

**MODELISER L'ACQUISITION PAR LES MÉDECINS DE COMPÉTENCES EN
COMMUNICATION**

Libert Y. (Ph. D)¹, Antoine C. (M.A.)², Merckaert I. (Ph. D)¹, Reynaert C. (M.D., Ph. D.)²,
Etienne A-M. (Ph. D)³, Razavi D. (M.D., Ph. D.)¹

¹Université Libre de Bruxelles, ²Université Catholique de Louvain, ³Université de Liège

ABSTRACT

La relation que le médecin établit avec le patient implique trois enjeux fondamentaux : créer une relation interpersonnelle de qualité, échanger des informations et prendre une décision thérapeutique. Cet article met en exergue les défis qu'implique la communication médecin-malade en oncologie dans la réalisation de ces enjeux. Il insiste sur l'importance d'améliorer cette communication entre médecins et patients atteints d'un cancer et leurs proches pour la qualité de vie des patients et pour la qualité de vie professionnelle du personnel soignant. Diverses initiatives de formations à la communication menées au cours des dernières décennies et destinées aux médecins sont exposées. Leurs enjeux, leurs objectifs ainsi que leur efficacité sont plus particulièrement abordés. Si la question de l'efficacité de ces formations a fait l'objet de nombreuses études, la question des processus soutenant l'acquisition de compétences en communication reste peu étudiée. En particulier, la question des prédicteurs de cette acquisition par les médecins a peu fait l'objet d'études empiriques. Une première étude menée dans ce domaine et ayant évalué l'impact d'une caractéristique psychologique des médecins, le Vécu Subjectif de Contrôle, sur cette acquisition de compétences en communication est présentée. À la lumière de ces différentes considérations, diverses pistes de compréhension de l'acquisition de compétences en communication sont proposées.

Mots clés : relation médecin-malade, cancérologie, formation, locus of control

INTRODUCTION

La question de la communication médecin-patient est aujourd'hui devenue centrale en médecine. Un médecin hospitalier réalisera 90 000 à 130 000 entretiens cliniques au cours de sa carrière. Dans chacun de ces entretiens, la relation qu'il établira avec le patient implique au moins trois enjeux fondamentaux : créer une relation interpersonnelle de qualité, échanger des informations et prendre une décision thérapeutique [1]. Outre ces enjeux fondamentaux, d'autres éléments tels que le soutien et l'attention du médecin en ce qui concerne la comorbidité psychiatrique, l'exploration des valeurs et du système des valeurs du patient sont également à l'œuvre. Dans cette optique, l'approche basée sur les valeurs du patient (« values-based practice »), de plus en plus prônée, soutient que les valeurs sont des paramètres puissants et envahissants qui influencent les décisions à propos de la santé et de la pratique clinique, et dont l'impact est souvent sous-estimé [2]. Il est dès lors nécessaire que médecin et patient se fixent des objectifs communicationnels spécifiques, tenant compte de leurs valeurs personnelles. Dans cet article, nous nous attacherons, dans un premier temps, à comprendre en quoi le travail en oncologie rend particulièrement difficile l'atteinte de ces objectifs communicationnels fondamentaux. Nous y découvrirons les défis de la communication médecin - patient en oncologie.

En conséquence, améliorer la communication entre médecins et patients atteints d'un cancer et leurs proches est fondamental en médecine. Cette amélioration recouvre différents enjeux dont l'optimisation de la qualité de vie des patients et de la qualité de vie professionnelle du personnel soignant [3]. C'est dans cette optique qu'émergent, depuis quelques décennies, diverses initiatives de formations à la communication médecin-patient. Dans un second

temps, nous nous intéresserons à ces initiatives destinées aux médecins. Une synthèse des connaissances actuelles liées à leurs enjeux, à leurs objectifs et à leur efficacité sera exposée.

Si la question de l'efficacité de ces formations a fait l'objet de nombreuses études, celle de la compréhension des processus en jeu dans l'acquisition de compétences en communication reste peu étudiée. En particulier, la question des prédicteurs de cette acquisition par les médecins n'a pas fait l'objet d'étude empirique jusqu'à récemment [4]. À la fin de cet article, nous exposerons une première étude menée dans ce domaine qui a évalué l'impact d'une caractéristique psychologique des médecins, le Vécu Subjectif de Contrôle (LOC), sur cette acquisition de compétences en communication [5]. À la fin de cet article, à la lumière de ces différentes considérations, diverses pistes de compréhension de l'acquisition de compétences en communication seront proposées.

LES DEFIS DE LA COMMUNICATION MEDECIN-MALADE EN ONCOLOGIE

La relation que le médecin établit avec le patient implique donc a minima trois enjeux fondamentaux : créer une relation interpersonnelle de qualité, échanger des informations et prendre une décision thérapeutique [1].

Pour le médecin, *créer une relation interpersonnelle*, c'est poser un cadre clair, chaleureux et rassurant dans lequel le patient se voit offrir une place en tant que personne dont les difficultés et les émotions ont de l'importance. Idéalement, cette relation interpersonnelle implique compassion, respect et confiance afin que le patient puisse s'exprimer et se sentir rassuré sur la légitimité de ses réactions, émotions et difficultés face au cancer. Compassion, respect et confiance conditionnent ainsi l'ensemble des échanges d'informations entre les protagonistes de la relation médicale. Les difficultés vécues par le patient et leur(s) retentissement(s) psychologique(s) influencent, en effet, ses attentes en informations mais également son traitement cognitif et sa mémorisation des informations entendues [6].

Lors de l'*échange d'informations*, le patient aura à exprimer qui il est, ses difficultés mais aussi ses préférences et attentes quant aux traitements envisageables et quant à son désir de prendre part à la décision thérapeutique. Spontanément, les patients atteints d'un cancer expriment néanmoins peu leurs difficultés à leur médecin. Des symptômes comme la fatigue, la douleur, l'anxiété ou la dépression sont fréquemment perçus par les patients comme sans intérêt pour le médecin, comme inévitables donc intraitables voire comme garants de l'efficacité des traitements en cours. En outre, même les patients qui disent vouloir prendre une part réelle à la prise de décision thérapeutique échouent souvent dans leur tentative de prendre ce rôle [7, 8].

L'échange d'informations impose, dès lors, au médecin le recours à des stratégies de communication favorisant l'expression des patients [9]. Parmi ces stratégies, le recours aux questions ouvertes (« Comment allez-vous ? », « Comment vous sentez-vous ? », etc.) ou aux questions directives ouvertes (« Comment se passe votre traitement ? », « Que ressentez-vous face à cette nouvelle ? ») est fondamental. Les médecins semblent toutefois différer dans leurs tendances à aborder ou non avec les patients leurs difficultés face au cancer. Certains médecins rapportent en particulier des problèmes à aborder le vécu des patients face à la maladie par crainte de créer, dans le chef de ceux-ci, de nouvelles émotions ou difficultés et/ou de ne pas pouvoir les maîtriser [10]. D'autres études ont, par ailleurs, montré que peu de médecins sollicitent l'expression du patient après avoir entendu une première difficulté. L'analyse de 264 entretiens médicaux réalisés par 29 médecins a ainsi montré que les médecins redirigent les propos du patient suite à l'expression de sa première difficulté, après 23,1 secondes en moyenne [11]. Enfin, d'autres recherches soulignent des capacités d'écoute fort variables chez les médecins [12].

L'échange d'informations entre le patient atteint d'un cancer et son médecin consiste, dans une large mesure, en *l'apport d'informations médicales* par ce dernier. Cet apport doit idéalement rimer avec exhaustivité et langage compréhensible. Diverses études ont en effet révélé que les patients atteints d'un cancer désirent très majoritairement des informations détaillées sur des éléments comme le pronostic, les options thérapeutiques, leurs effets secondaires et les risques ou bénéfices que l'on peut en escompter [13]. De plus, une grande majorité d'entre eux disent attendre ces informations prioritairement de leur médecin [13]. Les progrès technologiques et pharmacologiques réalisés dans la prévention, le traitement et le suivi du cancer ont cependant accru considérablement le nombre, la complexité, la multidisciplinarité et l'interdépendance des informations à transmettre aux patients. Face à

l'ampleur de la tâche, on comprend aisément les observations qui dépeignent des médecins qui adaptent peu les informations qu'ils fournissent aux difficultés de leurs patients, qui sous-estiment le désir d'informations de ceux-ci tout en surestimant leurs propres capacités à informer, qui apportent fréquemment des informations en utilisant des termes incompréhensibles pour leurs interlocuteurs et ne vérifient que rarement la compréhension des informations transmises [14]. Rien d'étonnant, non plus, qu'au terme de leur consultation, de nombreux patients rapportent des difficultés de compréhension des informations, se disant confus quant à divers aspects de leur maladie et de ses traitements.

Au terme de cet échange d'informations, *la prise de décision* thérapeutique doit cependant avoir lieu. Tenir compte du désir de participation du patient à cette décision y est capital. Ce désir peut, en effet, varier d'un patient à l'autre, d'un moment à un autre (phase de diagnostic, de rémission, de rechute, etc.) voire d'une décision à une autre pour un même patient (subir un examen, suivre un traitement, choisir entre différents traitements) [15]. En outre, la médecine actuelle exige le consentement informé du patient. Ce consentement sous-entend, au minimum, que patient et médecin aient bien perçu la situation médicale et psychosociale qui les a mis en présence l'un et l'autre, les options thérapeutiques envisageables et leurs pronostics ainsi que leurs attentes respectives, que le patient choisisse de prendre part à la décision thérapeutique ou non. Le consentement informé impose ainsi aux protagonistes de la rencontre médicale une représentation de la situation la plus commune possible. Or, les obstacles à la communication que nous avons mis en évidence ci-dessus sont autant d'entraves à l'établissement de cette représentation commune.

Pour remédier à cette difficulté, de nombreuses initiatives de formations à la communication médecin-patient ont été mises en place et testées depuis quelques décennies, Ces programmes ont d'abord été développés en médecine générale et ensuite en oncologie.

LES FORMATIONS À LA COMMUNICATION DES MÉDECINS EN ONCOLOGIE

Face à la complexité croissante de la communication en oncologie, différentes initiatives de formation des médecins à la communication ont été développées. Ces programmes de formation ont, pour certains d'entre eux, été évalués. Cela a permis de mettre en évidence l'efficacité des techniques utilisées en regard des objectifs poursuivis et de leurs enjeux.

Enjeux

Aider les oncologues à communiquer de manière efficace peut augmenter, chez leurs patients, les capacités d'adaptation à la maladie et à ses conséquences, ce qui réduirait l'importance des troubles émotionnels et affectifs et leurs implications pour eux-mêmes comme pour leur entourage. Elles offriraient également aux médecins la possibilité de retirer de leur métier davantage de satisfaction et de croissance professionnelle et personnelle pour eux-mêmes, comme pour l'ensemble de l'équipe soignante, diminuant ainsi les risques d'épuisement professionnel. Un fonctionnement de l'équipe soignante rendu plus serein par la présence de patients moins anxieux et dépressifs, à l'abri de pression excessive, serait également un bénéfice escomptable. Ainsi, les enjeux de ces formations concernent l'optimisation de la qualité de vie des patients et de leurs proches et l'optimisation de la qualité de vie professionnelle de l'équipe soignante [3].

Objectifs

Les objectifs des formations recouvrent l'acquisition d'une série de stratégies de communication efficaces, une sensibilisation à l'approche psychosociale en oncologie, une attention à ses propres réactions face au patient et aux techniques de communication

fondamentales (pouvoir entamer ou terminer un entretien, se présenter, etc.). Dès lors, ces formations visent à l'acquisition d'un certain nombre de connaissances, de stratégies ou d'aptitudes et d'une motivation réelle à les appliquer dans la pratique clinique. Cette motivation étant, en grande partie, influencée par les attitudes du soignant quant à la maladie cancéreuse et à la mort, il est nécessaire que toute formation tente de les optimiser. Leur acquisition doit se retrouver dans des mesures directes (observation de comportements de communication) et indirectes (évaluations menées auprès des différents protagonistes de la consultation).

Techniques

La majorité de ces programmes de formation est basée sur les théories de l'apprentissage de l'adulte. Au service des objectifs cités ci-dessus, ils incluent des composantes cognitives et comportementales, centrées sur le vécu des participants [16, 17].

La *composante cognitive* est centrée sur l'apport d'informations théoriques offrant aux participants des arguments empiriques quant à la pertinence des stratégies enseignées. Ces informations théoriques permettent également de faire l'état des lieux des lacunes en communication des soignants, de leurs raisons et de leur impact sur le bien-être du malade, de ses proches et du médecin lui-même. Elles peuvent être données sous forme d'exposés théoriques, de vidéo ou de textes écrits. L'apport d'informations théoriques est important car il permet non seulement une amélioration des connaissances mais également des modifications d'attitudes chez les participants. Il a toutefois un impact limité sur les comportements de communication.

La *composante comportementale* est centrée sur le recours aux jeux de rôle. Cette composante est primordiale car elle offre aux participants la possibilité de tester les stratégies de communication proposées dans un cadre sûr et de fonctionner par essais erreurs. Elle leur permet de voir dans quelle mesure ils se sentent à l'aise lors de l'utilisation de certaines stratégies et d'observer l'impact de celles-ci sur le patient. Le jeu de rôle est utilisé de diverses manières en fonction de la personne qui joue le rôle du patient, du type de feed-back donné et du scénario. Le rôle du patient est joué soit par un des participants, soit par des acteurs spécifiquement formés. En jouant le rôle du patient, le médecin fait l'expérience de ce qu'éveillent en lui les stratégies de communication utilisées. Différents modes de feed-back existent. Le feed-back peut être immédiat (le jeu de rôle est alors interrompu et rejoué) ou être différé (le jeu de rôle se déroule jusqu'à son terme). Dans le second cas, le jeu de rôle peut être enregistré ce qui permet au participant de s'observer en situation. Le scénario, quant à lui, peut soit être fourni par le formateur soit se baser sur un cas vécu par un des participants. L'utilisation de cette technique a été testée dans plusieurs programmes de formation dans les pays anglo-saxons et en Belgique [18-20].

Efficacité

Plusieurs revues de la littérature ont permis de faire un état des lieux de l'efficacité des programmes de formation à différents niveaux [3, 21, 22]. Cette efficacité a été évaluée à l'aide de mesures proximales c'est-à-dire directement liées à la communication soignant-soigné (par exemple, la satisfaction des patients par rapport à la communication ou la maîtrise de l'entretien perçue par les médecins) et distales c'est-à-dire liées au fonctionnement plus général des protagonistes (par exemple, la qualité de vie des patients et la qualité de vie professionnelle des médecins) ainsi qu'au niveau des stratégies de communication utilisées [22].

Du côté des médecins, les programmes de formation développés au cours de ces dernières années conduisent à des changements positifs au niveau de diverses mesures proximales comme la satisfaction par rapport à la formation, la perception d'une amélioration de la communication, l'amélioration des connaissances, de la confiance en ses capacités à communiquer efficacement et de son confort communicationnel. Leur impact sur des mesures distales comme le stress professionnel et le « burnout » des médecins a encore été peu étudié.

Au niveau du patient, les résultats sont plus mitigés. Certaines études n'ont pas permis de mettre en évidence une augmentation de la satisfaction des patients par rapport à leur communication avec leur médecin [23]. Une étude a toutefois montré une amélioration de la satisfaction et de la perception des patients en ce qui concerne la communication avec leurs médecins [18, 20].

Enfin, au niveau de l'impact des formations à la communication sur les stratégies de communication effectivement utilisées par les médecins, il apparaît que seuls les programmes comprenant au moins 20 heures de formation intensive par jeux de rôle permettent ce type de changement [18-20]. Les programmes de formation évalués à l'heure actuelle se sont majoritairement centrés sur l'apprentissage de stratégies de communication que l'on peut appeler « de base », en ce sens qu'elles représentent la base d'une communication efficace en termes de stratégies d'évaluation des préoccupations des patients et de stratégies de soutien.

Si elle a été démontrée, l'efficacité des formations à la communication pour les médecins en oncologie reste donc limitée [18-20]. L'accroître nécessiterait une meilleure compréhension des mécanismes à l'œuvre dans l'apprentissage et notamment l'étude des prédicteurs et

corrélats de l'acquisition de compétences en communication. Une première étude montre la pertinence de l'analyse de ces prédicteurs.

UN PREMIER PRÉDICTEUR DE L'ACQUISITION DE COMPÉTENCES EN COMMUNICATION DES MÉDECINS

Les caractéristiques psychologiques des médecins pourraient, en théorie, influencer leur acquisition de compétences en communication. L'expérience des formations souligne en effet que pour réaliser une telle acquisition, les médecins doivent être hautement motivés et persévérants, être capables de traiter en profondeur l'information donnée durant la formation, d'intégrer d'une manière constructive divers éléments d'information complexes et de les mémoriser. En outre, afin d'utiliser les stratégies acquises en entretiens, les médecins doivent être suffisamment confiants en leur capacité à gérer leurs conséquences. Dans leur modèle théorique, Parle *et al.* ont en effet souligné que seuls les professionnels de la santé qui avaient assez confiance en leur capacité à garder le contrôle de l'entretien auraient la volonté d'utiliser des stratégies apprises à l'occasion d'un programme de formation [10]. Cependant, à ce jour, très peu d'études empiriques concernant l'influence possible de telles caractéristiques sur l'efficacité d'un programme de formation à la communication n'a été menée.

Une des caractéristiques personnelles les plus étudiées en psychologie et dans les théories d'apprentissage est le Vécu Subjectif de Contrôle (Locus of Control (LOC)). Introduit par Rotter [24], le LOC fait référence à une croyance générale concernant l'étendue avec laquelle les événements de vie sont contrôlés par les caractéristiques ou actions propres d'un individu (contrôle interne) ou par des forces externes comme la chance, le destin ou les autres (contrôle externe).

De nombreuses données suggèrent que le LOC interne des médecins pourrait être un prédicteur d'apprentissage. Le LOC interne a précédemment été associé à une motivation

élevée à apprendre [25, 26], parfois à la persévérance [27-29] ainsi qu'à un style d'apprentissage constructif [30]. Il a également été associé à un traitement en profondeur et à une rétention plus élevée de l'information [31, 32], à une réponse plus rapide aux consignes du formateur [33] et à un niveau plus élevé de réussite académique [34]. Certaines données suggèrent que le LOC interne des médecins peut aussi être un prédicteur psychologique des modifications de comportement après la formation. En effet, il a été associé à un niveau élevé d'auto-efficacité perçue [35] et à une capacité à prendre davantage de risques pendant la tâche [36]. Enfin, à partir du moment où les médecins ayant un LOC interne croient qu'ils ont un contrôle personnel élevé, ils peuvent naturellement se sentir plus aptes à contrôler les conséquences potentielles des stratégies de communication fraîchement acquises et être plus disposés à les utiliser après formation. Le LOC interne pourrait donc être un prédicteur de l'utilisation des compétences de communication acquises après la formation.

Une première étude longitudinale et non randomisée a été menée dans ce domaine en Belgique [5]. Soixante-sept médecins volontaires ont participé à un programme de formation à la communication de dix-neuf heures. Les changements au niveau des stratégies de communication ont été évalués à l'aide de deux jeux de rôle standardisés réalisés avant et après la formation. Les compétences en communication ont été mesurées à l'aide du « Cancer Research Campaign Workshop Evaluation Manual » permettant l'analyse de la communication énoncé par énoncé. L'échelle de Rotter a été utilisée afin d'évaluer le LOC des médecins.

Les principaux résultats de cette étude montrent, dans des entretiens avec un patient seul ou accompagné d'un proche, des changements plus importants dans l'utilisation de questions ouvertes parmi les médecins avec un LOC interne en comparaison à ceux observés parmi les

médecins ayant un LOC externe. Dans les entretiens où le patient est accompagné d'un proche, les changements dans l'utilisation de questions directives et d'énoncés impliquant des contenus émotionnels explicites étaient plus importants parmi les médecins avec un LOC interne que ceux qui sont observés parmi les médecins avec un LOC externe.

Cette première étude montre que les médecins peuvent être différents lorsque qu'ils acquièrent des compétences en communication. Elle souligne que, pour assurer l'efficacité d'un programme de formation à la communication, la confiance des médecins en leur capacité à maintenir le contrôle sur les compétences apprises doit être accrue. En d'autres termes, leur LOC en ce qui concerne la communication doit devenir plus interne. La diffusion de ces résultats auprès des médecins pourrait les rendre davantage conscients que leurs caractéristiques personnelles peuvent interférer avec la perception du contrôle qu'ils ont sur les entretiens avec les patients cancéreux. Cette prise de conscience pourrait les aider à utiliser davantage les stratégies de communication acquises en formation.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La relation que le médecin établit avec le patient sous-tend a minima trois enjeux fondamentaux : créer une relation interpersonnelle de qualité, échanger des informations et prendre une décision thérapeutique. Dès lors, médecin et patient se voient attribuer des objectifs communicationnels spécifiques. Le travail en oncologie rend particulièrement difficile l'atteinte de ces derniers. Optimiser la communication entre médecins et patients atteints d'un cancer et leurs proches est, dès lors, essentiel à la qualité de vie des patients et à la qualité de vie professionnelle du personnel soignant.

Dans cette optique, diverses initiatives de formations à la communication destinées aux médecins ont été menées au cours des dernières décennies. Si la question de l'efficacité de ces formations a fait l'objet de nombreuses études, celle de la compréhension des processus à l'œuvre dans l'acquisition de compétences en communication reste peu étudiée. Une première étude a, néanmoins, été menée dans ce domaine qui a évalué l'impact d'une caractéristique psychologique des médecins, le Vécu Subjectif de Contrôle (LOC), sur cette acquisition de compétences en communication. Il en ressort qu'un LOC interne des médecins peut faciliter l'acquisition de stratégies de communication en ce sens qu'il implique, chez ceux-ci, une croyance selon laquelle ils peuvent contrôler eux-mêmes la communication à l'œuvre durant l'entretien. Ceci faciliterait l'expression des émotions du patient.

Cette étude constitue, selon nous, une première étape ouvrant la voie à diverses autres investigations dans ce domaine. De nombreuses théories de l'apprentissage soulignent l'impact de variables de personnalité, socioprofessionnelles et contextuelles sur l'efficacité des formations [26]. Cette première étude constitue un encouragement, à ce niveau, à établir

un modèle de l'acquisition de compétences en communication incluant ces différentes variables prédictives et à le tester empiriquement.

Les implications de cette étude ne concernent pas que les médecins et la communauté scientifique. Promouvoir la communication centrée sur les patients et leurs proches, promouvoir l'intérêt des médecins pour les programmes de formation à la communication, accroître l'efficacité de ces programmes, accroître la compréhension de l'impact de ces programmes sur la centration des soins oncologiques sur les patients et leurs proches ainsi que sur l'épuisement professionnel, modéliser les facteurs qui influencent les formations à la communication destinées aux intervenants médicaux et paramédicaux sont autant de pistes susceptibles d'accroître la qualité et la durée de vie des patients atteints du cancer et de leurs proches, mais également d'accroître la qualité de vie professionnelle du personnel soignant les prenant en charge quotidiennement.

REFERENCES

1. Ong, L.M., et al., Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 1995. 40(7): p. 903-18.
2. Petrova, M., J. Dale, and B.K. Fulford, Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract*, 2006. 56(530): p. 703-9.
3. Libert, Y., et al., [Improving doctor's communication skills in oncology: review and future perspectives]. *Bull Cancer*, 2001. 88(12): p. 1167-76.
4. Libert, Y., et al., [Stakes, aims and specificities of the physician-patient communication in cancer care: state of the art and perspectives]. *Bull Cancer*, 2006. 93(4): p. 357-62.
5. Libert, Y., et al., Physicians are different when they learn communication skills: influence of the locus of control. *Psychooncology*, 2007. 16(6): p. 553-62.
6. Montgomery, C., A. Lydon, and K. Lloyd, Psychological distress among cancer patients and informed consent. *J Psychosom Res*, 1999. 46(3): p. 241-5.
7. Degner, L.F., et al., Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *Jama*, 1997. 277(18): p. 1485-92.
8. Davidson, J.R., M.D. Brundage, and D. Feldman-Stewart, Lung cancer treatment decisions: patients' desires for participation and information. *Psychooncology*, 1999. 8(6): p. 511-20.
9. Maguire, P., et al., Helping cancer patients disclose their concerns. *Eur J Cancer*, 1996. 32A(1): p. 78-81.
10. Parle, M., P. Maguire, and C. Heaven, The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Soc Sci Med*, 1997. 44(2): p. 231-40.
11. Marvel, M.K., et al., Soliciting the patient's agenda: have we improved? *Jama*, 1999. 281(3): p. 283-7.
12. Langewitz, W., et al., Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *Bmj*, 2002. 325(7366): p. 682-3.
13. Jenkins, V., L. Fallowfield, and J. Saul, Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer*, 2001. 84(1): p. 48-51.
14. Gattellari, M., et al., When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *J Clin Oncol*, 2002. 20(2): p. 503-13.
15. Butow, P.N., et al., The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol*, 1997. 8(9): p. 857-63.
16. Bragard, I., et al., Teaching communication and stress management skills to junior physicians dealing with cancer patients: a Belgian Interuniversity Curriculum. *Support Care Cancer*, 2006. 14(5): p. 454-61.
17. Maguire, P. and C. Pitceathly, Key communication skills and how to acquire them. *Bmj*, 2002. 325(7366): p. 697-700.
18. Delvaux, N., et al., Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer*, 2005. 103(11): p. 2397-411.
19. Fallowfield, L., et al., Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2002. 359(9307): p. 650-6.
20. Razavi, D., et al., How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol*, 2003. 21(16): p. 3141-9.

21. Fellowes, D., S. Wilkinson, and P. Moore, Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004(2): p. CD003751.
22. Merckaert, I., Y. Libert, and D. Razavi, Communication skills training in cancer care: where are we and where are we going? *Curr Opin Oncol*, 2005. 17(4): p. 319-30.
23. Shilling, V., V. Jenkins, and L. Fallowfield, Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology*, 2003. 12(6): p. 599-611.
24. Rotter, J.B., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr*, 1966. 80(1): p. 1-28.
25. Klein, J. and J. Keller, Influence of student ability, locus of control, and type of instructional control on performance and confidence. *Journal of Educational Research*, 1990. 83: p. 140-146.
26. Colquitt, J.A., J.A. LePine, and R.A. Noe, Toward an integrative theory of training motivation: a meta-analytic path analysis of 20 years of research. *J Appl Psychol*, 2000. 85(5): p. 678-707.
27. Haines, P., P. McGrath, and M. Pirot, Expectations and persistence: An experimental comparison of Bandura and Rotter. *Social Behavior and Personality*, 1980. 8: p. 193-201.
28. Altmann, H. and L. Arambasich, A study of locus of control with adult students. *Canadian Counsellor*, 1982. 16: p. 97-101.
29. Johnson, A.H., C.D. Brock, and W.H. Hueston, Resident physicians who continue Balint training: a longitudinal study 1982-1999, part II. *Fam Med*, 2004. 36(4): p. 234-5.
30. Wigen, K., A. Holen, and O. Ellingsen, Predicting academic success by group behaviour in PBL. *Med Teach*, 2003. 25(1): p. 32-7.
31. Gadzella, B., et al., Predicting students as deep and shallow processors of information. *Percept Mot Skills*, 1997. 84: p. 875-881.
32. Drew, P. and D. Watkins, Affective variables, learning approaches and academic achievement: A causal modelling investigation with Hong Kong tertiary students. *Br J Educ Psychol*, 1998. 68: p. 173-188.
33. Janssen, T. and J. Carton, The effects of locus of control and task difficulty on procrastination. *J Genet Psychol*, 1999. 160: p. 436-442.
34. Ofori, R. and J.P. Charlton, A path model of factors influencing the academic performance of nursing students. *J Adv Nurs*, 2002. 38(5): p. 507-15.
35. Judge, T.A., et al., Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *J Pers Soc Psychol*, 2002. 83(3): p. 693-710.
36. Cohen, P., J. Sheposh, and W. Hillix, Situational and personality influences on risk-taking behavior: Effects of task, sex, and locus of control. *Academic Psychology Bulletin*, 1979. 1: p. 63-67.