



HAL
open science

Élaboration d'une échelle mesurant la communication médecin-malade : validation et description de ses déterminants à partir d'une étude réalisée aux urgences

Charlotte Gibert, Anaïs Kernou

► To cite this version:

Charlotte Gibert, Anaïs Kernou. Élaboration d'une échelle mesurant la communication médecin-malade : validation et description de ses déterminants à partir d'une étude réalisée aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01141448

HAL Id: dumas-01141448

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01141448>

Submitted on 13 Apr 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2014

**Elaboration d'une échelle mesurant la
communication médecin malade: validation et
description de ses déterminants à partir d'une étude
réalisée aux urgences**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité MÉDECINE GÉNÉRALE

Par **Charlotte GIBERT** et **Anaïs KERNOU**
Née le 01/04/1986 à Oullins (69) Née le 24/10/1985 à Saint-Claude (39)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE le 29 octobre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Pr BOSSON Jean-Luc
Membres du jury : Pr CARPENTIER Françoise
Pr ALLENET Benoît
Directeur de thèse : Dr SUSTERSIC Mélanie

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Liste des enseignants

Professeurs Universitaires Praticiens Hospitaliers

Nom - Prénom	Discipline
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean-Luc	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
CHIROSSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONGEOT Jacques	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication

DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
PALOMBI Olivier	Anatomie
PARK Sophie	Hématologie
PASSAGIA Jean-Guy	Neurochirurgie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TAMISIER Renaud	Physiologie
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VILLA Alessandro	Neurosciences
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Maîtres de Conférences Universitaires

Nom - Prénom	Discipline
APEL Florent	Ophthalmologie
BOISSET Sandrine	Bactériologie, virologie
BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-Réanimation
BRENIER-PINCHART M. Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DECAENS Thomas	
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
LONG Jean-Alexandre	Urologie
MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MARLU Raphaël	Hématologie
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie clinique
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, 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 donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.

Remerciements

Au président du jury, le Professeur Jean-Luc BOSSON

Merci de nous avoir fait l'honneur de présider ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Merci également de nous avoir guidé et pour vos précieux conseils concernant la méthodologie.

A notre directrice de thèse, le Docteur Mélanie SUSTERSIC

Merci de nous avoir proposé ce sujet passionnant et de nous avoir permis de collaborer à tes projets de recherche. Merci pour ton accompagnement pendant ces deux années, pour tes relectures et ta disponibilité.

Aux membres du jury,

Au Professeur Françoise CARPENTIER,

Merci d'avoir eu la gentillesse de participer à notre jury de thèse. Soyez assurée de notre reconnaissance.

Au Professeur Benoît ALLENET,

Merci pour votre implication dans ce projet. Soyez assuré de notre considération et notre gratitude en acceptant de juger notre travail.

Nous remercions les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette thèse,

Au Docteur Aurélie GAUCHET, pour la richesse apportée à ce travail grâce à votre expertise en tant que psychologue de la santé ;

A Céline GENTY, pour votre aide à la réalisation des analyses statistiques et votre disponibilité pour la relecture des résultats ;

Aux médecins, soignants et patients qui ont participé à l'étude, pour le temps que vous nous avez accordé.

Et merci à Laure et Amélie, ce fut un plaisir de travailler avec vous et d'avoir pu partager vos moments de bonheur.

Remerciements de Charlotte

Merci à ma famille, tout particulièrement à mes parents pour leur soutien pendant toutes ces années d'études. Vos encouragements ont porté leur fruit. Grâce à vous, j'ai la chance de faire ce beau métier aujourd'hui.

A ma sœur, pour tous ces moments de complicité.

A Simon, merci pour ton soutien au quotidien, et ton amour qui me donne confiance.

A mes grands-parents, mes tantes, mes oncles et aussi mes nombreux cousins, pour toute votre bienveillance et pour ces fabuleux moments de joies.

A tous les relecteurs et à Cécile pour ton aide en anglais, merci pour votre implication.

Merci aussi à mes amis qui m'ont suivi et accompagné pendant toutes ces années, et tout particulièrement,

A Anne-Laure, pour tous ces souvenirs, notre grande amitié, merci pour ta présence et ton soutien sans faille.

A Marlène, pour toutes ces belles aventures que nous avons partagées.

A Marie, merci pour ta bonne humeur et ton énergie.

Aux « Sallanchards », sans qui le début d'internat n'aurait pas été aussi joyeux.

Merci à Anaïs, devenue mon inséparable binôme depuis le début d'internat, pour ton amitié et pour avoir rendu heureuses toutes ces journées de travail.

Merci à mes maîtres de stage pour avoir rendu mon internat particulièrement formateur et pour m'avoir conforté dans le choix de la médecine générale.

Remerciements d'Anaïs

Merci à tous les médecins, infirmiers, paramédicaux et patients rencontrés au cours de mes années d'études, de m'avoir permis d'apprendre mon futur métier. Je tiens à remercier en particulier les docteurs Olivier MARCHAND, Dania CHERMAND, Jean-Marie REY, Serge BOUHANA, Annick HAMBERGER et Anne-Marie VERDET de m'avoir transmis vos compétences et votre passion pour la médecine générale.

Merci à ma famille et ma belle-famille,

A mes parents, pour les belles valeurs que vous m'avez transmises,
A ma soeur, Chris et Nao pour votre soutien sans faille,
A Sylvie et Didier, pour votre gentillesse et votre générosité,
A Ophélie et Guillaume, pour votre présence (j'ai fini ma thèse!).

Merci à Damien, pour ton amour et ta patience.

Merci à mes amis,

A Mélu, pour nos années de collègue, lycée et fac passées ensemble et pour notre amitié qui ne diminue pas au fil du temps,
A Mimi, pour ta réponse à chaque coup dur et pour ta folie de tous les jours,
A Sylvia et Alain, pour tous les moments de détente passés chez vous,
A Céline et Maud pour le bonheur de vous avoir et pour nos inoubliables années d'externat,
A mes amis d'internat, Marie pour tes imitations, Jeanne pour ta vitalité, Marlène pour ta motivation et tes talents de cuisinière ; Camille, Anaëlle, Fanny, Laurie, Delphine et François pour les noëls passés ensemble et ceux à venir.

Enfin, **Merci à Charlotte, ma super co-thésarde,** pour ces années de coloc', de partage, pour ta rigueur au travail et ta joie au quotidien.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	11
RESUME	12
ABSTRACT.....	13
INTRODUCTION.....	14
MATERIEL ET METHODES.....	17
1. Recherche bibliographique	17
2. Construction de l'échelle générique : échelle CMM-15	19
3. Validation de l'échelle CMM-15 et recherche des déterminants de la CMM.....	21
RESULTATS	25
1. Elaboration de l'échelle CMM-15	25
2. Validation de l'échelle CMM-15	30
3. Description des déterminants de la CMM	35
DISCUSSION.....	38
1. Principaux résultats de l'étude	38
2. Points forts.....	43
3. Biais et limites de l'étude.....	46
4. Propositions et ouverture.....	47
CONCLUSIONS.....	50
BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXES	56
ANNEXE 1 : Echelle avant étude pilote	57
ANNEXE 2 : Questionnaire général.....	59
ANNEXE 3 : Catégories socio-professionnelles selon l'INSEE	60
ANNEXE 4 : 20 échelles sélectionnées.....	61
ANNEXE 5 : Description des 20 échelles sélectionnées	74
ANNEXE 6 : Items initialement retenus.....	78
ANNEXE 7 : Items constituant l'échelle CMM-15 en fonction des échelles sélectionnées.....	86
ANNEXE 8 : Questionnaire général modifié et échelle définitive CMM-13	88

LISTE DES ABREVIATIONS

CMM : Communication Médecin Malade

FIP : Fiches Information Patient

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality

AG : Adhérence Globale

CECIC : Comité d'Ethique des Centres d'Investigation Clinique

CSP : Catégories Socio-Professionnelles

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

EI : Ecart Interquartile

ACP : Analyse en Composantes Principales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

NA : Non Applicable

RESUME

TITRE : Elaboration d'une échelle mesurant la communication médecin malade : validation et description de ses déterminants à partir d'une étude réalisée aux urgences

Contexte : La Communication Médecin Malade (CMM) est une composante essentielle de l'efficacité des soins. Elle influe sur la satisfaction et l'adhérence du patient. Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'outils génériques faisant consensus pour en mesurer la qualité.

Objectifs : Créer une échelle évaluant la CMM au cours d'une consultation et décrire ses

déterminants. **Méthodes :** Une recherche bibliographique a permis de retenir 20 échelles validées, à partir desquelles ont été sélectionnés par une équipe multidisciplinaire les items pertinents, permettant d'aboutir à un questionnaire à 15 items : échelle CMM-15. La

validation des propriétés intrinsèques et la recherche des déterminants de la CMM ont été réalisées par une étude sur 150 patients qui consultaient dans deux services d'urgences pour

des pathologies aiguës. **Résultats:** La cohérence interne de l'échelle est élevée (alpha de Cronbach à 0.89). Les déterminants de la CMM sont le niveau d'information (conseils hygiéno-diététiques ; critères de reconsultation) ($p = 0.01$) et l'appartenance du patient au

milieu médical ($p = 0.04$). **Conclusion :** Cet outil générique pourrait permettre d'évaluer l'impact d'interventions au cours d'une consultation et être utilisé comme un indicateur de la

qualité des soins. Pour valider les propriétés extrinsèques, l'échelle devra être testée dans d'autres contextes cliniques. L'information est le principal déterminant de la qualité de la

communication et a un effet multiplicatif sur le score de CMM qui lui-même a un effet sur l'adhérence globale du patient. Un des axes d'amélioration de la communication réside dans

la qualité de l'information délivrée aux cours d'une consultation.

Mots clés : communication médecin malade, relation médecin malade, échelle de communication, information, pathologies aiguës, service d'urgences

ABSTRACT

TITLE: Development of a scale to assess the physician-patient communication: validation and description of its determinants through a study conducted in the emergency department

Background: The Physician-Patient Communication (PPC) is fundamental for the efficacy of health care. It may influence the patient satisfaction and patient adhesion. In the medical literature, no consensus tool was found to evaluate the quality of the PPC. Hence, the aim of this thesis was to develop a scale to assess the PPC during a consultation and to describe its determinants. **Material and methods:** A literature search identified 20 validated scales from which 15 relevant items were selected by a multidisciplinary team: scale PPC-15. The determinants and intrinsic properties of this questionnaire were investigated and validated through a study on 150 patients with an acute pathology from two emergency departments.

Results: The PPC scale has a good internal consistency with a Cronbach's alpha of 0.89. The determinants of a good PPC are the level of information given by the physician (lifestyle and nutrition advices, re-consultation criteria) (p-value = 0.01) and whether the patient works in the healthcare domain (p-value = 0.04). **Conclusion:** This generic tool could allow evaluating the impact of an intervention in the course of a consultation. Furthermore, it could be used as an indicator of quality of care. In order to validate the extrinsic properties, the PPC-15 scale will have to be tested in other conditions. Information is the main determinant of the communication quality and has a multiplying effect on the score of the PPC. This score has also an impact on the global adhesion of the patient. One of the improvements of the communication resides in the quality of the information delivered during a consultation.

Keywords: physician-patient communication, physician-patient relationship, scale, information, acute pathology, emergency department

INTRODUCTION

La Communication Médecin Malade (CMM) est une composante essentielle de la prise en charge du patient (1). Elle constitue une compétence clinique fondamentale (2) tout aussi importante que le savoir des connaissances médicales (3). En effet, la consultation médicale repose sur l'échange d'informations (2) pour arriver à une compréhension commune de la maladie et la mise en œuvre d'un projet pour résoudre le problème posé dans un contexte donné (psychologique, relationnel, situationnel et socio-culturel), au cours d'une relation particulière (1) (4).

Avec la transformation du système de santé et l'évolution de la place du patient dans la relation, la CMM se situe au cœur de nouveaux enjeux (5) (6) (7). Du modèle traditionnel paternaliste, la relation médecin patient n'a cessé d'évoluer ces cinquante dernières années, vers un « modèle d'autonomie », faisant davantage participer le patient aux prises de décisions (1) (3). Un des facteurs qui a contribué à modifier la place du patient dans la relation de soin est l'accès croissant aux informations concernant leur santé. En effet, les patients souhaitent être plus informés afin d'être plus actifs dans leur prise en charge (6) (8). Ceci a été repris dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, qui renforce le devoir d'information de la part des médecins et donne le droit aux patients d'accepter ou de refuser les examens ou traitements qui leur sont proposés et celui d'accéder librement au dossier médical (9). L'utilisation de documents écrits telles que les Fiches Information Patient (FIP) sont un complément indispensable à l'information orale délivrée (10) (11) (12). Elles améliorent la satisfaction des patients (8), leur connaissance de la pathologie (12) (13), le comportement et diminuent le nombre de consultations inappropriées pour les mêmes symptômes (13). Elles permettent également

aux patients à faible niveau socioculturel d'accéder au même niveau de connaissance que les autres (13). L'information est ainsi l'un des principes fondateurs d'une communication de qualité entre le médecin et le patient (14) et contribue à l'établissement d'une relation de confiance réciproque (10).

Les composantes de la CMM ont été largement étudiées, en particulier le lien entre la façon dont le médecin communique avec le patient et les résultats sur son état de santé. De nombreuses études montrent qu'une meilleure communication a un impact important sur la qualité des soins (2) (15) (16), telles que :

- la satisfaction du patient envers les soins (15) (17) et celle du médecin (16)
- l'amélioration des symptômes (15) (16) (18)
- l'amélioration de la qualité de la vie (1)
- l'adhérence au traitement (19) (20)

La CMM semble déterminante sur le comportement du patient, il paraît important de pouvoir l'évaluer par un outil de mesure. Cet outil permettrait notamment de mesurer l'impact des FIP sur la CMM et de comparer les FIP entre elles.

Depuis une quarantaine d'années, de nombreuses équipes de chercheurs s'intéressent au sujet, qu'il s'agisse de psychologues, médecins, pharmaciens, etc. Les travaux ont donné lieu à la création d'une multitude d'échelles évaluant la CMM (21). Peu d'outils sont actuellement disponibles dans la littérature française, et malgré l'exhaustivité des travaux dans la littérature internationale, aucune approche n'a permis de proposer une échelle unique mesurant la qualité de la communication au cours d'une consultation et ainsi permettre de comparer les résultats d'une étude à l'autre. L'absence d'outils génériques disponibles nous a amené à vouloir en créer un.

L'objectif principal de ce travail est de proposer une échelle générique validée permettant au patient d'évaluer la qualité de la CMM à l'issue de la consultation : échelle CMM. L'objectif secondaire est de décrire les déterminants de la CMM.

MATERIEL ET METHODES

Ce travail s'est organisé en trois étapes :

- Une recherche bibliographique permettant de répertorier les différentes échelles validées évaluant la CMM.
- La construction de l'échelle générique : échelle CMM-15.
- La réalisation d'une étude dans le but de valider les propriétés intrinsèques de l'échelle CMM-15 et d'analyser les déterminants de la CMM.

Pour cela nous avons adopté une approche multidisciplinaire par une collaboration de médecins, pharmaciens, psychologues de la santé, statisticiens et méthodologistes (équipe CNRS THEMAS, du Centre d'Investigation Clinique du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble et de la Faculté de Psychologie).

1. Recherche bibliographique

La première étape a consisté en une recherche bibliographique sur la CMM et les échelles existantes validées l'évaluant. Les bases de données informatisées suivantes ont été interrogées de janvier 2013 à mars 2013 : Pubmed, Google Scholar, Cochrane Library et PsycInfo. Les mots clés utilisés pour la recherche étaient «*physician-patient relations*», «*psychometrics*», «*questionnaire*», «*communication*», «*scale*», «*score*», et «*outcome assessment*».

Nous avons ainsi effectué une première équation de recherche :

- « physician-patient relations » [majr] AND « psychometrics » [majr] AND questionnaires [mh]

Cette équation a donné lieu à 19 articles. Dans l'objectif d'effectuer une recherche suffisamment exhaustive, nous avons réinterrogé les bases de données avec 3 autres équations:

- « outcome assessment » [Mesh] « physician-patient relations » [Mesh] AND scale (97 articles)
- « Physician patient relations » [Mesh] AND « outcome assessment » [Mesh] AND score (69 articles)
- « Physician-Patient Relations » [Mesh] AND « communication » [Mesh] AND scale (504 articles)

Parmi ces références, les articles publiés en langue française ou anglaise datant de moins de vingt ans, ont été sélectionnés selon leur pertinence concernant le thème de recherche, en se basant sur le titre, et le résumé si besoin. Seuls les articles disponibles sur les bases de données ont été retenus.

Pour compléter la recherche bibliographique, les sites institutionnels français (HAS, INPES) et américain (AHRQ) ont également été consultés.

Enfin, une recherche site par site des articles en référence d'articles et des thèses traitant du sujet a été réalisée.

Chaque banque de données a été interrogée pour la dernière fois en août 2014.

2. Construction de l'échelle générique : échelle CMM-15

2.1 Sélection des échelles validées dans la littérature

Les échelles ont été sélectionnées selon les critères d'inclusion suivants : échelles validées ; en langue française ou anglaise ; évaluant la CMM du point de vue du patient.

Les critères d'exclusion étaient : échelles évaluant la CMM chez les patients mineurs, interrogeant un proche du patient, évaluant d'autres domaines que la communication (organisation des soins), et celles prenant en compte le point de vue du médecin.

La méthodologie des articles sélectionnés nous a montré que la plupart des échelles sont construites à partir de dimensions, telles que la confiance, l'empathie, etc. Or, il n'existe pas un modèle consensuel pour définir la relation médecin patient et les définitions ne sont pas unanimes pour chacune de ces dimensions selon les équipes de chercheurs.

Pour éviter l'écueil inhérent à un problème de terminologie, nous avons préféré sélectionner les items pertinents dans ces échelles sans préjuger de la dimension à laquelle ils appartiennent (plutôt que de partir d'une dimension en élaborant de nouveaux items qui risquent d'être redondants d'une échelle à l'autre ou classés dans des dimensions différentes).

2.2. Choix des items et travail de synthèse

Nous avons extrait à partir de ces échelles les items qui paraissaient pertinents dans l'évaluation de la CMM. Pour ne pas méconnaître un item important, chaque échelle a été lue par deux chercheurs indépendants et a fait l'objet d'une discussion. En reprenant tous ces items et, lorsque deux ou plusieurs étaient redondants, un seul a été retenu, ce qui a permis d'aboutir à une sélection à la fois exhaustive et synthétique.

Nous avons choisi d'exclure les items concernant les conséquences de la communication sur le comportement (adhérence), le psychisme (satisfaction, anxiété, dépression, sentiment d'auto-efficacité personnelle etc.) ou les symptômes du patient (douleur etc.). Les autres critères d'exclusion étaient les items relevant du suivi des pathologies chroniques et ceux mesurant des domaines hors champ de la consultation (organisation du système de soins, temps d'attente, etc).

L'ensemble de ces items a été soumis à un comité d'experts (médecins, pharmaciens, psychologues) afin de sélectionner ceux qui constitueront l'échelle. Notre choix était d'arriver à une échelle synthétique en éliminant les redondances et d'avoir un nombre restreint d'énoncés pour qu'elle soit plus facilement utilisable. La dernière étape a consisté à reformuler les items en langue française afin que les réponses aux questions puissent être mesurées avec une échelle de Likert allant de 1 à 4.

2.3. Etude pilote

Une étude pilote de faisabilité a été réalisée sur une vingtaine de patients. Son but était de tester la bonne compréhension aux questions posées avant le lancement de l'étude. Par soucis de clarté, des modifications mineures ont été apportées au libellé de quelques énoncés.

ANNEXE 1 : Echelle avant étude pilote

Ceci a permis d'obtenir un questionnaire expérimental nommé « échelle CMM-15 ».

3. Validation de l'échelle CMM-15 et recherche des déterminants de la CMM

3.1. Type d'étude

Une étude observationnelle, bicentrique, prospective a été réalisée à partir de données déclaratives, de novembre 2013 à mai 2014, au sein des services d'urgences de la Clinique du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble et du Centre Hospitalier de Chambéry.

Cette étude s'inscrit dans un projet plus global qui a pour but de valider d'autres outils qui évaluent la satisfaction et l'adhérence globale (AG) suite à une consultation. Leur validation fait l'objet d'autres travaux de thèses. Le protocole de l'étude globale peut être consulté en se référant à la thèse intitulée « Adhérence globale des patients : validation d'un score et étude de ses déterminants. Etude prospective suite à une consultation aux urgences » réalisée par Amélie DUVERT et Laure GONNET.

Un avis éthique favorable a été obtenu le 31/10/2013 (CECIC Rhône-Alpes-Auvergne, Clermond-Ferrand, IRB 5891)

3.2. Objectifs de l'étude

Objectif principal : validation des propriétés intrinsèques de l'échelle CMM-15.

Objectif secondaire : description des déterminants de la CMM.

Les déterminants sont les facteurs qui peuvent influencer sur la CMM au cours d'une consultation. Ceux que nous avons analysés sont :

- données sociodémographiques : âge, sexe, niveau d'études, Catégories Socio-Professionnelles (CSP), situation familiale
- travail dans le milieu médical
- type de pathologies

- adhérence globale (AG)
- niveau d'information

Pour évaluer le niveau d'information reçu par le patient, les deux questions suivantes ont été posées : « Votre médecin vous a-t-il donné des conseils à respecter ? » et « Le médecin vous a-t-il donné des informations sur quand reconsulter ? » Cela a permis de classer les patients en fonction du niveau d'information reçu en 3 catégories :

- | | |
|-----------------------------------|----------|
| - aucune des deux informations | niveau 0 |
| - une seule des deux informations | niveau 1 |
| - les deux informations | niveau 2 |

3.3. Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient : patient majeur, ou responsable légal accompagnant un mineur âgé de 15 ans et 3 mois ou plus, consultant pour 2 types de pathologies aiguës, traumatologique (entorse de cheville) ou infectieuse aiguë (pyélonéphrite aiguë), pouvant être joint par téléphone dans les 7 à 10 jours suivant la consultation. Dans un deuxième temps, en raison de difficultés à inclure un nombre suffisant de patients présentant une pyélonéphrite aiguë, un amendement au protocole a été effectué : cette catégorie a été élargie à toutes pathologies infectieuses nécessitant une antibiothérapie pour une durée limitée, excluant une prise en charge chirurgicale (pneumopathie, colite, prostatite, sigmoïdite).

Les critères d'exclusion étaient : patient analphabète, patient refusant le suivi téléphonique, patient porteur d'une déficience visuelle ou auditive, patient non francophone, patient privé de liberté par décision administrative ou judiciaire, personne faisant l'objet d'une mesure de protection légale, patient dont la suite de la prise en charge a conduit à une hospitalisation de plus de 48 heures.

Un questionnaire général regroupant les données sociodémographiques a été élaboré pour obtenir les caractéristiques de la population (âge, sexe, niveau d'études, CSP, situation familiale, travail dans le milieu médical).

ANNEXE 2 : Questionnaire général

ANNEXE 3 : Catégories socio-professionnelles selon l'INSEE

3.4. Déroulement de l'étude

Pendant la période d'inclusion, lorsqu'un patient consultait pour l'une des pathologies, le personnel du service d'urgences (médecins urgentistes, internes) lui proposait de participer à l'étude après une explication courte du déroulement et de l'intérêt de celle-ci. Si le patient marquait son accord, il remplissait une fiche d'inclusion qui permettait de le contacter et une lettre d'information expliquant l'étude lui était remise en main propre.

Entre 7 et 10 jours après la consultation, ils étaient interrogés par téléphone pour répondre au questionnaire général, au questionnaire spécifique de CMM (échelle CMM-15), de satisfaction et d'AG par quatre enquêteurs différents.

Pour chaque patient un code d'identification a été construit permettant de garantir son anonymat.

Les données obtenues par l'enquête téléphonique ont été saisies à l'aide du logiciel Excel. Un contrôle qualité a été effectué par une relecture de toutes les données saisies par chaque enquêteur.

3.5. Nombre de sujets nécessaires

L'objectif était d'obtenir un minimum de 75 questionnaires remplis par groupe de pathologies. Étant donné que nous testons deux groupes de pathologies (traumatologique et infectieuse), nous devons recueillir 150 questionnaires.

3.6. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée après les procédures habituelles de data management et gel de base, par l'intermédiaire du logiciel Stata version 13.0 (Stata Corp, College Station, Texas) sous OSX.

Les tests statistiques ont été effectués avec le risque d'erreur de première espèce usuel alpha égal à 0.05.

Nous utilisons pour décrire les données les nombres et pourcentages pour les variables qualitatives, et les médianes et Ecart Interquartile (EI) [25^{èmes} et 75^{èmes} percentiles] pour les variables continues.

Pour le score de CMM, la cohérence des items est évaluée par le coefficient alpha de Cronbach, indice compris entre 0 et 1, puis par une Analyse en Composantes Principale (ACP).

Pour les variables quantitatives, nous utilisons le test de Mann-Whitney pour comparer deux groupes, sinon le test de Kruskal-Wallis pour comparer plus de deux groupes (tests non paramétriques). La représentation graphique se fait par box-plot. Pour les variables qualitatives, nous utilisons le test du Chi2.

Nous effectuons enfin une régression logistique multivariée pour le score CMM afin de rechercher les facteurs associés à une « bonne » communication.

RESULTATS

1. Elaboration de l'échelle CMM-15

1.1. Sélection des échelles

A partir des quatre équations de recherche, 689 références d'articles ont été retrouvés, parmi lesquelles 20 correspondaient à des échelles évaluant la CMM. Après lecture des articles, 11 échelles validées et qui répondaient aux critères d'inclusions ont été retenues : CARE mesure (22) (23), Instrument for measuring patient-reported psychosocial care by physicians (psychosocial care by physicians) (4), Human Connection Scale (HCS) (24), Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (Jefferson Scale) (25), Patient Perception of Quality (26), Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale (PDDR) (27), Physician Patient Concordance (28), Trust in Physician Scale (29), Control Preference Scale (CPS) (30), Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)(31), Primary Care Assessment Survey (PCAS) (32). Les échelles exclues prenaient en compte le point de vue du médecin, concernaient des enfants ou étaient indisponibles.

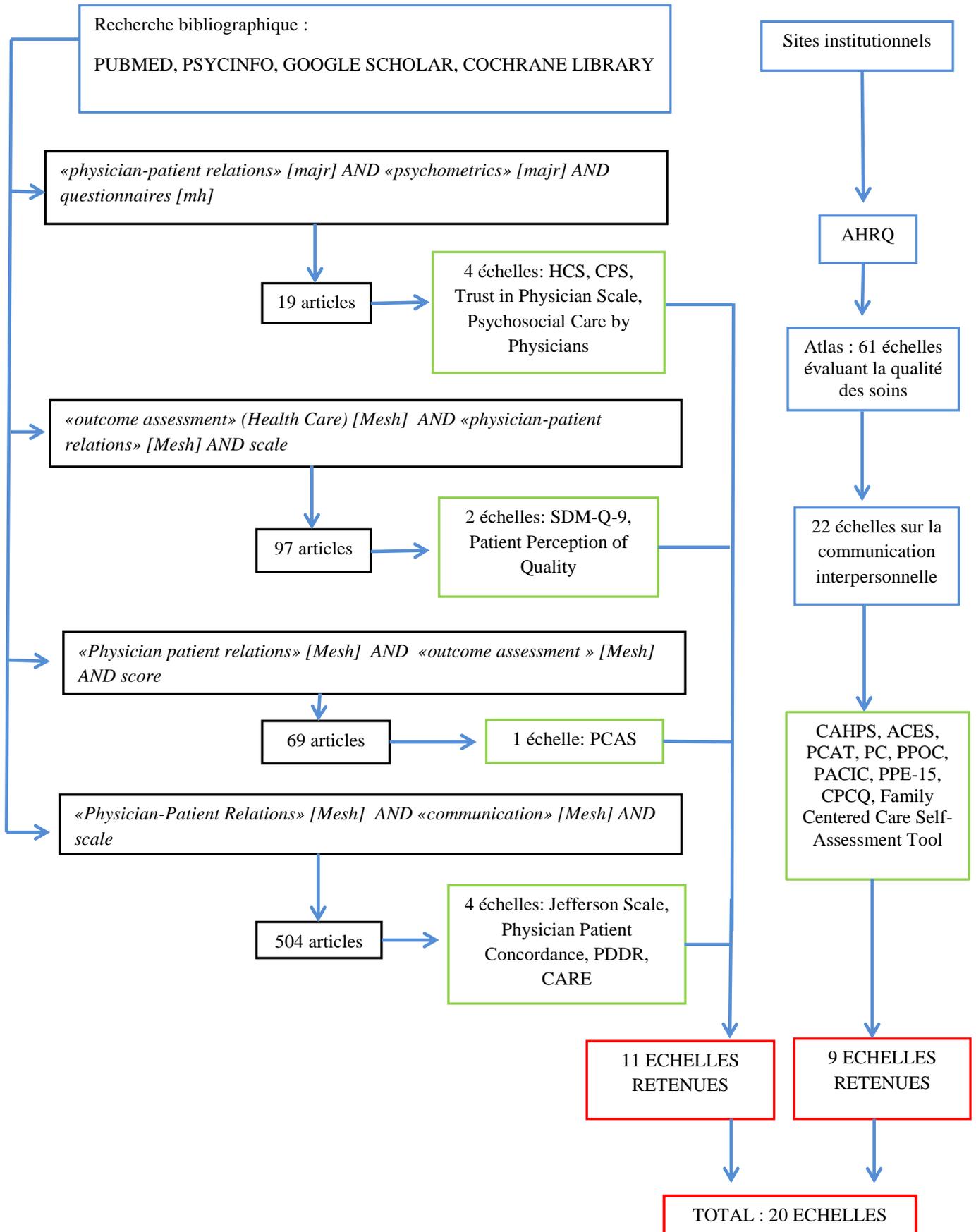
La recherche complémentaire sur les sites institutionnels, notamment sur l'AHRQ, a permis de retrouver un atlas exhaustif qui référence des outils de mesure utilisés dans l'évaluation des soins (21). Cet atlas répertorie 61 échelles validées dont 22 concernent spécifiquement le champ de la communication interpersonnelle. Après analyse de ces 22 échelles, 9 ont été retenues comme pertinentes et ainsi sélectionnées : Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS), Ambulatory Care Experiences Survey (ACES), Primary Care Assessment Tool (PCAT), Family Centered Care Self-Assessment Tool, Patient Perception of Continuity Instrument (PC), Patient Perceptions of Care (PPOC), Patient

Assessment of Chronic Illness Care (PACIC), Picker Patient Experience (PPE-15), Client Perception of Coordination Questionnaire (CPCQ). Sur les échelles exclues, 3 concernaient les enfants, 5 étaient indisponibles, 2 consistaient à interroger un proche du patient et les 2 autres évaluaient d'autres domaines que la communication.

Au total, la recherche bibliographique a conduit à conserver 20 échelles.

ANNEXE 4 : 20 échelles sélectionnées

Figure 1 : Equations de recherche et sélection des échelles



On remarque qu'il existe une certaine disparité entre ces échelles : nombre d'items, cotation utilisée, modèle théorique variable selon les équipes de chercheurs, domaines étudiés, contexte et lieux d'études (Allemagne, Royaume-Unis, Nouvelle Zélande, Etats-Unis, etc).

ANNEXE 5 : Description des 20 échelles sélectionnées

1.2. Items sélectionnés

A partir de ces échelles, un travail de sélection puis de synthèse des items a permis de construire l'échelle CMM-15.

ANNEXE 6 : Items initialement retenus

ANNEXE 7 : Items constituant l'échelle CMM-15 en fonction des échelles sélectionnées

1.3. Echelle CMM-15

L'échelle expérimentale appelée échelle CMM-15 comporte 15 items cotés sur une échelle de Lickert de 1 à 4. Le score total correspond à la somme des 15 items, il est donc compris entre 15 et 60.

Echelle CMM-15

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1- Le médecin vous a-t-il écouté attentivement pendant la consultation ?	1	2	3	4
2- Le médecin vous a-t-il interrompu pendant que vous parliez ?	4	3	2	1
3- Le médecin vous a-t-il encouragé à vous exprimer ?	1	2	3	4
4- Le médecin vous a-t-il bien examiné ?	1	2	3	4
5- Vous-êtes-vous senti compris par le médecin ?	1	2	3	4
6- Est-ce que le médecin s'est exprimé de façon compréhensible ?	1	2	3	4
7- Avez-vous eu l'impression d'avoir eu toutes les informations nécessaires ?	1	2	3	4
8- Le médecin vous a-t-il expliqué les avantages et inconvénients du traitement ?	1	2	3	4
9- Le médecin vous a-t-il impliqué dans la prise de décision ?	1	2	3	4
10- D'après vous le médecin a-t-il eu une attitude et un discours rassurant ?	1	2	3	4

11- Globale : D'après vous, le médecin a-t-il été globalement respectueux ?	1	2	3	4
a- Respect de votre intimité ?	Oui		Non	
b- Respect de vos croyances ?	Oui		Non	
c- Garde confidentielles les informations données ?	Oui		Non	
d- Ne porte pas de jugement ?	Oui		Non	
e- Respect de votre corps lors de l'examen clinique ?	Oui		Non	
12- Avez-vous confiance en ce médecin ?	1	2	3	4
13- D'après vous, le médecin vous a-t-il dit toute la vérité ?	1	2	3	4
14- Le médecin s'est-il assuré que vous aviez bien compris ses explications?	1	2	3	4
15- Le médecin a-t-il répondu à toutes vos attentes et/ou préoccupations?	1	2	3	4
TOTAL :				/ 60

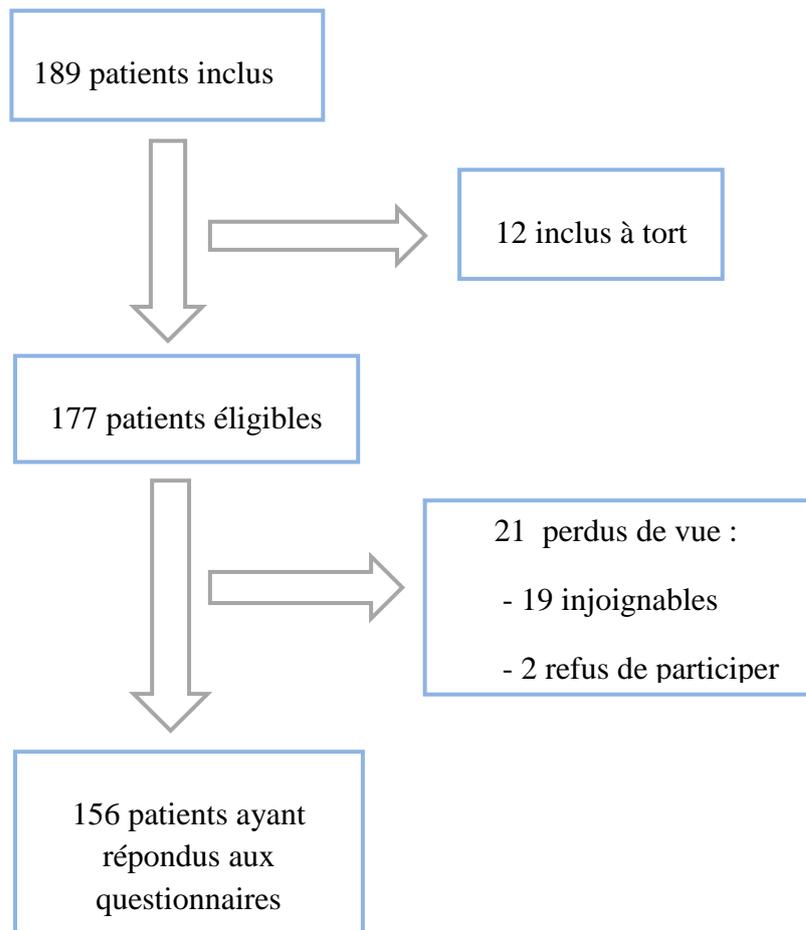
2. Validation de l'échelle CMM-15

2.1. Description de la population

L'étude s'est déroulée sur 7 mois, de novembre 2013 à mai 2014. Pendant cette période, 189 patients ont été inclus dont 172 à la Clinique du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble et 17 au Centre Hospitalier de Chambéry.

Parmi ces patients, 12 ont été inclus à tort (mineurs de moins de 15 ans et 3 mois, patients hospitalisés pendant plus de 48 heures) et 21 perdus de vues (12%), ainsi les données de 156 patients ont pu être analysées.

Figure 2 : Flow chart représentant l'inclusion des patients



Ces patients sont répartis en 2 groupes selon la pathologie : 83 patients ont été inclus pour une pathologie traumatologique (53,21%) et 73 pour une pathologie médicale infectieuse (46,79%).

La médiane d'âge de la population était de 36 ans, avec une population plus jeune pour le groupe consultant pour une pathologie traumatologique par rapport au groupe consultant pour une pathologie infectieuse (27 ans pour les pathologies traumatologiques versus 52 ans pour les pathologies infectieuses).

Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes (60,9% de femmes versus 39,1% d'hommes).

14,7% des patients (23 patients) travaillaient dans le milieu médical.

Tableau 1 : Description des données sociodémographiques de l'ensemble des patients puis selon leur pathologie.

	Ensemble (n=156)	Entorse de Cheville (n=83)	Pathologie Infectieuse (n=73)
Sexe Masculin	61 (39,1%)	42 (68,9%)	19 (31,1%)
Âge	36 [23-57]	27 [20-39]	52 [30-68]
Âge en classes			
<40 ans	85 (54,5%)	63 (74,1%)	22 (25,9%)
≥40 ans	71 (45,5%)	20 (28,2%)	51 (71,8%)
Niveau d'études			
Collège	62 (39,7%)	25 (40,3%)	37 (59,7%)
Baccalauréat	39 (25,0%)	25 (64,1%)	14 (35,9%)
Post Baccalauréat	55 (35,3%)	33 (60,0%)	22 (40,0%)
Travail en milieu médical	23 (14,7%)	11 (47,8%)	12 (52,2%)
CSP			
1-2	7 (4,5%)	4 (57,1%)	3 (42,9%)
3-4	30 (19,2%)	18 (60,0%)	12 (40,0%)
5-6	43 (27,6%)	26 (60,5%)	17 (39,5%)
7-8	76 (48,7%)	35 (46,1%)	41 (53,9%)
Situation familiale			
Célibataire	79 (50,6%)	47 (59,5%)	32 (40,5%)
En couple	77 (49,4%)	36 (46,8%)	41 (53,2%)

2.2. Validation des propriétés intrinsèques de l'échelle CMM-15

- Coefficient alpha de Cronbach

Le calcul du coefficient alpha de Cronbach de l'échelle CMM-15 a été possible après analyse des données de 149 patients car 6 patients n'ont pas répondu à une question et 1 patient n'a pas répondu à deux questions.

Le coefficient alpha de Cronbach obtenu est de 0.89. Il est > 0.8 donc la cohérence interne du questionnaire est bonne.

Les coefficients de corrélation concernant les items 11 (« D'après vous le médecin a-t-il été globalement respectueux ? ») et 13 (« D'après vous le médecin vous a-t-il dit toute la vérité ? ») sont < 0.4 , donc faibles. La question 2 a également un coefficient de corrélation faible, à 0.44.

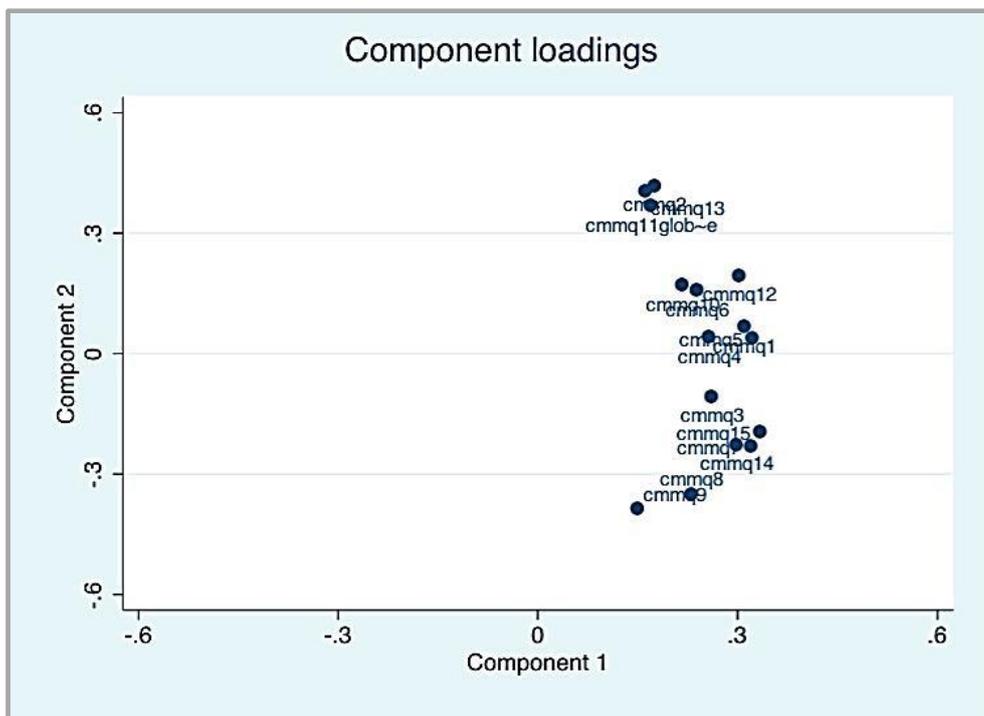
Tableau N°2 : Cohérence interne de l'échelle : calcul du coefficient de corrélation et du coefficient alpha de Cronbach pour chaque item

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	Average Interitem covariance	Alpha de Cronbach
cmmq1	156	+	0.74	0.70	0.32	0.87
cmmq2	153	+	0.44	0.37	0.34	0.89
cmmq3	155	+	0.69	0.61	0.30	0.88
cmmq4	156	+	0.59	0.51	0.32	0.88
cmmq5	155	+	0.77	0.72	0.31	0.87
cmmq6	156	+	0.58	0.53	0.34	0.88
cmmq7	156	+	0.81	0.76	0.29	0.87
cmmq8	156	+	0.62	0.51	0.31	0.88
cmmq9	155	+	0.47	0.35	0.33	0.89
cmmq10	156	+	0.57	0.49	0.33	0.88
cmmq11globale	156	+	0.39	0.35	0.36	0.89
cmmq12	156	+	0.70	0.65	0.32	0.88
cmmq13	156	+	0.37	0.33	0.36	0.89
cmmq14	154	+	0.77	0.71	0.30	0.87
cmmq15	156	+	0.84	0.80	0.29	0.87
Test scale					0.32	0.89

- Analyse en Composantes Principales (ACP)

La répartition en « aile de papillon » des items sur la composante 2 confirme que les items explorent bien le même domaine. Cependant, les questions 2, 11 et 13 sont confondues ce qui traduit une certaine redondance entre ces items.

Figure 3 : Analyse en Composantes Principales : répartition des items

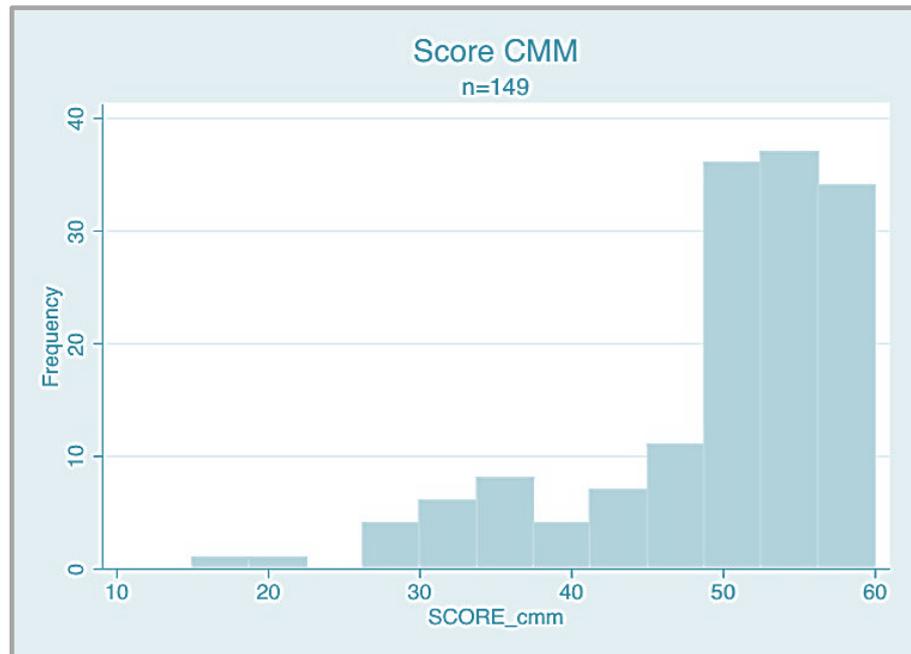


2.3. Résultats de l'échelle CMM-15

La médiane obtenue pour l'échelle CMM sur les 149 patients analysés est de 52 sur 60 (EI [46-56]).

Figure 4 : Histogramme représentant la répartition des résultats du score CMM-15

médiane 52
EI [46-56]
n 149



Sur l'histogramme ci-dessus, la répartition du score CMM nous incite à former 2 groupes : les patients ayant un score CMM < 50 sont le reflet d'une « mauvaise » communication (n=53) ; les patients avec un score ≥ 50 d'une « bonne » communication (n=96).

3. Description des déterminants de la CMM

Pour obtenir les déterminants de la CMM, les patients devaient répondre à l'intégralité des questionnaires : questionnaire général, de CMM et d'AG. L'analyse a pu être réalisée à partir des données de 147 patients.

3.1. Par une analyse univariée

Les résultats de l'analyse univariée montrent que les déterminants d'une « bonne » communication sont :

- sexe masculin ($p < 0,05$)

- travail dans le milieu médical (p 0,01)

- niveau d'information (p < 0,01)

Tableau 3 : Analyse univariée de l'échelle CMM-15

Caractéristiques du patient	Mauvaise communication score CMM < 50 (n=53)	Bonne communication score CMM ≥ 50 (n=96)	p
Age ≥ 40 ans	19 (28.4%)	48 (71.6%)	0.10
Sexe Masculin	15 (25.9%)	43 (74.1%)	<0.05
Travail en milieu médical	3 (13.0%)	20 (87.0%)	0.01
Niveau d'études			0.89
Collège	21 (35.0%)	39 (65 %)	
Bac	13 (33.3%)	26 (66.7%)	
Post bac	19 (38.0%)	31 (62.0%)	
Situation familiale			0.09
Célibataire	32 (42.1%)	44 (57.9%)	
En couple	21 (28.8%)	52 (71.2%)	
CSP			0.37
1-2	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
3-4	7 (25.0%)	21 (75.0%)	
5-6	15 (34.9%)	28 (65.1%)	
7-8	30 (41.7%)	42 (58.3%)	
Pathologies			0.33
Entorse	26 (32.1%)	55 (67.9%)	
Infection	27 (39.7%)	41 (60.3%)	
Niveau d'information *			< 0.01
0	24 (64.9%)	13 (35.1%)	
1	21 (36.2%)	37 (63.8%)	
2	8 (15.4%)	44 (84.6%)	
Score OG *			0.09
< 0.8	18 (47.4%)	20 (52.6%)	
≥ 0.8	35 (32.1%)	74 (67.9%)	

*2 valeurs manquantes

3.2. Par une analyse multivariée

En effectuant une régression logistique nous obtenons un modèle final qui met en évidence les déterminants d'une « bonne » communication.

Ces déterminants sont :

- le travail dans le milieu médical (p 0.04)
- le niveau d'information (p ≤ 0.01 pour le niveau 1 et 2)

Plus le niveau d'information est élevé, plus le patient a un score de CMM élevé. Si nous reprenons les 2 niveaux d'information décrits dans la partie méthodologie : pour le niveau 1 l'Odds Ratio est à 3,30 et pour le niveau 2 l'Odds Ratio est à 10,02.

Les données sociodémographiques (âge, sexe, situation familiale, niveau d'études et CSP), le type de pathologies ainsi que l'adhérence globale n'ont pas montré d'impact sur les résultats du score CMM-15 dans cette analyse multivariée.

Tableau 4 : Analyse multivariée après régression logistique pour un score CMM-15 ≥ 50

Score CMM-15 ≥ 50	Odds Ratio	P> z 	[95% Conf. Interval]	
Travail dans le milieu médical	4.10	0.04	1.07	15.70
Niveau d'information 1	3.30	0.01	1.36	7.96
Niveau d'information 2	10.02	0.00	3.58	28.06
_cons	0.46	0.03	0.23	0.93

DISCUSSION

1. Principaux résultats de l'étude

1.1. Elaboration et validation de l'échelle CMM-15

Ce travail fait état d'une démarche d'élaboration et de validation d'un outil permettant d'évaluer la CMM à l'issue de la consultation, du point de vue du patient.

Le travail de synthèse par une équipe pluridisciplinaire à partir des échelles validées existantes dans la littérature, a permis d'aboutir à l'échelle CMM-15. Elle présente une bonne cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach élevé à 0.89 (33) et une analyse en composante principale satisfaisante retrouvant une bonne répartition des items. La médiane de l'échelle CMM-15 est retrouvée à 52 sur 60, ce qui traduit des résultats élevés. Il sera important de déterminer dans un second temps, si ces résultats élevés sont liés à la structure elle-même (services des urgences de la Clinique du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble et du Centre Hospitalier de Chambéry), au type de situation clinique étudiée (pathologie aiguë) ou à la CMM et dans quelles proportions.

Le taux élevé de participation des patients au cours de l'étude de validation montre que cette échelle est facile d'utilisation et bien acceptée. En effet, le pourcentage de perdus de vue est faible (12 %), seulement deux patients ont refusé de participer et aucun patient n'a interrompu l'entretien téléphonique.

1.2. Déterminants de la CMM

- travail dans le milieu médical

Les patients travaillant dans le milieu médical ont un score CMM-15 plus élevé. Ces patients ont déjà acquis un certain niveau de connaissances ce qui peut expliquer que le médecin est probablement plus attentif à la prise en charge et délivre une information plus complète (34).

- niveau d'information

Les résultats ont montré que le principal déterminant d'une « bonne » communication en situation aiguë était l'information délivrée au cours d'une consultation.

Ces résultats sont concordants avec ceux décrits dans la littérature. Pour la HAS, il s'agit d'un élément essentiel dans la relation de confiance réciproque entre le médecin et le patient (10). D'après l'étude réalisée en 2009 sur les attentes des patients en soins primaires, pour près de 80% des patients, l'obtention d'informations sur le problème de santé constitue la principale priorité (6). L'étude réalisée par Grol et al en 1999 auprès de 3540 patients de différents pays d'Europe retrouve des résultats similaires. Les patients devaient classer par ordre de priorité les différents aspects du soin décrit en médecine générale (40 aspects). Les trois aspects retrouvés en tête du classement désignent l'échange d'informations (pendant la consultation, le médecin doit avoir suffisamment de temps pour écouter, parler et donner des explications au patient - le médecin doit garantir la confidentialité des informations concernant le patient - le médecin doit expliquer au patient tout ce qu'il veut savoir sur sa maladie) (6). Une enquête de la DREES réalisée en 2003 sur la satisfaction des usagers des services d'urgences vis-à-vis de la CMM a montré que les patients sont plus satisfaits lorsqu'ils reçoivent des explications concernant les conseils, les orientations ou les prescriptions donnés (35).

Le niveau d'information reçu par le patient, a été évalué par deux questions qui renseignent si le médecin a donné des conseils hygiéno-diététiques et des informations sur quand

reconsulter. Si une seule de ces informations est donnée il y a 3.3 fois plus de "chance" d'avoir une "bonne" communication, alors que si le patient reçoit ces deux informations il y a 10.02 fois plus de "chance" d'avoir une "bonne" communication. Ces deux informations sont donc fondamentales et doivent être délivrées au cours d'une consultation.

- adhérence globale

L'adhérence globale (AG) n'est pas ressortie comme un des déterminants de la CMM ce qui paraît logique puisque l'adhérence est la résultante comportementale d'une bonne CMM. Par contre, des travaux menés en parallèle par notre équipe de chercheurs montrent que la CMM est un déterminant essentiel de l'AG du patient.. L'impact de l'information sur l'AG est indirect et passe par une amélioration de la CMM. Ceci renforce l'intérêt d'évaluer la communication comme critère de qualité des soins.

Ce lien a également été mis en évidence dans la littérature. La relation médecin patient est un des déterminants de la prise du traitement (19). Certains facteurs de la relation dont la communication peuvent être améliorée au cours d'une consultation (15). Le rapport sur l'adhérence établi par l'OMS en 2003, souligne que la communication est une des clés à développer pour avoir de meilleurs résultats de santé. Dans ce rapport, les aspects de la communication pouvant influencer l'adhérence sont : la clarté du diagnostic, l'information délivrée, les conseils donnés concernant le traitement, le fait de questionner le patient sur l'adhérence et d'avoir une attitude positive (20). D'autres études ont évoqué l'importance de l'information donnée sur la maladie, son pronostic, l'effet attendu du traitement et ses effets secondaires sur la décision de prendre le traitement (2) (36). Ceci peut être mis en lien avec la notion de décision médicale partagée ou d'alliance thérapeutique : le patient informé donne son avis sur la prise en charge et ainsi l'adhérence augmente par la prise en compte de ses intentions de prendre le traitement proposé (20) (37).

Cependant, ces données ont été validées dans le contexte de pathologies chroniques. Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'études évaluant l'impact de la CMM sur l'adhérence globale dans le cadre de maladies aiguës.

- données sociodémographiques

Les résultats de l'étude montrent que les données sociodémographiques n'ont pas eu d'influence sur la CMM. Ces résultats sont contradictoires avec ceux de la littérature.

Statut socio-économique

Deux revues de la littérature, la première publiée en 2005 par Willems et al (38) (12 travaux) et la deuxième en 2012 par Verlinde et al (39) (20 documents et méta-analyse) ont pour objectif d'évaluer l'impact du statut socio-économique du patient sur la CMM. Les conclusions de ces deux travaux suggèrent que les patients de classes sociales inférieures (selon les revenus, le niveau d'études et la profession) sont moins impliqués dans la décision médicale et thérapeutique (communication plus directive) et reçoivent moins d'information sur le diagnostic, l'examen physique et le traitement, contrairement aux patients de classes sociales plus élevées. L'anthropologue S. Fainzang a effectué un travail de terrain dans les services hospitaliers, essentiellement en oncologie, sur les questions de l'information et du mensonge dans la CMM. Elle constate que les informations précises sur l'état de santé, ainsi que celles relatives aux risques d'un traitement, sont plus volontiers données aux patients d'un niveau socioculturel élevé, même lorsque ceux-ci ne demandent rien. À l'inverse, les patients issus de milieux populaires sont souvent réduits à l'ignorance, du fait qu'ils ne savent pas formuler les bonnes questions ou qu'ils n'osent pas en poser aux médecins hospitaliers (40).

Sexe

Il n'a pas été retrouvé d'articles évaluant l'impact du sexe du patient sur la CMM. Néanmoins, le sexe du médecin semble être un paramètre qui influence la communication (41).

Il serait intéressant de recueillir cette information dans les prochains travaux pour étudier ce facteur.

Age

La CMM semble différente selon l'âge du patient. Williams SL et al rapporte que les patients âgés sont moins satisfaits de l'information délivrée et demandent que le médecin leur accorde plus de temps. Ils sont moins impliqués dans la prise de décision et la communication est plus directive (42).

- type de pathologies

La pathologie étudiée n'a pas eu d'impact sur le score CMM-15. Ce résultat n'a pas pu être comparé avec les données de la littérature car les échelles retrouvées ont été validées pour une pathologie donnée.

- autres déterminants

Nous avons recherché dans la littérature s'il existait d'autres déterminants de la CMM en dehors de ceux que nous avons choisi d'étudier. Cependant, on retrouve essentiellement des études qui évaluent l'impact de la CMM sur le comportement du patient et peu évaluant les déterminants de la CMM.

L'absence de références sur ce sujet peut provenir des problèmes évoqués initialement sur la terminologie employée et le fait que chaque équipe de chercheurs a utilisé son propre modèle théorique. Ainsi selon les équipes la confiance (29), l'empathie (22) (25), la décision médicale partagée (31), l'approche multiculturelle, le sentiment d'efficacité personnelle (37) et l'écoute (15) sont retrouvés comme des facteurs importants influençant la CMM. De ce fait, il est difficile de pouvoir comparer ces différents travaux. Ces constatations vont en faveur de la méthodologie utilisée pour la construction de l'échelle.

2. Points forts

2.1. Méthodologie

Nous avons utilisé une approche différente de la démarche habituelle qui veut un choix de modèle théorique initial. Ces modèles se basent sur des dimensions telles que la confiance (29), l'empathie (22) etc. Mais, il n'existe pas de modèles consensuels qui définissent la relation médecin patient dans la littérature (43) et les définitions des dimensions utilisées ne sont pas unanimes (5) (44). D'ailleurs, la recherche bibliographique réalisée a permis de retrouver une multitude d'échelles tentant de caractériser la CMM dans la littérature internationale, sans que l'une d'elles fasse consensus. Notre postulat a été de se baser sur ces travaux antérieurs pour pouvoir créer une échelle générique. En raison de la disparité des termes employés dans ces travaux, l'expertise d'une psychologue de la santé a été sollicitée. Par ailleurs, un travail de collaboration avec une équipe pluridisciplinaire (médecin, pharmacien, psychologue de la santé) a été réalisé pour limiter le biais d'interprétation lié à la sélection des items.

On peut penser que la recherche bibliographique effectuée est exhaustive car une partie des échelles sélectionnées sont issues d'un atlas établi par l'AHRQ (site institutionnel américain) qui référence tous les outils de mesure validés et pertinents utilisés dans l'évaluation des soins (21). Les recherches ont également été étendues aux bases de données informatisées interrogées à l'aide de quatre équations de recherche afin de ne pas méconnaître d'échelles importantes. Ce travail semble représentatif des différents aspects de la CMM car il se base sur des échelles réalisées par des équipes de chercheurs de différentes disciplines.

Enfin, il n'a pas été réalisé de traduction des items sélectionnés pour construire l'échelle, mais une reformulation a été discutée au sein du comité d'experts pour rester au plus près du sens de la question initiale.

Ceci a conduit à la construction d'un outil générique destiné à toute consultation et pour tout type de pathologies.

2.2. Point de vue du patient

Il semblait pertinent de se positionner du point de vue du patient pour évaluer la CMM. En effet, de nombreuses études ont démontré que la prise en compte de l'expérience des patients est plus à même de prédire leurs comportements (adhérence au traitement, respect des conseils donnés) plutôt qu'en se fiant au point de vue du médecin (6) (17) (45).

De plus, les attentes et les perceptions du patient et du médecin peuvent être différentes au cours d'une relation (46). L'étude réalisée par l'INPES en 2008 intitulée « La relation médecin malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville » montre une non-concordance entre le médecin et le patient quant aux critères à partir desquels ils se disent satisfaits ou non de la consultation (47).

Enfin, l'évaluation du point de vue du patient constitue un élément central de la démarche qualité en soins primaires. A ce titre, les attentes des patients doivent être utilisées comme critères d'évaluation de la performance des soins (6) (21) (48).

2.3. Choix du lieu d'étude

Ce sont les spécificités d'un service d'urgences qui a conduit à choisir ce lieu d'étude.

Cela permettait d'avoir accès rapidement à un nombre important de patients présentant des pathologies aiguës avec des pathologies représentatives de celles rencontrées en médecine de premiers recours (urgences et médecine générale) (49) (50). L'échantillon ainsi obtenu témoigne des différentes classes d'âges, niveaux d'études et CSP présentent dans la population générale. Pour obtenir une population plus hétérogène, l'étude a été réalisée dans deux centres hospitaliers (Clinique du Groupe Hospitalier Mutualiste à Grenoble et le Centre

Hospitalier de Chambéry). Seulement le nombre d'inclusions dans le service d'urgences de Chambéry a été faible (moins de 10%), ce qui n'a pas permis de faire d'analyse en sous-groupe.

Le choix de réaliser cette étude dans un service d'urgences plutôt qu'en médecine générale permettait d'évaluer la CMM sur une consultation donnée et donc d'éliminer le biais lié au suivi du patient et à la continuité de la relation entre le médecin et son patient. En effet, de nombreuses études montrent que la continuité de la relation est associée à la satisfaction du patient. De plus, la confiance du patient augmente avec la durée de la relation (51) (52).

Enfin, la rapidité de la prise en charge dans un service d'urgences offre peu de temps pour la communication (gestion de « l'urgence », augmentation du nombre de consultations) (49). Pour cela, ce service semble être la cible idéale afin de proposer secondairement des pistes en vue d'améliorer la communication.

2.4. Choix des pathologies

Il paraissait innovant d'étudier la communication au cours d'une consultation portant sur des pathologies aiguës, car peu de travaux sont retrouvés sur ce sujet, la plupart traitant des pathologies chroniques (24) (29) (30).

Les deux types de pathologies incluses ont été sélectionnées par argument de fréquence en médecine de premiers recours. Il fallait également qu'elles répondent à une prise en charge à la fois médicamenteuse et non médicamenteuse (conseils hygiéno-diététiques, propositions de suivi et examens complémentaires), afin de pouvoir évaluer dans l'étude globale l'adhérence des patients.

Il est important de remarquer qu'il n'y pas de différence du score CMM-15 selon la pathologie présentée par le patient (p 0.33). Ce qui veut dire qu'on obtient des résultats indépendants de la pathologie et que le biais potentiel de sélection n'a pas d'effet.

3. Biais et limites de l'étude

La réalisation des questionnaires entre J7 et J10 de la consultation a induit un biais de mémorisation. Cependant, en raison des contraintes de temps liées à l'organisation des services d'urgences, les questionnaires ont été proposés à distance de la consultation afin de garantir un plus grand nombre d'inclusions (épuisement des soignants si l'étude avait demandé plus de temps). Ceci permettait aussi d'éviter l'influence liée à la présence du médecin concerné par l'évaluation au sein de la structure en cas de recueil à J0. Enfin, ce délai a été choisi afin de recueillir les données concernant l'adhérence globale (prise des traitements, réalisation d'examens complémentaires, suivi des conseils hygiéno-diététique en même temps que celles concernant la CMM).

La réalisation d'entretiens téléphoniques par une tierce personne fournit des données basées sur du déclaratif. Cela a pu conditionner les réponses des patients par le fait que l'enquêteur était du milieu médical et par crainte du non-respect de l'anonymat. Il faudra envisager dans les travaux futurs que les enquêteurs ne se présentent pas comme médecin. Cette échelle pourrait être proposée sous la forme d'un auto-questionnaire pour limiter ces biais (mail ou courrier).

Par ailleurs, le patient qui choisit ce service d'urgences a peut-être déjà un avis positif sur sa prise en charge (parce qu'il a déjà été pris en charge dans ce service ou parce qu'on le lui a conseillé) (35). Il conviendra de recueillir cette information dans les travaux ultérieurs.

Le recueil à J7 a pu avoir un impact sur les réponses du patient. S'agissant de pathologies aiguës avec un fort potentiel de guérison, devant l'amélioration des symptômes, le patient a peut-être surévalué la communication avec le médecin.

On retrouve un potentiel biais lié à l'absence d'inclusion en aveugle des patients. Le comportement des médecins et internes qui incluait les patients a pu être influencé par le fait qu'ils allaient être évalués. Néanmoins, l'impact semble être mineur, car un grand nombre d'inclusions ont été réalisées par un membre de l'équipe autre que celui qui prenait en charge le patient.

Pour la cotation du score, le choix d'une échelle de mesure de type Likert composée de quatre catégories sans point neutre, a permis d'obliger les patients à prendre position. Cependant, certains patients ont évoqués des difficultés à répondre à l'échelle de Likert sans support visuel. De plus, la cotation choisie était souvent mal comprise (non, plutôt non, plutôt oui, oui). L'utilisation d'une échelle numérique (de 1 à 4) pourrait faciliter la réponse des patients.

Pour étudier l'information comme déterminant de la CMM, deux questions ont été posées. Cependant d'autres informations sont importantes du point de vue du patient (explication claire sur le diagnostic, effets secondaires du traitement, etc) et n'ont pas été évaluée au cours de cette étude. Il serait intéressant de les rechercher dans d'autres travaux.

4. Propositions et ouverture

4.1. Modification de l'échelle CMM-15

L'analyse statistique de la cohérence interne de l'échelle CMM-15 a retrouvé que les items 2, 11 et 13 avaient un faible coefficient de corrélation. Sur la figure représentant l'ACP (figure n°3), ces items contribuent à l'amplitude en « aile de papillon » de la représentation graphique

car ils sont situés à l'extrémité de la composante 2. Après concertation pluridisciplinaire, l'item 2 (« Le médecin vous a-t-il interrompu pendant que vous parliez ? ») sera donc conservé afin de préserver cette amplitude. Les items 11 (« Le médecin a-t-il été globalement respectueux ? ») et 13 (« Le médecin vous a-t-il dit toute la vérité ? »), qui étaient souvent mal compris par les patients et peu discriminants, ont été retirés. Ceci a permis d'obtenir un questionnaire définitif plus court contenant 13 items : échelle CMM-13.

Le coefficient alpha de Cronbach obtenu pour le score CMM-13 est de 0.89, permettant de garder une bonne cohérence interne.

Pour l'utilisation de cette échelle dans les études à venir, il pourrait être utile d'avoir une catégorie « non applicable à la situation » (NA), dans le cas où la question n'est pas adaptée au contexte (exemple : le patient qui n'a pas eu de prescriptions médicamenteuses, ne peut pas répondre à la question « Le médecin vous a-t-il expliqué les avantages et les inconvénients du traitement ? ») comme ce qui a été réalisé dans l'échelle CARE (22).

4.2. Modification à apporter au questionnaire général

En ce qui concerne le questionnaire général, l'intérêt de connaître la situation familiale du patient (célibataire ou en couple) paraît limité et fera l'objet de modifications pour des travaux ultérieurs. Il serait plus intéressant de renseigner si le patient a consulté seul ou accompagné car cela peut interférer sur la CMM (42).

ANNEXE 8 : Questionnaire général modifié et échelle définitive CMM-13

4.3. Ouverture

Ce premier travail a permis de proposer une échelle générique validée mesurant la CMM. L'échelle CMM-15 est facile d'utilisation et constitue le premier outil de ce type existant en langue française. Elle permet de mesurer la CMM indépendamment du contexte pathologique.

Cependant, elle a été validée dans le cadre des pathologies aiguës chez des patients consultant aux urgences. Afin de vérifier la pertinence de cette échelle dans d'autres contextes cliniques, des travaux futurs devraient la tester au sein de nouvelles populations telle qu'en médecine générale ou avec des patients concernés par des pathologies chroniques.

Si cet outil confirmait son intérêt, il offrirait de nouvelles perspectives d'utilisation notamment dans le domaine de la recherche clinique comme indicateur de la qualité des soins. Il permettrait ainsi d'évaluer l'impact d'interventions très diverses au cours d'une consultation.

L'information du patient est retrouvée comme le déterminant principal de la CMM. Les deux seules informations sur « quand reconsulter » et « les conseils hygiéno-diététiques » ont un effet multiplicatif sur le score de CMM qui lui-même a un effet sur l'adhérence globale du patient. Ceci renforce le fait qu'il faut soigner la transmission d'informations. Les documents écrits telles que les FIP procurent au patient une information complète à condition qu'ils soient expliqués au patient. La formation des médecins sur la transmission d'informations au cours d'une consultation semble primordiale pour améliorer la qualité des soins.

CONCLUSIONS

THESE SOUTENUE PAR : Charlotte GIBERT et Anaïs KERNOU

TITRE : **Elaboration d'une échelle mesurant la communication
médecin malade: validation et description de ses déterminants à partir
d'une étude réalisée aux urgences**

CONCLUSIONS

La communication médecin malade (CMM) est une composante essentielle de l'efficacité des soins. Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'outils génériques faisant consensus, pour en mesurer la qualité. L'objectif principal de ce travail a été d'élaborer et de valider une échelle évaluant la CMM au cours d'une consultation. L'objectif secondaire était de décrire les déterminants de la CMM à partir d'une étude réalisée sur 150 patients ayant consulté dans 2 services d'urgences pour des pathologies aiguës (entorses de chevilles et pathologies infectieuses aiguës ayant nécessité une antibiothérapie).

Une recherche bibliographique (PubMed, Psychinfo, Google Scholar, Cochrane Library et sur les sites institutionnels français et américains) a permis de retenir 20 échelles validées, à partir desquelles ont été sélectionnés et adaptés en langue française les items pertinents. Cette démarche réalisée par une équipe multidisciplinaire, a conduit à la création d'un questionnaire à 15 items, facile d'utilisation, avec une bonne cohérence interne. Les coefficients redondants ont été supprimés aboutissant à une échelle définitive de 13 items : la CMM-13.

Les résultats de l'étude, conformes aux données de la littérature, montrent que les déterminants d'une « bonne » CMM en situation aiguë sont : le niveau d'information d'une part, (conseils hygiéno-diététiques ; critères de reconsultation), et l'appartenance du patient au milieu médical d'autre part. L'information est reconnue comme un élément essentiel de la qualité de la communication. Ceci renforce le devoir d'information des médecins à l'égard des patients et témoigne qu'un des axes d'amélioration de la communication réside dans la qualité de l'information délivrée au cours d'une consultation.

Ces premiers résultats sont prometteurs et offrent de nouvelles perspectives d'utilisation de l'échelle CMM-13 dans des travaux futurs. Après sa validation au préalable dans différents contextes (médecine générale, pathologies chroniques, etc), cet outil générique pourrait permettre d'évaluer l'impact d'interventions très diverses, indépendamment de la pathologie au cours d'une consultation (ex : Fiche Information Patient) et ainsi être utilisé comme un indicateur de la qualité de la communication et donc de la qualité des soins.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 10/09/2014

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR J.L. BOSSON

BIBLIOGRAPHIE

1. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique; 2005.
2. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract Am Board Fam Pract.* févr 2002;15(1):25-38.
3. Ogden J, Moatti J-P. Psychologie de la santé. Bruxelles: De Boeck; 2008.
4. Ommen O, Wirtz M, Janssen C, Neumann M, Driller E, Ernstmann N, et al. Psychometric evaluation of an instrument to assess patient-reported 'psychosocial care by physicians': a structural equation modeling approach. *Int J Qual Health Care.* 6 janv 2009;21(3):190-7.
5. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique.* 15 déc 2007;Vol. 19(5):413-25.
6. Krucien N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Quest Déconomie Santé.* mars 2011;(163).
7. Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013.
8. Sustersic M. Fiches d'information pour les patients : quel intérêt ? : l'étude EDIMAP. *Rev Médecine Générale.* :pp. 332-9.
9. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
10. HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Principes généraux. [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
11. HAS. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/elaboration_doc_info_patients_rap.pdf
12. Sustersic M, Meneau A, Dremont R, Bosson J. Fiches d'information patient: quelle méthodologie? *Rev Prat Med Gen.* 2007;21(790/791):1167.
13. Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, Marechaux F, Genty C, Foote A, et al. Impact of Information Leaflets on Behavior of Patients with Gastroenteritis or Tonsillitis: A Cluster Randomized Trial in French Primary Care. *J Gen Intern Med.* janv 2013;28(1):25-31.
14. ANAES. Informations des patients. Recommandations destinées aux médecins [Internet]. 2000. Disponible sur: http://www.sfm.u.org/documents/consensus/rbpc_info_pts_extrait.pdf

15. Santé Canada. Outils de communication II : la communication efficace à votre service [Internet]. [Ottawa]: Santé Canada; 2001. Disponible sur: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-509-2001-1F.pdf>
16. Beaulieu M-D, Haggerty JL, Beaulieu C, Bouharaoui F, Levesque J-F, Pineault R, et al. Interpersonal Communication from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthc Policy*. déc 2011;7(Spec Issue):108-23.
17. Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients? *Rev Prat*. 22 avr 2003;17(611).
18. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J*. 1 mai 1995;152(9):1423-33.
19. Gauchet A, Tarquinio C, Fischer G. Psychosocial predictors of medication adherence among persons living with HIV. *Int J Behav Med*. 2007;14(3):141-50.
20. OMS. Adhérence to long-term therapies. Evidence for action [Internet]. 2003. Disponible sur: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
21. AHRQ. Care Coordination Measures Atlas [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.cshcndata.org/docs/drc/ahrq-care-coordination-atlas-dec-2010.pdf>
22. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 12 janv 2004;21(6):699-705.
23. Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Z Für Med Ausbild*. 2012;29(1):Doc11.
24. Mack JW, Block SD, Nilsson M, Wright A, Trice E, Friedlander R, et al. Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: The Human Connection Scale. *Cancer*. 15 juill 2009;115(14):3302-11.
25. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J*. févr 2007;48(1):81-6.
26. Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract*. févr 2000;17(1):21-9.
27. Ridd MJ, Lewis G, Peters TJ, Salisbury C. Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation. *Ann Fam Med*. 11 janv 2011;9(6):538-45.
28. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. *Ann Fam Med*. sept 2004;2(5):455-61.
29. Freburger JK, Callahan LF, Currey SS, Anderson LA. Use of the trust in physician scale in patients with rheumatic disease: Psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. *Arthritis Care Res*. 15 févr 2003;49(1):51-8.
30. Henrikson NB, Davison BJ, Berry DL. Measuring decisional control preferences in men newly diagnosed with prostate cancer. *J Psychosoc Oncol*. nov 2011;29(6):606-18.

31. Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ Couns.* juill 2010;80(1):94-9.
32. Ingersoll KS, Heckman CJ. Patient-Clinician Relationships and Treatment System Effects on HIV Medication Adherence. *AIDS Behav.* mars 2005;9(1):89-101.
33. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ.* 22 févr 1997;314(7080):572.
34. Fainzang S. La communication d'informations dans la relation médecins-malades. *Quest Commun.* 1 juill 2009;(15):279-95.
35. Baubeau D. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières [Internet]. DREES; 2003. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/motifs-et-trajectoires-de-recours-aux-urgences-hospitalieres,4734.html>
36. Goldring AB, Taylor SE, Kemeny ME, Anton PA. Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* mai 2002;21(3):219-28.
37. Fuertes JN, Boylan LS, Fontanella JA. Behavioral indices in medical care outcome: the working alliance, adherence, and related factors. *J Gen Intern Med.* janv 2009;24(1):80-5.
38. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns.* févr 2005;56(2):139-46.
39. Verlinde E, Laender ND, Maesschalck SD, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health.* 12 mars 2012;11(1):12.
40. Rosman S, Sylvie Fainzang, La Relation médecins/malades : information et mensonge. *L'Homme Rev Fr D'anthropologie.* 5 nov 2007;(184):246-8.
41. Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J. The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Educ Couns.* sept 2009;76(3):348-55.
42. Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients. *Clin Interv Aging.* sept 2007;2(3):453-67.
43. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract.* 1 avr 2009;59(561):e116-33.
44. Cote L, Savard A, Bertrand R. Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. Elaboration et validation d'une grille. *Can Fam Physician.* mars 2001;47:512-8.
45. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras M-E. Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Ann Fam Med.* 3 janv 2011;9(2):155-64.
46. Moreau A. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. *Rev Prat - Médecine Générale.* 20 déc 2004;18(674/675).

47. Rolland C, Lang T. La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. Anal Pour L'amélioration Prise En Charge L'hypertension Artérielle Réduction Facteurs Risque INPES [Internet]. 2007; Disponible sur: http://89.185.56.4/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008_10.pdf
48. ANAES. Qualité des soins: revue a travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire [Internet]. 1999. Disponible sur: <http://www.medetic.com/docs/04/ANAES%20qualitong.pdf>
49. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on? [Internet]. DREES; 2013. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf
50. Boisguérin B. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>
51. Richard Baker AGM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scand J Prim Health Care*. 2003;21(1):27-32.
52. Schers H, van den Hoogen H, Bor H, Grol R, van den Bosch W. Familiarity with a GP and patients' evaluations of care. A cross-sectional study. *Fam Pract*. févr 2005;22(1):15-9.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Echelle avant étude pilote

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1- Le médecin vous a-t-il interrompu pendant que vous parliez ?	1	2	3	4
2- Le médecin vous a-t-il écouté attentivement pendant la consultation?	4	3	2	1
3- Le médecin vous a-t-il encouragé à vous exprimer ?	1	2	3	4
4- Le médecin a-t-il été disponible pendant la consultation ?	1	2	3	4
5- D'après vous, le médecin vous a-t-il dit toute la vérité ?	1	2	3	4
6- Le médecin vous a-t-il expliqué les avantages et inconvénients du traitement ?	1	2	3	4
7- Le médecin a-t-il été clair et compréhensible ?	1	2	3	4
8- Le médecin vous a-t-il donné des informations complètes ?	1	2	3	4
9- D'après vous, le médecin vous a-t-il compris?	1	2	3	4
10- D'après vous, le médecin a-t-il été rassurant ?	1	2	3	4
11- D'après vous, le médecin a-t-il été respectueux ?	1	2	3	4
12- Pendant la consultation, le médecin vous a-t-il inspiré confiance ?	1	2	3	4

13- De manière générale, la médecine et le système de soins vous inspirent-ils confiance ?	1	2	3	4
14- Le médecin vous a-t-il impliqué dans la prise de décision ?	1	2	3	4
15- Le médecin s'est-il assuré que vous aviez bien compris ses explications?	1	2	3	4
TOTAL : / 60				

ANNEXE 2 : Questionnaire général

Code d'identification du patient :

Date de consultation aux urgences :

Date(s) d'appel téléphonique :

Nous souhaitons recueillir votre opinion sur votre dernière consultation aux urgences. Cet entretien va durer environ 15 minutes.

Nous vous remercions du temps que vous allez prendre pour répondre à cette enquête.

Vos réponses sont anonymes.

Données sociodémographiques

Tout d'abord, quelques questions pour mieux vous connaître :

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quel est votre niveau d'études ?
 Collège Bac Bac +2 Études supérieures après Bac +2 autres
- 3- Travaillez-vous dans le milieu médical ?
 Oui Non
- 4- A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ?
- 5- Quelle est votre situation familiale : célibataire / en couple / marié ;
et nombre d'enfants :

ANNEXE 3 : Catégories socio-professionnelles selon l'INSEE

CORRESPONDANCE ENTRE LES GROUPES ET LES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales et assimilés	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et Artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadres d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4 Professions Intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprise	54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux Particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du Magasinage et du transport
	66 Ouvriers non qualifiés	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions intermédiaires	74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	82 Inactifs divers (autres que retraités)	83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

ANNEXE 4 : 20 échelles sélectionnées

11 échelles sont issues de la littérature et sont disponibles aux pages indiquées :

- CARE p 62
- Instrument for measuring patient-reported psychosocial care by physicians' p 63
- Human Connection Scale (HCS) p 64
- Jefferson Scale Of Patient's Perceptions of Physician Empathy p 67
- Patient Perception of Quality p 68
- Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale p 69
- Physician-Patient Concordance p 70
- Trust in Physician Scale p 71
- Control Preference Scale (CPS) p 72
- Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) p 73
- Primary Care Assessment Survey (PCAS): cette échelle est disponible dans l'Atlas de l'AHRQ

9 échelles sont issues de l'Atlas réalisé par l'AHRQ. Elles sont disponibles à partir du lien suivant : <http://www.cshcndata.org/docs/drc/ahrq-care-coordination-atlas-dec-2010.pdf>

- Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)
- Ambulatory Care Experiences Survey (ACES)
- Primary Care Assessment Tool (PCAT)
- Family-Centered Care Self-Assessment Tool
- Patient Perception of Continuity Instrument (PC)
- Patient Perceptions of Care (PPOC)
- Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)
- Picker Patient Experience (PPE-15)
- Client Perception of Coordination Questionnaire (CPCQ)

Appendix Final version of the CARE measure (pilot 3)

The CARE Measure

1. Please rate the following statements about today's consultation. Please tick the box for each statement and answer every statement.

<i>How was the doctor at ...</i>	Poor	Fair	Good	Very Good	Excellent	Does Not Apply
1. Making you feel at ease..... <i>(being friendly and warm towards you, treating you with respect; not cold or abrupt)</i>	<input type="checkbox"/>					
2. Letting you tell your "story"..... <i>(giving you time to fully describe your illness in your own words; not interrupting or diverting you)</i>	<input type="checkbox"/>					
3. Really listening <i>(paying close attention to what you were saying; not looking at the notes or computer as you were talking)</i>	<input type="checkbox"/>					
4. Being interested in you as a whole person ... <i>(asking/knowing relevant details about your life, your situation; not treating you as "just a number")</i>	<input type="checkbox"/>					
5. Fully understanding your concerns..... <i>(communicating that he/she had accurately understood your concerns; not overlooking or dismissing anything)</i>	<input type="checkbox"/>					
6. Showing care and compassion.... <i>(seeming genuinely concerned, connecting with you on a human level; not being indifferent or "detached")</i>	<input type="checkbox"/>					
7. Being Positive..... <i>(having a positive approach and a positive attitude; being honest but not negative about your problems)</i>	<input type="checkbox"/>					
8. Explaining things clearly..... <i>(fully answering your questions, explaining clearly, giving you adequate information; not being vague)</i>	<input type="checkbox"/>					
9. Helping you to take control..... <i>(exploring with you what you can do to improve your health yourself; encouraging rather than "lecturing" you)</i>	<input type="checkbox"/>					
10. Making a plan of action with you ... <i>(discussing the options, involving you in decisions as much as you want to be involved; not ignoring your views)</i>	<input type="checkbox"/>					

Instrument for measuring patient-reported psychosocial care by physicians'

Table 1 Overview of the scales and items of the 'Confirmatory Factor Analysis Model 1'

.....
Scales and items	Item labels	γ	IIC	<i>M</i>	CI _M	Md	SD	
Devotion by physicians								
Physicians carried out regular conversations, which also took place outside of ward rounds	devo1	0.77	0.65	3.04	3.00–3.08	3.00	0.99	
Physicians carried out conversations with me in a very empathic manner	devo2	0.83	0.72	3.05	3.01–3.08	3.00	0.89	
It was possible to talk with the physicians about personal matters	devo3	0.79	0.67	2.57	2.53–2.62	3.00	1.0	
There was one physician who was my point of contact	devo4	0.85	0.75	3.03	2.99–3.06	3.00	0.89	
Physicians gave me time to think important decisions over	devo5	0.78	0.65	3.20	3.17–3.24	3.00	0.81	
Support by physicians								
I was able to rely on the physicians when I had problems with my illness	supp1	0.89	0.76	3.33	3.30–3.36	3.00	0.77	
Physicians supported me so that it was easier to deal with my illness	supp2	0.92	0.81	3.23	3.19–3.26	3.00	0.81	
Physicians were willing to listen to my problems relating to my illness.	supp3	0.90	0.78	3.25	3.21–3.28	3.00	0.81	
Information by physicians								
Physicians used visual aids (pictures, drawings and outlines)	inf1	0.73	0.50	2.61	2.56–2.65	3.00	1.1	
Physicians explained everything in a clear and understandable way	inf2	0.91	0.72	3.23	3.19–3.27	3.00	0.88	
Physicians gave an illustrative picture of illness.	inf3	0.91	0.72	3.20	3.16–3.23	3.00	0.92	
Shared decision-making								
My wishes were taken into account during treatment	coth1	0.78	0.60	3.20	3.16–3.23	3.00	0.80	
I was able to influence the treatment process	coth2	0.76	0.57	2.51	2.47–2.55	2.00	0.93	
Physicians wanted me to be actively involved in the treatment process	coth3	0.79	0.60	2.87	2.83–2.91	3.00	0.93	
Physicians agreed treatment targets with me	coth4	0.82	0.65	3.05	3.01–3.09	3.00	0.90	

γ , loadings in accordance with main component analysis; IIC, item-total-correlation; *M*, mean value; CI_M, 95% confidence interval for the mean value; Md, median; SD, standard deviation

Human Connection Scale (HCS)

Table 1
The Human Connection Scale (THC)

Item-total correlations are shown after each question.

1. How often would you say your doctor takes the time to listen to your concerns? $r=.59$	
Never	1
At some office visits	2
At most office visits	3
At every office visit	4

2. To what extent does your doctor pay close attention to what you are saying? $r=.58$	
Not at all	1
To a slight extent	2
To some extent	3
To a large extent	4

3. To what extent do you think your doctor sees you as a whole person? $r=.61$	
Not at all	1
To a slight extent	2
To some extent	3
To a large extent	4

4. How much do you like your doctor? $r=.73$	
Not at all	1
Somewhat	2
Quite a bit	3
A great deal	4

5. How much do you trust your doctor? $r=.77$	
Not at all	1
Somewhat	2
Quite a bit	3
A great deal	4

6. How thorough is your doctor? $r=.71$	
Not at all	1
Somewhat	2
Quite a bit	3
Extremely	4

7. How much do you respect your doctor? $r=.68$	
Not at all	1

7. How much do you respect your doctor? $r=.68$	
Somewhat	2
Quite a bit	3
A great deal	4

8. How much do you feel your doctor cares about you? $r=.70$	
Not at all	1
Somewhat	2
Quite a bit	3
A great deal	4

9. How much of the time would you say your doctor is honest with you? $r=.66$	
Never	1
Sometimes	2
Most of the time	3
Always	4

10. To what extent do you feel comfortable asking your doctor questions? $r=.42$	
Not at all	1
To a slight extent	2
To some extent	3
To a large extent	4

11. How often do you understand your doctor's explanations and suggestions? $r=.49$	
Never	1
Sometimes	2
Most of the time	3
Always	4

12. How often does your doctor ask how family members are coping with your illness? $r=.48$	
Never	1
At some visits	2
At most visits	3
At every visit	4

13. How often does your doctor offer hope? $r=.53$	
Never	1
At some visits	2
At most visits	3
At every visit	4

14. How often does your doctor ask how you are coping with cancer? $r=.50$	
Never	1

14. How often does your doctor ask how you are coping with cancer? $r=.50$	
At some visits	2
At most visits	3
At every visit	4

15. How concerned do you think your doctor is about your quality of life? $r=.58$	
Not concerned	1
Slightly concerned	2
Somewhat concerned	3
Extremely concerned	4

16. How open-minded do you feel your doctor is? $r=.68$	
Not at all	1
Somewhat	2
Quite a bit	3
Extremely	4

Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy

Table 1. Factor coefficients, item-total score correlations, and correlations with American Board of Internal Medicine patient rating form for the items of Jefferson Scale of Patient's Perception of Physician Empathy*

Items	Factor coefficients	Item-total score correlations	Correlations with ABIM patient rating form
Understands my emotions, feelings and concerns.	0.90	0.90	0.69
Seems concerned about me and my family.	0.89	0.91	0.64
Can view things from my perspective (see things as I see them).	0.81	0.85	0.70
Asks about what is happening in my daily life.	0.76	0.84	0.54
Is an understanding doctor.	0.73	0.77	0.67

*The Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy items were answered on a 5-point Likert-type scale (1 = Strongly Disagree, 5 = Strongly Agree). All correlations were statistically significant ($P < 0.001$).

Patient Perception of Quality

APPENDIX 1 Questionnaire

We would like to have your opinion concerning various aspects of the quality of the care and services that you received during your last consultation in a treatment unit. Referring to the scale below, for each question, circle the number that corresponds to your opinion, indicating whether it is negative, somewhat negative, neither negative nor positive, somewhat positive or positive. If you do not have an opinion about a particular item, circle 7; if the question does not apply to you, or you have not experienced this situation, circle 8.

	Negative	Some what negative	Neither negative nor positive	Some what positive	Positive	No opinion	N/A	Please do not write in this space
(A) My opinion on my doctor's interpersonal skills								
1. Manner in which my doctor receives me (polite, kind, sets the patient at ease).	1	2	3	4	5	7	8	4
2. Respect shown by the physician (regardless of my age, I expect to be treated as a person and not as a number).	1	2	3	4	5	7	8	5
3. Reassuring attitude of the doctor.	1	2	3	4	5	7	8	6
4. Respect for privacy during the physical examination.	1	2	3	4	5	7	8	7
5. Interest paid by the doctor (listening, encouragement to express my problems).	1	2	3	4	5	7	8	8
(B) My opinion on my doctor's work								
6. The explanations about my health problem were clear and complete (cause, seriousness, progress).	1	2	3	4	5	7	8	9
7. The explanations about the tests to be taken were clear and complete (purpose, process, communication of results).	1	2	3	4	5	7	8	10
8. The explanations about the treatment chosen were clear and complete (process, effects and complications).	1	2	3	4	5	7	8	11
9. My involvement in the decisions concerning the tests and treatments.	1	2	3	4	5	7	8	12
10. Time spent in consultation with my doctor.	1	2	3	4	5	7	8	13
11. History of my problem taken by the doctor (previous illnesses, personal problems and family history).	1	2	3	4	5	7	8	14
12. Doctor's skill in making the physical examination more comfortable.	1	2	3	4	5	7	8	15
13. Appropriateness of the tests and exams prescribed by the doctor.	1	2	3	4	5	7	8	16
14. Correct diagnosis made by the doctor.	1	2	3	4	5	7	8	17
15. Execution of the care and treatments (ex. care performed well).	1	2	3	4	5	7	8	18
16. Possibility of seeing the same doctor from one visit to the next.	1	2	3	4	5	7	8	19
17. Time spent waiting to obtain test results.	1	2	3	4	5	7	8	20
(C) My opinion on what I got from the visit								
18. Improvement in my state of health (decrease of symptoms, of pain).	1	2	3	4	5	7	8	21
19. Lessening of my fears and anxieties.	1	2	3	4	5	7	8	22
20. Return to my routine activities.	1	2	3	4	5	7	8	23
21. Ability to react (what to do, who to contact) if my state of health deteriorates.	1	2	3	4	5	7	8	24
22. Motivation to follow the treatment prescribed.	1	2	3	4	5	7	8	25

N.B. This questionnaire was originally developed and validated in French. The English version is presented here for a better understanding by the reader.

Patient perception of quality

29

Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale

Figure 2. Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale.

- | | | | | |
|-----|---|----------|--------------------------|--------------|
| 1.1 | Did you see your usual or regular doctor today? | Yes | <input type="checkbox"/> | ₁ |
| | | No | <input type="checkbox"/> | ₀ |
| | | Not sure | <input type="checkbox"/> | ₂ |

Thinking about the doctor you have just seen, please answer the following questions as honestly as possible by ticking the box that best fits with your opinion.

		Disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Mostly agree	Totally agree
2.1	I know this doctor very well	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	This doctor knows me as a person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	This doctor really knows how I feel about things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	I know what to expect with this doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	This doctor really cares for me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	This doctor takes me seriously	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	This doctor accepts me the way I am	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	I feel totally relaxed with this doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Physician-Patient Concordance

Physician-Patient Concordance

We assessed agreement between physician and patient with the following questions:

1. "To what extent do you think the doctor understands why you came in today?"
2. "How well do you think the doctor understood you today?"
3. "To what extent did you and the doctor agree about the main problem or need today?"
4. "To what extent did you and the doctor agree about what to do about the problem or need?"
5. "To what extent do you and the doctor agree on what part you play in making decisions about health?"
6. "To what extent do you and the doctor agree on who is responsible for different aspects of care?"

Trust in Physician Scale

Item	Mean	SD	Item-scale correlation
1. I doubt that my doctor really cares about me as a person.†	4.0	1.1	0.46
2. My doctor is usually considerate of my needs and puts them first.	4.0	1.0	0.63
3. I trust my doctor so much that I always try to follow his/her advice.	3.9	0.9	0.63
4. If my doctor tells me something is so, then it must be true.	3.3	1.0	0.50
5. I sometimes distrust my doctor's opinion and would like a second one.†	3.4	1.2	0.50
6. I trust my doctor's judgement about my medical care.	3.9	1.0	0.62
7. I feel my doctor does not do everything he/she should for my medical care.†	3.8	1.2	0.55
8. I trust my doctor to put my medical needs above all other considerations when treating my medical problems.	3.8	0.9	0.62
9. My doctor is a real expert in taking care of medical problems like mine.	3.9	0.9	0.70
10. I trust my doctor to tell me if a mistake was made about my treatment.	3.9	0.9	0.68
11. I sometimes worry that my doctor may not keep the information we discuss totally private.	4.0	1.0	0.40
Cronbach's alpha 0.87			
* Five-point response scale: 1 = totally disagree; 2 = disagree; 3 = neutral; 4 = agree; 5 = totally agree. † Reverse-scored items.			

Control Preference Scale (CPS)

Table 2

Control preference scale (Degner, Sloan, et al., 1997)

The role you play in the treatment option you choose is important. The next question will tell us how you would like the treatment decision to be made.

Please choose one of the following statements that best describes how you would like the decision to be made:

- A. I prefer to make the final treatment decision.
- B. I prefer to make the final treatment decision after seriously considering my doctor's opinion.
- C. I prefer that my doctor and I share responsibility for deciding which treatment is best.
- D. I prefer that my doctor makes the final treatment decision, but seriously considers my opinion.
- E. I prefer to leave all treatment decisions to my doctor.

Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)

The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)

[Example] Please indicate which health complaint/problem/illness the consultation was about:

[Example] Please indicate which decision was made:

Nine statements related to the decision-making in your consultation are listed below. For each statement please indicate how much you agree or disagree.

1.	My doctor made clear that a decision needs to be made.	completely disagree	strongly disagree	somewhat disagree	somewhat agree	strongly agree	completely agree
		<input type="checkbox"/>					
	2. My doctor wanted to know exactly how I want to be involved in making the decision.	completely disagree	strongly disagree	somewhat disagree	somewhat agree	strongly agree	completely agree
		<input type="checkbox"/>					
	3. My doctor told me that there are different options for treating my medical condition.	completely disagree	strongly disagree	somewhat disagree	somewhat agree	strongly agree	completely agree
		<input type="checkbox"/>					
	4. My doctor precisely explained the advantages and disadvantages of the treatment options.	completely disagree	strongly disagree	somewhat disagree	somewhat agree	strongly agree	completely agree
		<input type="checkbox"/>					
	5. My doctor helped me understand all the information.	completely disagree	strongly disagree	somewhat disagree	somewhat agree	strongly agree	completely agree
		<input type="checkbox"/>					
	6. My doctor asked me which treatment option I prefer.	completely disagree	strongly disagree	somewhat disagree	somewhat agree	strongly agree	completely agree
		<input type="checkbox"/>					
	7. My doctor and I thoroughly weighed the different treatment options.	completely disagree	strongly disagree	somewhat disagree	somewhat agree	strongly agree	completely agree
		<input type="checkbox"/>					
	8. My doctor and I selected a treatment option together.	completely disagree	strongly disagree	somewhat disagree	somewhat agree	strongly agree	completely agree
		<input type="checkbox"/>					
	9. My doctor and I reached an agreement on how to proceed.	completely disagree	strongly disagree	somewhat disagree	somewhat agree	strongly agree	completely agree
		<input type="checkbox"/>					

ANNEXE 5 : Description des 20 échelles sélectionnées

Echelles	Année	Pays	Nombre d'items et cotation	Contexte	Domaine étudié	Autres
<i>CARE mesure</i>	2004	Ecosse	10 items Cotation échelle de Lickert allant de 1 à 5 et catégorie supplémentaire « non applicable »	Soins primaires	- mesure de l'empathie	Modèle théorique
<i>Instrument for measuring patient-reported psychosocial care by physicians'</i>	2009	Allemagne	13 items	Soins hospitaliers	- évalue le soutien - information - prise de décision partagée	Modèle théorique
<i>Human Connection Scale (HCS)</i>	2009	Etats-Unis	16 items Cotation échelle de Lickert de 1 à 4	Soins hospitaliers (oncologie) Pathologies chroniques - cancers	- alliance thérapeutique	

<i>Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy</i>	2007	Etats-Unis	5 items Cotation échelle de Lickert de 1 à 5	Soins hospitaliers	- empathie	
<i>Patient perception of Quality</i>	2000	Canada	22 items Cotation échelle de Lickert en 5 points	Soins primaires	- relation médecin patient - aspects techniques des soins - résultat de la consultation	
<i>Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale</i>	2011	Angleterre	8 items Cotation échelle de Lickert de 1 à 5	Soins primaires	- mesure la profondeur de la relation	
<i>Physician-Patient Concordance</i>	2004	Etats-Unis Nouvelle-Zélande	6 items Cotation échelle de Lickert de 1 à 4	Soins primaires	- mesure la concordance entre le médecin et le patient sur les soins proposés	
<i>Trust in Physician Scale</i>	2003	Etats-unis	11 items Cotation échelle de Lickert de 1 à 5	Soins hospitaliers Pathologies chroniques	- confiance	
<i>Control Preference Scale (CPS)</i>	2011	Etats- Unis	1 question avec 5 possibilités de réponse	Soins hospitaliers Pathologie chronique - cancer de prostate	- décision médicale partagée	

<i>Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)</i>	2011	Allemagne	9 items Cotation échelle de Lickert de 1 à 6	Soins primaires	- décision médicale partagée	
<i>Primary Care Assessment Survey (PCAS)</i>	1998	Etats-Unis	51 items Cotation échelle de Lickert	Soins primaires	- performances du médecin généraliste - satisfaction	
<i>Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)</i>	2008	Etats-Unis Angleterre	95 items Cotation en 4 points	Soins primaires	- qualité des soins - communication	
<i>Ambulatory Care Experiences Survey (ACES)</i>	2002	Etats-Unis	34 items	Soins primaires	- qualité des soins - interaction médecin patient - organisation des soins	
<i>Primary Care Assessment Tool (PCAT)</i>	2001	Etats-Unis	92 items	Soins primaires	- qualité des soins	
<i>Family-Centered Care Self-Assessment Tool</i>	2008	Etats-Unis	98 items Cotation échelle de Lickert de 1 à 4	Soins primaires	- qualité des soins	

<i>Patient Perception of Continuity Instrument (PC)</i>	1988	Etats- unis	23 items Cotation échelle de Lickert en 5 points		- continuité des soins - relation médecin malade	
<i>Patient Perceptions of Care (PPOC)</i>	2002	Etats- Unis	40 items	Soins primaires	- communication - continuité des soins	
<i>Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)</i>	2005	Etats-Unis	20 items Cotation échelle de Lickert de 1 à 5	Soins primaires Maladies chroniques	- communication - décision médicale partagée - coordination des soins	
<i>Picker Patient Expérience (PPE-15)</i>	2002	Royaume-Uni, Allemagne, Suède, Suisse et Etats- Unis	15 items	Soins hospitaliers	- information - continuité des soins - coordination des soins	
<i>Client Perception of Coordination Questionnaire (CPCQ)</i>	2003	Australie	31 items Cotation échelle de Lickert de 1 à 5	Soins primaires Maladies chroniques	- coordination des soins autour du patient - communication	

ANNEXE 6 : Items initialement retenus

ECHELLES	ITEMS SELECTIONNES
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor interrupt you when you were talking?
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor let you talk without interruptions?
atlas 37 : PPOC	When you saw the provider, did he or she give you a chance to explain the reasons for your visit
atlas 37 : PPOC	Did the provider listen to what had to say
atlas 41: ACES	How often did your personal doctor listen carefully to you?
atlas 4a: CAHPS	How often did this doctor listen carefully to you?
atlas 4a : CAHPS	During any of your visits, did this doctor: Listen to your reasons for the visit?
CARE	How was the doctor at letting you tell your story
CARE	How was the doctor at really listening
Psychosocial care by physicians	Physicians were willing to listen to my problems relating to my illness.
HCS	To what extent does your doctor pay close attention to what you are saying?
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor show interest in your questions and concerns?
atlas 10 : PCAS	Thoroughness of doctor's questions about your symptoms and how you are feeling
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor encourage you to talk about all your health problems or concerns?
atlas 13: PCAS	Thoroughness of your doctor's questions about your symptoms and how you are feeling
atlas 13: PCAS	Attention your doctor gives to what you have to say
atlas 13 :PCAS	Patience with your questions or worries

atlas 13: PCAS	My doctor cares as much as I do about my health
HCS	How much do you feel your doctor cares about you
atlas 41: ACES	How often did your personal doctor spend enough time with you?
Jefferson Scale	Understands my emotions, feelings and concerns.
Jefferson Scale	Is an understanding doctor.
Jefferson Scale	Seems concerned about me and my family.
Jefferson Scale	Can view things from my perspective (see things as I see them
Jefferson Scale	Asks about what is happening in my daily life.
Patient Perception of Quality	Reassuring attitude of the doctor
Patient Doctor Depth of Relationship Scale	This doctor really cares for me
atlas 4a: CAHPS	During your most recent visit, did this doctor show concern about your health and how you were feeling?
atlas 4a : CAHPS	During any of your visits, did this doctor : Show concern for your physical comfort?
Physician Patient Concordance	How well do you think the doctor understood you today?
CARE	How was the doctor at Making you feel ease
CARE	How was the doctor at being interested in you as a whole person
CARE	How was the doctor at showing care and compassion?
Psychosocial care by physicians	It was possible to talk with the physicians about personal matters
atlas 13 : PCAS	Doctor's caring and concern for you
atlas 4 a: CAHPS	How often did this doctor show respect for what you had to say?
HCS	How much of the time would you say your doctor is honest with you?

Patient Perception of Quality	Respect for privacy during the physical examination.
Patient Doctor Depth of Relationship Scale	This doctor takes me seriously
Patient Doctor Depth of Relationship Scale	This doctor accepts me the way I am
atlas 4a: CAHPS	How often did this doctor use a condescending, sarcastic, or rude tone or manner with you?
atlas 4 a: CAHPS	How often did you feel this doctor really cared about you as a person?
atlas 17 : PCAT	Feel comfortable telling your doctor about your problems
atlas 4a: CAHPS	How often did this doctor spend enough time with you?
atlas 4 a: CAHPS	Wait time includes time spent in the waiting room and exam room. In the last 12 months, how often did you see this doctor within 15 minutes of your appointment time?
atlas 10 : PCAS	How quickly you can see doctor when you are sick and call for an appointment
atlas 10 : PCAS	How many minutes you wait to see the doctor once you arrive for your appointment
atlas 10 : PCAS	Ability to speak to your doctor by phone when you have a question/need medical advice
atlas 17: PCAT	Doctor gives you enough time to talk about your problems
HCS	How much do you trust your doctor?
atlas 11 : Family Centered Care	Do you feel comfortable letting your provider know if/when you disagree with medical advice and recommendations for treatment and care of your child/youth?
Trust in Physician Scale	I trust my doctor so much that I always try to follow his/her advice.
Trust in Physician Scale	If my doctor tells me something is so, then it must be true.
Trust in Physician Scale	I sometimes distrust my doctor's opinion and would like a second one.
Trust in Physician Scale	I trust my doctor's judgement about my medical care.
Trust in Physician Scale	I feel my doctor does not do everything he/she should for my medical care.

atlas 13 : PCAS	I can tell my doctor anything, even things that I might not tell anyone else
atlas 13 : PCAS	My doctor sometimes pretends to know things when he/she is really not sure
atlas 13 : PCAS	I completely trust my doctor's judgments about my medical care
atlas 13 : PCAS	My doctor would always tell me the truth about my health, even if there was bad news
atlas 13 : PCAS	All things considered, how much do you trust your doctor?
atlas 37: PPOC	Did you have confidence and trust in the provider you saw
atlas 42: PC	I am uncomfortable in discussing a personal problem with the doctor
Trust in Physician Scale	I doubt that my doctor really cares about me as a person.
Trust in Physician Scale	I trust my doctor to tell me if a mistake was made about my treatment.
Trust in Physician Scale	I sometimes worry that my doctor may not keep the information we discuss totally private
Trust in Physician Scale	Home remedies are often better than drugs prescribed by a doctor
Trust in Physician Scale	If I get sick, it is my own behavior that determines how soon I get well again
Trust in Physician Scale	I understand my health better than most doctors do
atlas 10 : PCAS	I completely trust my doctor's judgments about my medical care
atlas 10 : PCAS	If a mistake was made in my treatment, my doctor would try to hide it from me
atlas 10 : PCAS	All things considered, how much do you trust your doctor
atlas 11 : Family Centered Care	Is there a respectful negotiation process to resolve any disagreements you might have about your child/youth's treatment and care?
Physician Patient Concordance	To what extent did you and the doctor agree about what to do about the problem or need?"
Physician Patient Concordance	To what extent do you and the doctor agree on what part you play in making decisions about health?

CPS	<p>Please choose one of the following statements that best describes how you would like the decision to be made:</p> <p>A. I prefer to make the final treatment decision.</p> <p>B. I prefer to make the final treatment decision after seriously considering my doctor's opinion.</p> <p>C. I prefer that my doctor and I share responsibility for deciding which treatment is best.</p> <p>D. I prefer that my doctor makes the final treatment decision, but seriously considers my opinion.</p> <p>E. I prefer to leave all treatment decisions to my doctor.</p>
Patient Perception of Quality	My involvement in the decisions concerning the tests and treatments.
SDM Q9	My doctor wanted to know exactly how I want to be involved in making the decision
SDM Q9	My doctor told me that there are different options for treating my medical condition
SDM-Q9	My doctor precisely explained the advantage and disadvantages of the treatment options
SDM-Q9	My doctor helped me understand all the information
SDM-Q9	My doctor asked me wich treatment option I prefer
SDMQ-9	My doctor and I thoroughly weighed the different treatment options
SDM-Q9	My doctor and I selected a treatment option together
SDM Q9	My doctor and I reached an agreement on how to proceed
atlas 4a : CAHPS	Did this doctor talk with you about the pros and cons of each choice for your treatment or health care?
atlas 6 : CPCQ	How often did your GP involve you when making decisions about your care?
atlas 6 : CPCQ	How important is it to you to be involved in decisions with your GP about your care?
atlas 10 : PACIC	Asked for my ideas when we made a treatment plan.
atlas 10 : PACIC	Given choices about treatment to think about.
atlas 35 : PPE15	If you had any anxieties or fears about your condition or treatment, did a doctor discuss them with you?
atlas 35 PPE15	Did you want to be more involved in decisions made about your care and treatment

atlas 41 ACES	When there was more than one treatment option to consider, did your personal doctor ask you which treatment option you preferred?
HCS	How often do you understand your doctor's explanations and suggestions?
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor explain the possible side effects of your medicines in a way that was easy to understand
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor explain things in a way that was easy to understand?
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor give you easy to understand instructions about taking care of these health problems or concerns?
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor use medical words you did not understand?
atlas 4a : CAHPS	How often was the written information you were given easy to understand?
atlas 4a : CAHPS	Were the explanations this doctor gave you about each of the following to understand? What was wrong with you? The reason for a treatment? What a medicine was for? How to take a medicine? Results of a blood test, x-ray or other test? What to do if a condition got worse or came back? Something else?
atlas 4a : CAHPS	How often were the results of your blood test, x-ray or other test easy to understand?
atlas 4a : CAHPS	During your most recent visit, did this doctor explain things in a way that was easy to understand?
atlas 4a : CAHPS	During your most recent visit, did this doctor give you easy to understand instructions about what to do to take care of these health problems or concerns?
atlas 35 : PPE 15	When you had important questions to ask a doctor, did you get answers that you could understand?
atlas 37 : PPOC	When you asked questions , did you get answers you could understand
atlas 37 : PPOC	Did the provider explain why you needed tests in a way that you could understand?
atlas 37 : PPOC	After tests were done , did the provider explain the results in a way that you could understand
atlas 37 : PPOC	Did someone explain the purpose of any prescribed medicines in a way you could understand?
atlas 41 : ACES	How often did your personal doctor explain things in a way that was easy to understand?

atlas 41 : ACES	How often did your personal doctor give you clear instructions about what to do to take care of the health problems or symptoms that were bothering you
atlas 42 : PC	The doctor does not explain things to me.
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor check to be sure you understood everything?
CARE	How was the doctor at fully understanding yours concerns?
atlas 17: PCAT	Questions answered in ways that you can understand
atlas 11: Family Centered Care	Does your provider make sure you have the information you need to understand the range of treatment and care choices for your child/youth?
atlas 4a CAHPS	Were the explanations this doctor gave you about each of the following hard to understand?
atlas 11: Family Centered Care	Does your provider make sure all your questions about your child/youth's treatment and care have been answered before you leave the office?
Patient Perception of Quality	The explanations about my health problem were clear and complete (cause, seriousness, progress)
Patient Perception of Quality	The explanations about the tests to be taken were clear and complete (purpose, process, communication of results).
Patient Perception of Quality	The explanations about the treatment chosen were clear and complete (process, effects and complications
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor give you all the information you wanted about your health
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor explain what to do if this illness or health Condition got worse or came back?
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor give you easy to understand instructions about how to take your medicines?
atlas 4a : CAHPS	Did this doctor explain the possible side effects of your medicines?
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor suggest ways to help you remember to take your medicines?
atlas 4a : CAHPS	During any of your visits, did this doctor: Describe his or her physical findings?
atlas 4a : CAHPS	During any of your visits, did this doctor: Describe the next steps for your care or treatment?
atlas 4a : CAHPS	During any of your visits, did this doctor: Explain the reason for any additional tests?

atlas 37 : PPOC	Did you get as much information about your condition and /or treatment as you wanted from the provider?
atlas 4a : CAHPS	Did you and this doctor talk about specific things you could do to prevent illness?
CARE	How was the doctor at explaining things clearly?
Psychosocial Care by Physicians	Physicians explained everything in a clear and understandable way
atlas 4a : CAHPS	How often did this doctor use pictures, drawings, or models to explain things to you?
atlas 4a : CAHPS	Other than a prescription, did this doctor give you written information or write down information about how to take your medicines?
atlas 4a : CAHPS	Did this doctor give you complete and accurate information about: Tests? Choices for your care? Treatment? Plan for your care? Medications? Follow-up care?
atlas 10 : PACIC	Given a written list of things I should do to improve my health
atlas 10 : PACIC	Given a copy of my treatment plan.
Psychosocial Care by Physicians	Physicians used visual aids (pictures, drawings and outlines)
Psychosocial Care by Physicians	Physicians gave an illustrative picture of illness.

ANNEXE 7 : Items constituant l'échelle CMM-15 en fonction des échelles sélectionnées

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15
<i>CARE mesure</i>	•		•		•	•					•				
<i>Instrument for measuring patient-reported psychosocial care by physicians</i>	•					•									
<i>HCS</i>	•					•						•	•		
<i>Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy</i>	•				•										
<i>Patient Perception of Quality</i>						•	•		•	•	•				
<i>Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale</i>											•				
<i>Physician Patient Concordance</i>					•				•						
<i>Trust in Physician Scale</i>											•	•	•		
<i>CPS</i>									•						

<i>SDM-Q-9</i>									•	•					•	
<i>PCAS</i>	•								•				•	•		•
<i>CAHPS</i>	•	•	•	•		•	•	•			•				•	
<i>ACES</i>	•					•			•							
<i>PCAT</i>		•		•		•				•						
<i>Family-Centered Care Self-Assessment Tool</i>									•						•	•
<i>Patient Perception of Continuity Instrument (PC)</i>						•	•			•						
<i>PPOC</i>	•		•			•							•			
<i>PACIC</i>									•	•						
<i>PPE-15</i>						•				•						
<i>CPCQ</i>										•						•

ANNEXE 8 : Questionnaire général modifié et échelle définitive CMM-13

Questionnaire général

Nous souhaitons recueillir votre opinion sur votre dernière consultation aux urgences. Cet entretien va durer environ 15 minutes. Nous vous remercions du temps que vous allez prendre pour répondre à cette enquête. Vos réponses resteront anonymes.

Données sociodémographiques

Tout d'abord, quelques questions pour mieux vous connaître :

1. Quel âge avez-vous ?.....
2. Quel est votre niveau d'études ?
 Collège Bac Bac +2 Études supérieures après Bac +2 autres
3. Travaillez-vous dans le milieu médical ?
 Oui Non
4. À quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ?
5. Êtes-vous venu consulter seul ou accompagné d'un proche ?
 Oui Non
6. Avez-vous choisi de consulter dans ce service ?
 Oui Non
7. Avez-vous déjà consulté dans ce service ?
 Oui Non
8. Ce service vous a-t-il été recommandé ?
 Oui Non

Echelle CMM-13

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui	NA
1- Le médecin vous a-t-il écouté attentivement pendant la consultation ?	1	2	3	4	0
2- Le médecin vous a-t-il interrompu pendant que vous parliez ?	4	3	2	1	0
3- Le médecin vous a-t-il encouragé à vous exprimer ?	1	2	3	4	0
4- Le médecin vous a-t-il bien examiné ?	1	2	3	4	0
5- Vous-êtes-vous senti compris par le médecin ?	1	2	3	4	0
6- Est-ce que le médecin s'est exprimé de façon compréhensible ?	1	2	3	4	0
7- Avez-vous eu l'impression d'avoir eu toutes les informations nécessaires?	1	2	3	4	0
8- Le médecin vous a-t-il expliqué les avantages et inconvénients du traitement ?	1	2	3	4	0
9- Le médecin vous a-t-il impliqué dans la prise de décision ?	1	2	3	4	0
10- D'après vous le médecin a-t-il eu une attitude et un discours rassurants?	1	2	3	4	0
11- Avez-vous confiance en ce médecin ?	1	2	3	4	0
12- Le médecin s'est-il assuré que vous aviez bien compris ses explications?	1	2	3	4	0
13- Le médecin a-t-il répondu à toutes vos attentes et/ou préoccupations?	1	2	3	4	0
	TOTAL: / 52				

RESUME

TITRE : Elaboration d'une échelle mesurant la communication médecin malade : validation et description de ses déterminants à partir d'une étude réalisée aux urgences

Contexte : La Communication Médecin Malade (CMM) est une composante essentielle de l'efficacité des soins. Elle influe sur la satisfaction et l'adhérence du patient. Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'outils génériques faisant consensus pour en mesurer la qualité.

Objectifs : Créer une échelle évaluant la CMM au cours d'une consultation et décrire ses déterminants. **Méthodes :** Une recherche bibliographique a permis de retenir 20 échelles validées, à partir desquelles ont été sélectionnés par une équipe multidisciplinaire les items pertinents, permettant d'aboutir à un questionnaire à 15 items : échelle CMM-15. La validation des propriétés intrinsèques et la recherche des déterminants de la CMM ont été réalisées par une étude sur 150 patients qui consultaient dans deux services d'urgences pour des pathologies aiguës. **Résultats:** La cohérence interne de l'échelle est élevée (alpha de Cronbach à 0.89). Les déterminants de la CMM sont le niveau d'information (conseils hygiéno-diététiques ; critères de reconsultation) ($p = 0.01$) et l'appartenance du patient au milieu médical ($p = 0.04$). **Conclusion :** Cet outil générique pourrait permettre d'évaluer l'impact d'interventions au cours d'une consultation et être utilisé comme un indicateur de la qualité des soins. Pour valider les propriétés extrinsèques, l'échelle devra être testée dans d'autres contextes cliniques. L'information est le principal déterminant de la qualité de la communication et a un effet multiplicatif sur le score de CMM qui lui-même a un effet sur l'adhérence globale du patient. Un des axes d'amélioration de la communication réside dans la qualité de l'information délivrée aux cours d'une consultation.

Mots clés : communication médecin malade, relation médecin malade, échelle de communication, information, pathologies aiguës, service d'urgences