessionnelle ; empathie et adaptation aux besoins du patient ; comportement approprié dans des situations spécifiques (barrière culturelle) ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (éducation thérapeutique) - 1 compétence mobilisée niveau interne : prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle quantitative (auto-évaluation du niveau de compétence selon échelle de Likert à 5 niveaux) et qualitative (questions ouvertes et essais réflexifs des étudiants sur l'enseignement) - Satisfaction selon niveau 1 et 2 Kirkpatrick : 90 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>39-NESTEL.D et al BMC Medical Education 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Royaume-Uni (Angleterre) - Etudiants de 1^{ère} année - Ponctuel : 1 séance 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : jeu de rôle entre étudiants en jouant successivement les rôles de médecin, patient et observateur - Partie réflexive + feedback : écriture réflexive d'une trace et discussion en groupe autour du jeu de rôle, rétroaction par l'étudiant observateur - Enseignement à 1 niveau : autres étudiants - Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau externe : empathie et adaptation aux besoins du patient - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale, décrypter la demande cachée du patient); prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle quantitative (questions fermées posées aux étudiants sur l'utilité supposée de l'enseignement avant sa réalisation) et qualitative (commentaires des étudiants concernant l'utilité de l'enseignement) - Satisfaction selon niveau 1 Kirkpatrick : 284 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (nombre élevé d'étudiants en 1^{ère} année donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
40-HOOK.KM et al Medical Education 2007	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de la 1^{ère} à la 4^{ème} année - Longitudinal : pendant 4 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : consultation avec patients standardisés avec enregistrement vidéo et visionnage en groupe, puis patients réels - Feedback : rétroaction de la part des patients simulés avec établissement d'un score de compétences - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et patients simulés puis réels -Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau externe : empathie et adaptation aux besoins du patient ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (éducation thérapeutique) - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (écoute active, communication verbale/non verbale, reformulation) ; prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle quantitative (évaluation externe des compétences d'interrogatoire des étudiants avec échelle ACIR) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 202 étudiants évalués - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (enseignement long sur 4 ans donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
41-STEVENS.A et al The American Journal of Surgery 2006	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 2^{ème} année - Ponctuel : modalités non précisées 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique: patient simulé virtuel avec enregistrement vidéo - Feedback : rétroaction d'un enseignant virtuel -Enseignement à 2 niveaux : enseignant virtuel et patient virtuel -Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau externe : empathie et adaptation aux besoins du patient - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale) ; professionnalisme - Méthode interventionnelle quantitative (évaluation du patient virtuel et de l'outil technologique par les étudiants en s'inspirant de l'évaluation du patient simulé de Maastricht avec échelle de Likert à 5 niveaux) et qualitative (commentaires des étudiants sur l'enseignement) - Satisfaction partielle selon niveau 1 Kirkpatrick : 20 étudiants interrogés - Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
42-WINDISH.DM et al Journal of Internal General Medicine 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 2^{ème} année - Ponctuel : 6 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : jeu de rôle entre étudiants avec enregistrement vidéo en petits groupes (6 étudiants), puis patients standardisés -Partie réflexive + feedback : auto-évaluation des compétences, rétroaction de la part des autres étudiants, puis réflexion en groupe sur les stratégies à adopter, puis rétroaction des patients standardisés - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et patients standardisés -Obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; adaptation aux caractéristiques du patient - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale, décrypter la demande cachée du patient) ; prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle quantitative (évaluation des compétences de l'étudiant par lui-même et par patient simulé avec échelle de Likert à 5 niveaux, évaluation de l'enseignement avec échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveaux 1 et 2 Kirkpatrick : 119 étudiants interrogés dont 59 avec le nouvel enseignement - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes d'étudiants donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>43- D'ALLESSANDRO.DM et al BMC Medical Education 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 3^{ème} année - Ponctuel : modalités non précisées 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : consultations avec patients réels en pédiatrie, puis rédaction de cas types avec l'aide des enseignants et mise en forme numérique - Partie réflexive + feedback : discussion en groupe des problèmes soulevés - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecin) et patients réels -Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : communication avec l'entourage du patient (parents d'enfants) ; adaptation aux caractéristiques du patient - Méthode interventionnelle quantitative (évaluation des traces écrites en ligne par le nombre de connexions puis par échelle de Likert à 10 niveaux) - Satisfaction selon niveau 1 Kirkpatrick : 393 étudiants interrogés dont 79 étudiants en médecine - Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
44-WIECHA.JM et al Journal of Medical Internet Research 2003	<ul style="list-style-type: none"> - Etats-Unis - Etudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année - Ponctuel : 4 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur les compétences en communication en petits groupes (5 étudiants) - Pratique : visionnage de vidéos en ligne concernant l'interrogatoire d'un patient par un étudiant, puis par un médecin expérimenté - Partie réflexive + feedback : discussion en groupe autour des compétences en communication dans les vidéos, puis rétroaction écrite des enseignants - Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecins) - Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 compétence mobilisée niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (communication verbale/non verbale); professionnalisme - Méthode interventionnelle qualitative (entretien avec l'étudiant sur l'enseignement) et quantitative (transcription des éléments de l'entretien sur échelle de Likert à 7 niveaux, échelle d'évaluation de la compréhension des concepts d'interrogatoires de l'étudiant avec échelle de Likert à 10 niveaux) -Satisfaction selon niveaux 1 et 2 Kirkpatrick : 9 étudiants interrogés - Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes et nombre d'étudiants élevé en 1^{ère} année donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
45-VIEIRA.JE et al Medical Education 2003	<ul style="list-style-type: none"> - Brésil - Etudiants de 1^{ère} année - Ponctuel : 8 sessions de 4 heures 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratique : observation de consultation réelle entre un médecin et un patient - Partie réflexive + feedback: questionnaire à remplir par les étudiants autour de la relation médecin-patient, puis discussion en petits groupe (10-12 étudiants) et avec l'enseignant - Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecins) et patients réels -Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> -2 compétences mobilisées niveau externe : empathie et adaptation aux besoins du patient ; actions adaptées aux caractéristiques du patient -3 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (reformulation) ; prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) ; professionnalisme -Méthode interventionnelle quantitative (questionnaire évaluant l'enseignement par les étudiants avec établissement d'un score : DREEM) -Satisfaction selon niveau 1 Kirkpatrick : 41 étudiants interrogés -Peu reproductible : mise en œuvre difficile (petits groupes et nombre d'étudiants élevé en 1^{ère} année donc chronophage et coûteux)

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>46-UTTING.MR et al Journal of the Royal Society of Medicine 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Royaume-Uni (Angleterre) - Etudiants de 3^{ème} année - Ponctuel : initialement 10 semaines puis 4 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie : cours sur la relation médecin-patient - Pratique : patients standardisés puis jeu de rôle entre étudiants en petits groupes (8 étudiants) avec enregistrement vidéo -Partie réflexive + feedback : discussion en groupe autour de l'enseignement, évaluation des compétences de l'étudiant -Enseignement à 3 niveaux : autres étudiants, enseignants (médecins) et patients standardisés -Facultatif 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; actions adaptées aux caractéristiques du patient (éducation thérapeutique) - 2 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (écoute active, communication verbale/non verbale) ; prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) - Méthode interventionnelle quantitative (échelle d'évaluation externe des compétences en communication de l'étudiant et échelle d'évaluation externe du recueil d'information avec pour chaque item échelle de Likert à 5 niveaux) - Satisfaction selon niveau 2 Kirkpatrick : 86 étudiants évalués - Reproductible

Articles (auteur, revue, année de publication)	Pays, population étudiée, caractère ponctuel ou longitudinal de l'étude	Détail de l'enseignement (théorique vs pratique ; présence ou non d'une partie réflexive ; niveau d'enseignement ; caractère obligatoire vs facultatif)	Résultats (compétences mobilisées, classification et analyse critique de la méthode, validité de la méthode selon Kirkpatrick, reproductibilité)
<p>47-BORNERT-ESTRADE.C et al Non publié</p>	<p>- France</p> <p>- Etudiants de 3^{ème} année</p> <p>- Ponctuel : 1 séance/semaine pendant 10 semaines</p>	<p>- Pratique : participation à un groupe Balint (14 étudiants) avec présentation de cas rencontrés par les étudiants sous la direction d'un enseignant psychanalyste</p> <p>- Partie réflexive + feedback : discussion des cas exposés au sein du groupe, évaluation externe et auto-évaluation des compétences de l'étudiant</p> <p>- Enseignement à 2 niveaux : autres étudiants et enseignants (psychanalyste)</p> <p>-Facultatif</p>	<p>- 2 compétences mobilisées niveau étudiant de 1^{er} et 2^{ème} cycle : empathie et adaptation aux besoins du patient ; actions adaptées aux caractéristiques du patient</p> <p>- 3 compétences mobilisées niveau interne : utilisation d'outils de communication spécifiques (écoute active, transferts et contre-transferts) ; prise en compte du patient dans sa globalité (bio-psycho-social) ; professionnalisme</p> <p>- Méthode interventionnelle quantitative (4 questionnaires remplis par les étudiants : échelle d'évaluation des émotions du patient (EMIE1), questionnaire original concernant l'auto-évaluation des capacités d'empathie et de compréhension des émotions, échelle de mesure de l'intensité affective (MIA) et échelle d'expressivité émotionnelle (EEE))</p> <p>- Satisfaction relative selon niveau 2 Kirkpatrick (amélioration des capacités d'empathie, maintien de la capacité à ressentir les émotions et prévention du sentiment d'exaspération, mais pas d'amélioration des capacités d'identification des émotions, ni de</p>

			l'expression des émotions) : 56 étudiants interrogés dont 12 avec cet enseignement - Reproductible
--	--	--	--

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

