

Entraîner la communication professionnelle par des dispositifs en e-learning au cours du Master en orthophonie

Trecy Martinez Perez, Christelle Maillart, Sylvie Willems

Résumé

La capacité à communiquer efficacement constitue une qualité professionnelle incontournable des orthophonistes. Néanmoins, dans la formation initiale, les compétences communicationnelles sont rarement travaillées et évaluées au contraire d'autres compétences cliniques telles que l'évaluation et la rééducation. Beaucoup considèrent en effet que ces compétences relationnelles s'entraîneront naturellement sur le terrain. Or, la communication professionnelle possède des caractéristiques qui lui sont propres et qui doivent être entraînées. Dans le Master en orthophonie à l'Université de Liège, deux dispositifs ont été développés et ciblent la communication au cours de l'entretien anamnestique et de la remise de conclusion. Ces dispositifs reposent essentiellement sur des modules en e-learning et permettent de garantir aux étudiants en orthophonie les bases nécessaires en communication professionnelle avec peu de ressources académiques.

Mots-clés : formation initiale, relation professionnelle, communication, compétence.

Training in professional communication through e-learning as part of the Speech-and-Language Pathology Masters Program

Abstrat

The ability to communicate effectively is an essential professional skill for speech-and-language pathologists (SLP). Nevertheless, during their initial training, communication skills are seldom targeted for evaluation and training, in contrast with other clinical skills such as assessment and therapeutic skills. Indeed, many consider that these interpersonal skills will receive natural training in the field. Yet, professional communication skills involve specific characteristics that need specific training. The SLP Masters Program at the University of Liège developed two devices, with a specific focus on interviewing techniques and delivery of conclusions. These devices are primarily based on e-learning modules and provide SLPs with basic skills in professional communication with little academic input.

Key words : initial training, professional relationships, communication, skills.

Trecy MARTINEZ PEREZ
Chargée de cours adjointe
Unité de Logopédie Clinique
Université de Liège, Belgique

Christelle MAILLART
Professeure
Unité de Logopédie Clinique
Université de Liège, Belgique

Sylvie WILLEMS
Chef de la Clinique Psychologique
et Logopédique Universitaire
Université de Liège, Belgique

Adresse de correspondance :
Trecy Martinez Perez
Bât. B38b
rue de l'Aunaie 30
4000 Liège (Sart-Tilman), Belgique
Courriel : tracy.martinez-perez@ulg.ac.be

Professional communication skills training
through e-learning in a Master's level course
in Speech-and-Language Pathology

◆ **Un référentiel de compétences pour guider la formation des orthophonistes**

Le point de départ de la réflexion menée par l'équipe enseignante responsable de la formation en orthophonie à l'Université de Liège a été le souhait de proposer aux étudiants une formation préparant davantage à l'entrée dans le monde professionnel. Comment assurer une continuité entre l'université et ce monde professionnel ? Qu'est-ce qu'un logopède compétent ? Comment former ce logopède compétent ? Pour répondre à ce type de questions et augmenter la cohérence interne de la formation, l'équipe enseignante a élaboré un référentiel de compétence du logopède/orthophoniste (Maillart, Grevesse, & Sadzot, 2010) qui comprend les cinq compétences que l'étudiant doit avoir développées au terme de sa formation (Tableau 1). En raison de son importance, établir une relation professionnelle y est reprise comme une compétence à part entière bien qu'étroitement imbriquée dans les autres compétences de l'orthophoniste.

Prévention	Assumer la responsabilité de la prévention en transmettant une information claire et complète sur les facteurs de risques liés à certains troubles et en dépistant des troubles le plus précocement possible
Évaluation	Évaluer un patient au niveau logopédique en l’abordant dans sa globalité et en tenant compte de la plainte initiale ainsi que des indications et prescriptions médicales
Traitement	Traiter un patient présentant un trouble relevant du champ d’action du logopède en tenant compte des facteurs personnels et des aspects environnementaux pouvant influencer la prise en charge et en tenant compte de la comorbidité des troubles et de leur étiologie
Relation professionnelle	Établir une relation professionnelle en créant et en maintenant une relation de confiance, et en communiquant de manière adaptée
Expertise	Développer l’expertise requise pour une pratique orthophonique de qualité au service du patient et de la société en s’inscrivant dans une démarche de formation continue et de développement de la profession, et en faisant preuve d’une éthique professionnelle

Tableau 1. Compétences identifiées dans le Référentiel de Compétence du Logopède/Orthophoniste de l’Université de Liège (Maillart, Grevesse, & Sadzot, 2010).

En effet, la capacité à communiquer efficacement constitue une qualité professionnelle incontournable des professionnels de la santé. Par exemple, l’anamnèse et la remise de conclusion en orthophonie, à l’instar de l’entrevue médicale, poursuivent trois fonctions :

- 1) la collecte des données nécessaires,
- 2) le développement de la relation professionnel-patient,
- 3) l’information et la motivation du patient (Bird & Cohen-Cole, 1990). Nous pouvons voir, dans certains référentiels médicaux (par exemple, le guide de Calgary-Cambridge ; Kurtz, & Silverman, 1996 ; Kurtz, Silverman, Benson, & Draper, 2003), une attention équivalente portée à ces objectifs « contenu » et « relationnelles ». Ce type de référentiel guide de plus en plus de programmes universitaires en médecine qui intègrent ainsi la communication dans l’enseignement de la démarche clinique (Gillard, Benson, & Silverman, 2009).

En ce qui concerne la formation des orthophonistes en francophonie, bien que l’importance de ces compétences communicationnelles soit également reconnue, ces dernières sont encore trop souvent négligées au contraire d’autres compétences cliniques (telles que l’évaluation et la rééducation). Beaucoup considèrent en effet que ces compétences s’entraîneront naturellement sur le terrain. Et pourtant, alors que les étudiants bénéficient de nombreuses opportunités de mener des bilans et des prises en charge orthophoniques lors de leurs stages sur le terrain, la réalisation des anamnèses et des remises de conclusion reste souvent la prérogative des maîtres

de stage. Ceux-ci préfèrent en effet gérer ces moments critiques pour planifier les investigations diagnostiques, prendre des décisions concernant les méthodes de rééducation, fournir aux patients l'information pertinente et développer avec eux une réelle collaboration. Ainsi, grand nombre d'orthophonistes n'auront eu ni formation, ni évaluation spécifiquement dédiée aux compétences communicationnelles dans leur cursus.

Or, comme nous allons l'aborder ci-dessous, la communication professionnelle possède des caractéristiques qui lui sont propres et qui doivent être entraînées (van der Molen, Lang, Trower, & Look, 2014). En outre, des articles scientifiques de plus en plus nombreux soulignent l'efficacité et l'importance de modules de formation dans différents cursus médicaux et paramédicaux (Hill & Lent, 2006 ; Hill, 2009 ; Ivey, Ivey, & Zalaquett, 2010 ; Lang & van der Molen, 1992 ; Richards, Ruch, & Trevithick, 2005). Dans ce contexte, guidé par notre référentiel, deux dispositifs e-Learning ont été mis en place dans le Master en orthophonie à l'Université de Liège afin de garantir aux étudiants les bases nécessaires en communication professionnelle. Ces dispositifs ciblent plus précisément la communication au cours de l'entretien anamnestique et de la remise de conclusion.

Dans cet article, nous présentons les caractéristiques d'une communication efficace puis les dispositifs que nous proposons aux étudiants pour entraîner cette communication. Pour chacun de ces dispositifs, nous développons le contenu, l'évaluation de son efficacité et quelques perspectives d'adaptation pour les années futures.

◆ La communication au centre de l'entretien anamnestique et de la remise de conclusion

Comme nous l'avons rappelé, l'anamnèse et la remise de conclusion ont pour objectif le recueil d'informations via l'analyse de la demande et l'exploration du problème, mais également la mise en place de la relation professionnel-patient et le développement de la motivation du patient. Ces trois objectifs sont au service l'un de l'autre et impliquent des habiletés parfois complexes.

Le développement de la relation professionnel-patient. Le patient est le seul à posséder les informations nécessaires aux hypothèses de travail de l'orthophoniste, informations qu'il doit dès lors lui fournir. Pour cela, l'orthophoniste professionnel doit d'emblée instaurer une relation de confiance. Calme, attentif, il doit encourager le patient à parler librement. Cette attitude d'écoute active appelée « non sélective » se marque par un comportement non verbal approprié (par exemple, par son langage corporel, ses regards, ses silences, son expression faciale ou encore ses hochements de tête), son empathie (par exemple, il utilise le reflet de sentiment pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile) et sa neutralité (il accueille les propos et les émotions du patient sans jugement).

Le recueil de l'information. Une relation chaleureuse et harmonieuse, bien évidemment, n'est pas suffisante en soi. Le patient ne sait pas quelles sont les informations importantes à délivrer pour que le professionnel puisse mener son travail. Le professionnel doit dès lors orienter son discours par une attitude d'écoute plus sélective. Tel un détective guidé par ses références théoriques, il investit. Ainsi, il utilise la technique des questions ouvertes et fermées (concises et faciles, en évitant le jargon professionnel), il facilite le discours (par exemple, il utilise la répétition, la reformulation, l'interprétation), il clarifie les propos du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails, il fait périodiquement des résumés des propos du patient pour valider sa compréhension et invite le patient à le corriger ou à fournir des informations supplémentaires.

Travailler la motivation. La communication professionnelle est loin de celle d'un « expert omniscient » interrogeant un « patient ignorant » et dont les références sous-tendant l'anamnèse se traduiraient par un entretien rigide composé d'une série de questions préétablies. Détective, mais donc bien communicant, le professionnel stimule son exploration en y impliquant le patient, en lui explicitant ses objectifs, sa démarche et la structure de la séance. Cela implique, par exemple, d'expliquer la raison d'une série de questions spécifiques par des « pensées à voix haute » (« j'aimerais maintenant me faire une idée plus précise du développement de votre enfant, pouvez-vous me parler de... »), compétence importante pour encourager une véritable collaboration. Le patient, associé à la démarche clinique, guidé mais doté de temps de parole, deviendra ainsi plus ouvert, meilleur communicant (Korsch & Negrete, 1972), voire partenaire des prises de décision. Dans ce contexte, le professionnel pourra également plus aisément réguler l'entrevue pour la mener à bien avec le peu de temps qui lui est généralement imparti. C'est un subtil mélange entre cette attitude d'écoute sélective et un espace de parole suffisamment ouvert, qui permettra au professionnel de recueillir des informations pertinentes, riches et détaillées sans s'enfermer dans une démarche confirmatoire d'un expert dont la curiosité n'est pas tournée vers le patient et ses caractéristiques individuelles.

Mettre en confiance, investiguer, travailler en collaboration sont donc bien parmi les maîtres mots d'une démarche clinique réussie et impliquent, comme nous venons de le voir, un très grand nombre de compétences complexes à acquérir et à entraîner.

◆ Des dispositifs complémentaires au cours de la formation à l'Université de Liège

Le Master en orthophonie est organisé sur cinq années en Belgique (trois années de Bachelier et deux années de Master). Depuis quelques années, la formation à l'Université de Liège inclut des dispositifs d'entraînement à la communication professionnelle chez les étudiants. Dès la 2^e année du Bachelier, l'étudiant est

sensibilisé à cette communication via l’analyse, sur des vidéos et lors d’une visite sur le terrain, des attitudes professionnelles mobilisées par l’orthophoniste dans sa pratique. En 3^e année du Bachelier et 1^{re} année du Master, l’étudiant participe à des dispositifs où il travaille la communication professionnelle dans des contextes hors terrain et contrôlés. Cette progression permet à l’étudiant d’acquérir les notions de base avant de réaliser ses heures de stages de Master sur le terrain, avec des patients.

En 2014-2015, les dispositifs présentés dans cet article ont concerné 141 étudiants en 3^e année du Bachelier en Sciences Psychologiques (114 étudiants en Orientation générale et 27 étudiants en Orientation orthophonie) et 28 étudiants en 1^{re} année du Master en orthophonie.

◆ Dispositif en 3^e année du Bachelier

Le dispositif proposé en 3^e année du Bachelier (Tableau 2) est essentiellement basé sur la formation de van der Molen et ses collaborateurs (2014) qui implique un micro-entraînement cumulatif des compétences par le biais de démonstrations vidéo. Ce dispositif a montré son efficacité en e-learning (Kuntze, van der Mole, & Born, 2009). Notre dispositif s’inspire également des formations de Hill (2009) et de Jaeken et ses collaborateurs (2014) qui utilisent les jeux de rôle pour la formation et l’évaluation des étudiants.

Module 1 : Modeling et e-Learning	Module 2 : Jeu de rôle et supervision
Étudiant seul	Par groupe de 4 étudiants
<p>1^{re} compétence (attitude d’écoute)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiche théorique • 2-4 vidéos modèles (+ et -) à analyser <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont leurs points forts et points faibles ? - Quelles sont les améliorations à apporter ? • Exercices complémentaires <p>2^e compétence (encouragement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ...3^e compétence (questionnement) • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation au feedback • Entraînement et débriefing entre pairs • Réalisation de vidéos d’entretien et débriefing par un professionnel

Tableau 2. Modules proposés dans le dispositif en 3^e année du Bachelier en Sciences Psychologiques (Orientation générale et Orientation orthophonie) de l’Université de Liège.

Contenu du dispositif

Module 1 : Formation par modeling et e-learning

Notre formation débute par une introduction (environ deux heures) en cours ex-cathedra soulignant l'importance de la communication en contexte d'examen psychologique et orthophonique. Elle est suivie d'un module en e-learning (environ dix heures) à réaliser sur une période de quatre semaines. Au total, sept compétences d'écoute non sélective (attitude d'écoute, encouragement) et sélective (questionnement, reformulation, reflet de sentiment, concrétisation, résumer), et quatre compétences de régulation (démarrer et clôturer la rencontre, clarifier les objectifs de la rencontre, penser à voix haute) sont entraînées via 66 exercices obligatoires. Le dispositif a été réalisé sur l'interface Blackboard avec l'aide de la cellule eCampus de l'Université de Liège.

Comme évoqué précédemment, ce dispositif suit la logique du micro-entraînement cumulatif (CMT - Cumulative microtraining ; Lang et van der Molen, 1992 ; Ivey, 1971) qui envisage les compétences comme une pyramide allant des compétences les plus faciles et les plus fondamentales (par exemple, l'attitude d'écoute) aux compétences de plus en plus complexes (par exemple, les compétences de régulation de l'entretien). Plus concrètement, une première compétence est apprise via une brève instruction théorique sur la compétence cible. Une fiche reprend la définition de la compétence et ses objectifs et ses modalités d'utilisation.

Illustration des objectifs de la compétence « écoute » : Le but du comportement d'écoute est de montrer au client que son histoire est écoutée. Accorder une attention crée une situation pour le client dans lequel il peut se sentir en sécurité et partager son histoire. Cette attention peut être donnée de différentes manières. Le plus souvent, elle s'exprime par une combinaison non verbale et verbale...

Illustration des modalités de la compétence « écoute » : L'attention non verbale peut être démontrée en adoptant une posture détendue, en se penchant légèrement vers le client, en établissant un contact visuel, et en l'encourageant parfois avec des gestes, comme un signe de tête. Des silences brefs peuvent aussi être fonctionnels, car ils donnent au client la possibilité de penser...

Cette fiche, accessible à tout moment, est suivie de deux à quatre illustrations vidéo (de maximum dix minutes chacune) démontrant concrètement la compétence ciblée. A minima, l'une d'entre elles illustre un modèle d'utilisation inappropriée (par exemple, un clinicien ne regardant pas ou interrompant le patient) et une autre un modèle d'utilisation appropriée de la compétence (par exemple, un clinicien attentif et détendu, introduisant de brefs silences pour ne pas interrompre les propos du patient et l'inviter à poursuivre). Après chaque vidéo, l'étudiant travaille sur la retranscription de l'entretien en indiquant quelle intervention du professionnel filmé aurait pu être améliorée. Un feed-back écrit lui est alors proposé contenant à la fois

le principe général de la réponse attendue et les erreurs les plus courantes commentées.

Pour certaines compétences, des exercices écrits (par exemple, transformer des questions fermées en questions ouvertes) ou des exercices vidéo supplémentaires sont proposés. Dans ces derniers, un patient parle face à la caméra. On demande alors à l'étudiant de se mettre dans la peau du professionnel et de formuler par écrit son intervention centrée sur la compétence ciblée (par exemple, face à un patient demandant un avis « hors propos », l'étudiant doit retranscrire la façon dont il clarifierait la situation). Finalement, une nouvelle compétence est introduite et ajoutée à la précédente. Certaines vidéos sont issues de la formation de van der Molen et ses collaborateurs (2014) et sont en anglais, sous-titrées en français par nos soins avec l'autorisation des auteurs. D'autres ont été créées spécifiquement pour ce module avec l'aide de cliniciens de la Clinique Psychologique et Logopédique de l'Université de Liège (www.cplu.ulg.ac.be).

L'avantage de l'enseignement en e-learning est ici évident : il a permis d'offrir un entraînement à 141 étudiants tout en réduisant la charge de l'enseignant. Cette partie de la formation se reposant largement sur l'apprentissage au travers de modèles, nous avons pu grâce à l'e-learning présenter plus de 60 extraits vidéo aux étudiants. De plus, plusieurs auteurs ont démontré l'efficacité de ce type d'apprentissage (Jaeken et al., 2014 ; Kuntze et al., 2009).

Module 2 : Formation par jeu de rôle et supervision

Bien que l'apprentissage par e-learning ait pu montrer son efficacité et offre des avantages indéniables, la littérature montre également l'intérêt de combiner l'e-learning avec des méthodes plus traditionnelles. McNeil et Nelson (1991) observent en effet dans leur méta-analyse que l'apport de la formation par vidéo est significativement plus efficace quand elle est combinée avec d'autres méthodes. Schönrock-Adema, van der Molen et Van der Zee (2009) montrent également la contribution positive de l'ajout d'exercices en jeux de rôle supervisés.

Dans le second module de notre dispositif (Tableau 2), les étudiants sont dès lors invités par groupe de quatre à entraîner librement leurs compétences communicationnelles via des jeux de rôle. Un étudiant prend le rôle du professionnel, un autre du patient et les deux autres prennent le rôle d'observateurs. Après avoir échangé leurs impressions, ils intervertissent leurs rôles. Notons que, au préalable, les compétences de débriefing des étudiants sont entraînées via une vidéo sur la plateforme e-learning. Celle-ci leur présente les qualités requises d'un feed-back adéquat (bienveillant, concret et constructif).

Au bout de cet entraînement, chaque étudiant du groupe choisit parmi quatre fiches de problème à jouer (par exemple, mon enfant est dysphasique) et réalise un dernier entretien filmé d'une dizaine de minutes. Étant donné que plusieurs études soulignent l'importance de la supervision dans l'apprentissage des compétences communicationnelles, nous avons introduit une supervision pour cette dernière étape. Chaque groupe doit rencontrer un enseignant expérimenté qui

remet un feed-back sur chacune des quatre prestations filmées. La rétroaction met l'accent sur des pistes d'ajustement pour améliorer la performance de l'étudiant. La réalisation de cette supervision par groupe de quatre étudiants permet de limiter le besoin d'encadrement à une trentaine d'heures. Notons par ailleurs que ce travail en groupe avait également l'avantage de réduire l'anxiété des étudiants pour cette activité très différente de celles proposées antérieurement dans leur cursus.

Méthode d'évaluation de l'efficacité du dispositif

L'équipe enseignante a évalué l'efficacité du dispositif proposé aux étudiants via un jeu de rôle avec un patient fictif afin de rester proche de la future pratique professionnelle du psychologue et de l'orthophoniste. Plus précisément, les étudiants ont réalisé un entretien filmé avant (temps 1) et en fin de dispositif (temps 2). Ils recevaient la consigne de jouer le « professionnel » et d'explorer une thématique particulière durant dix minutes avec une personne de leur choix. Plusieurs indices ont ensuite été soustraits pour évaluer la qualité du dispositif.

Sentiment d'auto-efficacité et auto-évaluation des étudiants

Après chacun des entretiens filmés en pré- et post-dispositif, les étudiants ont évalué leur sentiment de compétence pour mener un entretien (sur une échelle de 1 à 10). Parallèlement, les étudiants ont évalué la qualité de leurs prestations au niveau de la relation (par exemple, l'entretien était-il chaleureux ?), de l'écoute (par exemple, l'entretien était-il marqué d'une véritable écoute ?) et de l'exploration (par exemple, l'entretien était-il riche et détaillé ?).

Hétéro-évaluation par un juge indépendant

À côté de cette auto-évaluation subjective, une hétéro-évaluation a été menée par un juge indépendant (un psychologue clinicien professionnel formé aux techniques d'entretien). Cette évaluation était menée en aveugle sur 24 entretiens filmés réalisés par 12 étudiants tirés au hasard parmi les 141 étudiants de 3^e bachelier ayant suivi le cours (six étudiants de l'Orientation générale et six étudiants parmi les 27 inscrits en Orientation orthophonie). Le clinicien n'était donc pas informé des entretiens réalisés avant (temps 1) et en fin (temps 2) du dispositif, entretiens qui lui étaient présentés par ailleurs dans un ordre aléatoire (pour la moitié des cas, la vidéo « temps 1 » était présentée en premier lieu ; pour l'autre moitié, c'était la vidéo « temps 2 »).

La grille d'observation utilisée pour cette évaluation était constituée de 24 items (avec une échelle de Likert à cinq points : de fortement en désaccord = 1 à tout à fait d'accord = 5). Six items sont destinés à mesurer la qualité de l'exploration (voir Graphique 2a) et sont adaptés de l'*Helping skills measure* (sous-échelle d'exploration ; Hill & Kellems, 2002). Un exemple d'item est « l'étudiant a encouragé le client à exprimer ce qu'il pensait ». Cinq items permettent de mesurer la qualité de la relation (voir Graphique 2b) et trois items permettent d'évaluer la qualité de

l'écoute (voir Graphique 2c) ; ils sont tous inspirés de Persons et Burns (1985). Des exemples d'items sont, respectivement, « l'étudiant est convivial et chaleureux », « l'étudiant semble être véritablement lui-même », « l'étudiant comprend ce qu'on lui dit ». Enfin, certains items sont dédiés à la qualité d'utilisation des différentes compétences entraînées durant le module telles que les compétences d'écoute (attitude d'écoute, encouragement, questionnement, reformulation, reflet de sentiment, concrétisation, résumer) et les compétences de régulation (démarrer et clôturer la rencontre, clarifier les objectifs de la rencontre, penser à voix haute). Pour les compétences de régulation, celles-ci ont été évaluées en on/off (en présence-absence : l'étudiant démarre ou non l'entretien, l'étudiant régule ou non l'entretien, l'étudiant réalise ou non une clôture de l'entretien).

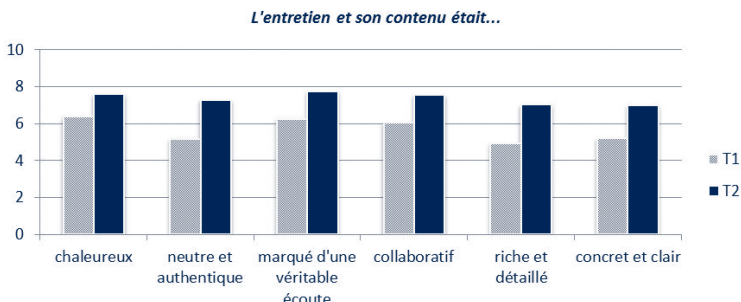
Résultats de l'évaluation du dispositif

Nous présentons ci-dessous quelques résultats récoltés en 2014-2015 sur un échantillon de 112 étudiants pour l'auto-évaluation (112 étudiants ayant complété correctement l'auto-évaluation sur les 141 étudiants ayant suivi le cours) et 12 étudiants pour l'hétéro-évaluation.

Sentiment d'auto-efficacité et auto-évaluation

Tout d'abord, nous avons comparé le sentiment global de compétence rapporté par les étudiants après leur entretien initial (temps 1) et après leur entretien final (temps 2) à l'aide d'une analyse de variance (ANOVA) simple. L'analyse statistique permet d'observer une hausse significative du sentiment global de compétence de 2 points sur l'échelle de 10 (Compétence initiale : moyenne = 4.6/10, écart-type = 1.8 ; Compétence finale : moyenne = 6.6/10, écart-type = 0.97), $F(1, 111) = 64.69, p < .001$.

Ensuite, lorsque nous comparons, à l'aide d'une ANOVA à mesure répétée, les auto-évaluations des étudiants sur les critères de qualité de l'entretien (voir Graphique 1), nous observons que les étudiants évaluent également significativement plus positivement leur entretien final, $F_s > 63.00, p_s < .001$, tant sur le plan de l'écoute, de la relation que de l'exploration.



Graphique 1. Auto-évaluation des entretiens réalisés en Temps 1 et 2

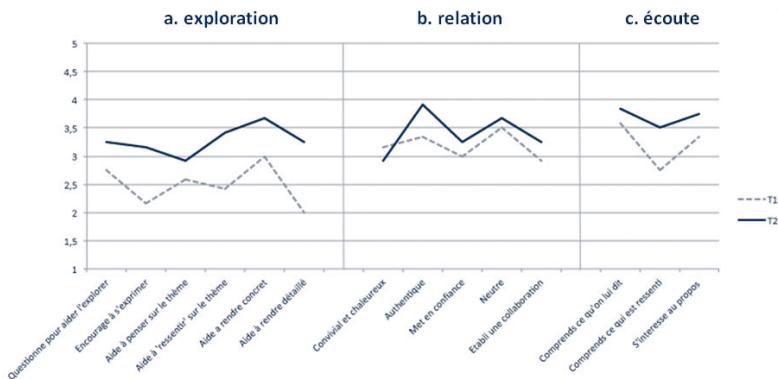
Hétéro-évaluation par un juge indépendant

L'auto-évaluation rapportée par les étudiants est globalement confirmée par l'évaluation menée par le juge indépendant.

Au niveau de la *qualité de l'exploration*, l'analyse de variance réalisée sur les six dimensions évaluées (voir Graphique 2a) indique une forte évolution de la qualité globale de l'exploration, $F(1, 11) = 17.16, p < .01$. Ainsi, le dispositif permet aux étudiants d'acquérir de nouvelles habiletés leur permettant d'encourager l'exploration de la thématique abordée dans leur entretien.

Concernant la *qualité de la relation*, l'analyse réalisée sur les cinq variables relationnelles mesurées (voir Graphique 2b) n'indique pas d'évolution significativement positive sur l'ensemble des dimensions, $F(1, 11) = 1.24, p = .29$. Toutefois, l'analyse de chacune des dimensions indique une évolution significative au niveau de l'authenticité de la relation, $F(1, 11) = 6.49, p < .05$.

Au niveau de la *qualité de l'écoute*, nos analyses sur les trois dimensions de l'écoute (voir Graphique 2c) indiquent une tendance vers une évolution positive de la qualité globale de l'écoute, $F(1, 11) = 3.5, p < .1$.



Graphique 2. Hétéro-évaluation de la qualité de l'entretien

Finalement, nos analyses ont porté sur l'utilisation des compétences d'écoute et de régulation de l'entretien entraînées dans le dispositif (compétences d'écoute : attitude d'écoute, encouragement, questionnement, reformulation, reflet de sentiment, concrétisation, résumer ; compétences de régulation : démarrer et clôturer la rencontre, clarifier les objectifs de la rencontre, penser à voix haute). Les résultats indiquent que les étudiants tendent à améliorer leur utilisation appropriée des différentes compétences d'écoute $F(1, 11) = 4.35, p = .06$. Par ailleurs, la qualité d'utilisation de ces compétences est fortement associée aux qualités d'exploration, de relation et d'écoute ($r_s = .53$ à $.93$) perçues par le juge indépendant. Enfin, le dispositif semble aider l'étudiant à mieux structurer et réguler son entretien, $F(1, 11) = 3.66, p = .08$.

◆ **Dispositif en 1^{re} année du Master**

Contenu du dispositif

Ce second dispositif s’insère dans un stage « socle » proposé au sein même de la clinique universitaire (Martinez Perez, Willems, & Maillart, 2014). Par rapport au dispositif précédent, il cible à la fois le contenu de l’entretien anamnestique et de remise de conclusion, et les attitudes professionnelles mobilisées par l’orthophoniste lors de ces entrevues. Il complète par conséquent le précédent dispositif et la formation de l’étudiant en ciblant davantage le contexte professionnel de l’orthophoniste. Au niveau pédagogique, le présent dispositif inclut à nouveau des modules en modeling/e-learning et des modules avec des jeux de rôle (Tableau 3). Par contre, l’étudiant réalise l’ensemble du dispositif en binôme, car il est reconnu que la discussion entre pairs permet d’améliorer les compétences communicationnelles telles que le respect de l’autre et la négociation (Henderson, Beattie, Boyde, Storrie, & Lloyd, 2006).

Module 1 : Anamnèse	Module 2 : Remise de conclusion
En binôme	En binôme
A quoi sert l’anamnèse Communication professionnelle <ul style="list-style-type: none"> • Vidéos avec arrêts sur image et exercices Construire une anamnèse en langage oral <ul style="list-style-type: none"> • Vidéos avec arrêts sur image et exercices • Quelles questions anamnestiques ? • Pourquoi ces questions ? • Quelles hypothèses derrière ces questions ? • Quelles formulations pour ces questions ? Construire une anamnèse en langage écrit <ul style="list-style-type: none"> • Vidéos avec ... • Quelles ... 	Communication professionnelle Réalisation d’une vidéo de remise de conclusion <ul style="list-style-type: none"> • Orthophoniste • Parent Débriefing par les pairs

Tableau 3. Modules proposés dans le dispositif en 1^{re} année du Master en orthophonie de l’Université de Liège.

Module 1 : Anamnèse

Le premier module inclut 3 séances de quatre heures sur les thématiques suivantes : les objectifs de l'anamnèse, les attitudes professionnelles lors de l'anamnèse, la construction de l'anamnèse en langage oral et en langage écrit (les questions à poser, la raison théorique de ces questions, quelles sont les hypothèses explorées à travers ces questions, comment les formuler pour le patient/parent du patient).

Pour chacune de ces thématiques, des vidéos sont proposées aux binômes d'étudiants avec des arrêts sur images et des exercices. Au niveau de la communication professionnelle, au centre de cet article, les vidéos illustrent des situations complexes qui surviennent lors d'anamnèses et amènent le binôme à réfléchir sur les meilleures attitudes à adopter. Par exemple, selon le binôme, comment doit réagir l'orthophoniste devant une maman qui pleure, une adolescente opposante, un parent qui critique le pédiatre prescripteur du bilan orthophonique ou encore des parents avec des opinions divergentes. Lorsque le binôme a répondu à la question associée à la vidéo, un feed-back lui est fourni. Celui-ci peut prendre différentes formes : suite de la vidéo qui illustre l'attitude adoptée par l'orthophoniste filmée, réponse écrite, documents ressources à consulter... Finalement, en fin de module, le binôme doit imaginer quelles autres situations complexes pourraient survenir lors d'une anamnèse et quelles seraient les attitudes communicationnelles à adapter pour gérer ces situations. A nouveau, le dispositif a été réalisé sur l'interface Blackboard avec l'aide de la cellule eCampus de l'Université de Liège.

Module 2 : Remise de conclusion

Le second module inclut 2 séances de quatre heures. Lors de la première séance, la communication de l'orthophoniste lors de la remise de conclusion est entraînée dans un dispositif en e-learning avec à nouveau des vidéos, des arrêts sur images et des questions de réflexion. La seconde séance implique par contre la réalisation d'une vidéo de remise de conclusion dans laquelle l'un des étudiants du binôme joue le rôle de l'orthophoniste et l'autre étudiant joue le rôle du parent. Le bilan au cœur de cette remise de conclusion est un bilan sur lequel le binôme a préalablement travaillé pendant l'année (voir la présentation du stage socle, Martinez Perez, Willems, & Maillart, 2014). Le contenu des résultats et le diagnostic à annoncer au parent sont par conséquent maîtrisés par le binôme, ce qui lui permet de se focaliser plus facilement sur les attitudes professionnelles à adopter lors de ce jeu de rôle. Un second binôme d'étudiants est chargé de rendre un feed-back sur la remise de conclusion jouée.

Évaluation du dispositif par les étudiants

Ce deuxième dispositif a été évalué auprès de 28 étudiants de 1^{re} année du Master en orthophonie, sur base volontaire, via un questionnaire à compléter après la réalisation des séances. Le questionnaire se compose de sept énoncés avec échelle de Likert à six niveaux (allant de 1 = pas du tout d'accord à 6 = tout à fait d'accord), ainsi que trois questions ouvertes permettant des commentaires libres de la part des étudiants. Au total, 26 questionnaires ont été complétés et analysés.

Énoncés avec échelle de Likert

Les résultats aux énoncés sont repris dans le Tableau 4. L'évaluation du dispositif par les étudiants apparaît dans l'ensemble positive. Plus précisément, nous pouvons relever les résultats suivants¹ :

- 84 % des étudiants considèrent que les modules leur ont permis d'apprendre et/ou de pratiquer des notions qui ne sont pas abordées par ailleurs dans leur parcours de formation.
- 92 % des étudiants pensent qu'ils pourront utiliser ce qu'ils ont appris lors des modules dans leur (future) pratique professionnelle.
- Au niveau de l'organisation, 100 % des étudiants ont jugé l'interface e-learning adéquate et 94 % des étudiants ont trouvé le travail en binôme stimulant.
- Par contre, les avis apparaissent plus contrastés sur le moment où ces modules sont proposés dans leur parcours de formation.

Tableau 4. Pourcentages de réponses aux six niveaux de jugement proposés pour chaque énoncé du questionnaire.

	1	2	3	4	5	6
Le contenu des modules était très approprié pour mon parcours de formation	0	4	8	38	12	38
Je pense pouvoir utiliser ce que j'ai appris, observé, réalisé lors des modules dans ma (future) pratique professionnelle	0	0	8	20	22	50
Les modules m'ont permis d'apprendre et/ou de pratiquer des notions qui ne sont pas abordées par ailleurs dans mon parcours de formation	0	4	12	38	23	23
Le travail en binôme était stimulant	4	0	0	12	30	54
Les modules arrivent au bon moment dans mon parcours de formation	14	20	24	26	4	12
Le temps alloué à ces modules était suffisant	0	0	8	20	42	30
L'interface e-learning était adéquate (exercices en ligne, arrêt sur image, mise à disposition de documents ressources)	0	0	0	18	32	50

1. Pas du tout d'accord ; 2. Pas d'accord ; 3. Plutôt pas d'accord ; 4. Plutôt d'accord ; 5. D'accord ; 6. Tout à fait d'accord

1. Sur base de la somme des pourcentages de réponses aux niveaux plutôt d'accord, d'accord, tout à fait d'accord

Questions ouvertes

En ce qui concerne la question « **Qu'est-ce que ce dispositif m'a permis d'apprendre ?** », les commentaires des étudiants peuvent se classer en différentes thématiques : * le contenu (« *relever des questions à poser aux parents auxquelles je n'aurais pas pensé* »), * la formulation (« *l'importance de la formulation de la demande et l'importance d'y réfléchir avant de se trouver devant les parents ; l'importance du choix des mots lorsque l'on s'adresse aux familles* »), * les attitudes (« *attitudes à adopter face à une réaction inattendue de la part des parents, comment essayer d'appliquer le code de déontologie* »), * la prise de conscience (« *prendre conscience du besoin constant d'adaptation ; développer ma réflexion professionnelle sur ce qu'il fallait mettre dans une anamnèse, mais surtout sur le pourquoi c'était important de le mettre* »).

À la question ouverte « **Quels sont les points forts du dispositif ?** », les étudiants ont identifié * le jeu de rôle (« *appliquer les notions apprises ; se rendre compte que ce n'est pas si facile* »), * le travail en binôme (« *confronter nos opinions et discuter sur les cas qui nous sont présentés* »), * les séquences/saynètes (« *saynètes rapportent des faits auxquels nous pourrions tout à fait être confrontées lors de notre future pratique professionnelle ; variété des situations proposées et imaginées ; montrent des cas concrets* »), * l'interface e-learning (« *interactivité ; support et façon de procéder attractifs ; stimulant* »), * le feed-back (« *très formateur ; présence de feed-back et de documents complémentaires mis à notre disposition* »).

Finalement, à la question ouverte « **Quels sont les points à améliorer du dispositif ?** », les étudiants suggèrent uniquement de réaliser le dispositif dans la 3^e année de Bachelier, soit une année plus tôt dans leur parcours de formation (« *mettre ces modules en début d'année afin d'en avoir pris connaissance avant l'arrivée en stage ; aurait pu être donné l'année précédente, car il est déjà enrichissant pour notre pratique clinique actuelle en stage* »). Ceci explique les avis contrastés concernant le moment où les modules sont réalisés. Cette suggestion a été transmise au conseil de gestion du programme : les modules anamnèse/remise de conclusion (et le stage socle plus largement) seront prochainement proposés en 3^e année.

◆ Conclusions et perspectives

L'évaluation des dispositifs proposés est assez encourageante puisqu'elle démontre qu'il est possible d'améliorer des compétences relationnelles. Plus précisément, en 3^e année du Bachelier, les étudiants rapportent une meilleure confiance dans leur compétence à mener un entretien et jugent leur performance meilleure après la réalisation du dispositif de formation. Cette impression rejoint celle d'un juge indépendant qui rapporte une amélioration des compétences en entretien chez

les étudiants en post-dispositif sur différentes dimensions et plus particulièrement sur la qualité de l'exploration. En 1^{re} année du Master, les évaluations des étudiants sont très positives et soulignent l'intérêt du jeu de rôle, du travail en binôme, des feed-back fournis et des saynètes proposées. Une évaluation plus objective serait toutefois nécessaire afin de compléter ces commentaires. De plus, la réalisation de ce second dispositif dès la 3^e année du Bachelier apparaît plus pertinente. Finalement, en ce qui concerne les jeux de rôle, il serait intéressant que le rôle du patient (ou du parent du patient) soit assumé par un adulte autre qu'un étudiant et sans connaissance particulière en psychologie ou orthophonie. De cette manière, les étudiants devraient davantage adapter leur communication à cet interlocuteur plus proche de leurs futurs patients.

Finalement, sur le plan de la logistique, ce travail des compétences relationnelles a été réalisé avec peu de ressources au niveau des encadrants grâce à l'interface d'apprentissage par e-Learning mis au service de la communauté enseignante et étudiante par notre université. Si l'e-learning ne remplace pas le contact direct avec le terrain, il constitue toutefois un réel outil de formation particulièrement utile avec le nombre croissant d'étudiants universitaires.

Remerciements – Les auteurs remercient Hens van der Molen et Catherine Demoulin pour les vidéos fournies pour le dispositif en 3^e année du Bachelier. Les auteurs remercient également l'IFRES de l'Université de Liège pour le soutien financier et l'accompagnement pédagogique du projet, en particulier Jean-François Van de Poël, Maud Jacquet et Pascale Grevesse. La conception du dispositif de la 1^{re} année du Master a en effet été facilitée par l'obtention d'un subside dans le cadre du suivi des projets « compétence » (2012-2013).

RÉFÉRENCES

- BIRD, J., & COHEN-COLE, S.A. (1990). The three function model of the medical interview : an educational device. In M. Hale (Ed), *Models of consultation-liaison psychiatry*. Basel, Switzerland : Karger.
- GILLARD, S., BENSON, J., & SILVERMAN, J. (2009). Teaching and assessment of explanation and planning in medical schools in the United Kingdom : cross sectional questionnaire survey. *Medical Teaching*, 31(4), 328-331.
- HENDERSON, A., BEATTIE, H., BOYDE, M., STORRIE, K., & LLOYD, B. (2006). An evaluation of the first year of cooperative tertiary-industry curriculum as measured by students' perception of their clinical learning environment. *Nurse Education in Practice*, 6, 207-213.
- HILL, C. (2009). *Helping skills : Facilitating exploration, insight, and action* (3rd ed). Washington DC : American Psychological Association. Accompanying videotape demonstrates the three-stage approach in psychotherapy.
- HILL, C., & KELLEMS, I. (2002). Development and use of the helping skills measure to assess client perceptions of the effects of training and of helping skills in sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 264-272.
- HILL, C., & LENT, R. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training : time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 43, 154-172.
- IVEY, A. (1971). *Microcounseling : Innovations in interviewing training*. Spring- field, IL : Charles C Thomas.
- IVEY, A., IVEY, M., & ZALAUQUETT, C. (2010). *Intentional Interviewing & Counseling : facilitating client development in a multicultural society* (7th ed.). Belmont, CA : Brooks/Cole Cengage Learning.
- JAEKEN, M., ZECH, E., Van BROECK, N., VERHOFSTADT, N., & MIKOLAJCZAK, M. (2014). Se former à la communication en contexte d'entretien. In N. Nader-grosbois, O. Luminet, & S. Van den broucke (Eds.). *Articulations clinique-recherche : Des outils nouveaux à la disposition du clinicien*. UCL Presses Universitaires de Louvain.
- KORSCH, B., & NEGRETE, V. (1972). Doctor-patient communication. *Scientific American*, 227, 66-74.
- KUNTZE, A., MOLEN, H. van der, & BORN, M. (2009). Increase in Counseling Communication Skills after Basic and Advanced Microskills Training. *British Journal of Educational Psychology*, 79, 175-188.
- KURTZ, S., & SILVERMAN, J. (1996). The Calgary-Cambridge referenced observation guides : an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*, 30, 83-89.
- KURTZ, S., SILVERMAN, J., BENSON, J., & DRAPER, J. (2003). Marrying content and process in clinical method teaching : enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medecine*, 78(8), 802-809.
- LANG, G., & MOLEN, H. van der (1992). *Methodiek van gesprekst raining*. Baarn : H. Nelissen.
- MAILLART, C., GREVESSE, P., & SADZOT, A. (2010). Elaboration d'un référentiel de compétence en logopédie/orthophonie. In A. Ammar, & M. Sbihi (Eds.), *AIPU 2010 Réformes et changements pédagogiques dans l'enseignement supérieur*. <http://hdl.handle.net/2268/63155>
- MARTINEZ PEREZ, T., WILLEMS, S., MAILLART, C. (2014). Améliorer la formation clinique en logopédie par un stage socle au sein de l'université. Actes du 28^e Congrès de l'Association Internationale de Pédagogie Universitaire, Mons. <http://hdl.handle.net/2268/167797>
- McNEIL, B., & NELSON, K. (1991). Meta-analysis of interactive video instruction : A 10 year review of achievement effects. *Journal of Computer-Based Instruction*, 18(1), 1-6.
- MOLEN, H. van der, LANG, G., TROWER, P., & LOOK, R. (2014). *Psychological Communication. Theories, Roles and Skills for Counsellors*. Den Haag : Eleven International Publishing. www.psychologicalcommunication.com
- PERSONS, J., & BURNS, D. (1985). Mechanisms of action of cognitive therapy : The relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 539-551.
- RICHARDS, S., RUCH, G., & TREVITHICK, P. (2005). Communication skills training for practice : the ethical dilemma for social work education. *Social Work Education*, 24(4), 409-422.
- SCHÖNROCK-ADEMA, J., MOLEN, H. van der, & van der ZEE, K. (2009). Effectiveness of a Self-Instruction Program for Microcounseling Skills Training. *Teaching of Psychology*, 36, 246-252.