

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/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année 2015

N°

CONSTRUCTION D'UNE ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA RELATION MÉDECIN- PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Clément BOGUET

Clémentine ARIOT

Né le 30 juillet 1987 à La Tronche

Née le 22 janvier 1987 à Paris

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE*

Le 12 juin 2015

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : M. le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres du jury : M. le Professeur Mircea POLOSAN

M. Le Professeur José LABARERE

Directeur de thèse : M. le Docteur Serge BOUHANA

**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.*

UFR de Médecine de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 44
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70



Affaire suivie par Marie-Lise GALINDO sp-medecine-pharmacie@ujf-grenoble.fr

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET**

Année 2014-2015

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie

Mise à jour le 14 novembre 2014

PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation

Mise à jour le 14 novembre 2014

PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBLOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémo - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé

Mise à jour le 14 novembre 2014

MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Mise à jour le 14 novembre 2014

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL, Professeur de psychiatrie d'adultes
au CHU de Grenoble

Vous nous avez fait l'honneur d'avoir accepté de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN, Professeur de psychiatrie d'adultes
au CHU de Grenoble

Vous nous avez fait l'honneur d'avoir accepté de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur José LABARERE, Professeur dans le département de
veille sanitaire au CHU de Grenoble

Vous nous avez fait l'honneur d'avoir accepté de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Serge BOUHANA, Maître de stage universitaire, Médecin
généraliste à Aigueblanche

Merci de nous avoir fait confiance pour la réalisation de la deuxième partie de ce projet.

Merci pour votre très grande disponibilité et votre aide tout au long de ce travail.

Aux membres du département de médecine générale de Grenoble, notamment le Professeur Jean-Pierre JACQUET et le Docteur Yoann GABOREAU ; nous les remercions pour leurs précieux conseils lors des séances de préparation de thèse.

À tous les experts qui ont accepté de consacrer de leur temps précieux pour participer à notre thèse et qui nous ont ainsi permis de bénéficier de leur expérience ; nous vous en remercions chaleureusement.

Nous les citons par ordre alphabétique :

Dr Michel ARNOULD	MG
Dr Pascale ARNOULD	MG
Dr Cédric ARRIVE	MG
Pr Claude ATTALI	MG
Dr Bernard AUDEMA	MG
Dr Jean-Marc BERTRAND	MG
Dr Françoise BIGO-PERRIER	MP
Dr Emmanuel BOCHET	MG
Dr Jean-Emmanuel BOIVIN	MG
Dr Jacques BOUCHAUD	MG
Dr Gaston BOYER	MG
Dr François CARNIAUX	MG
Dr Yannick CARRILLO	MG
Dr Sofia CHATELARD	MG
Dr Laurence COMPAGNON	MG
Dr Christian COMTE	MG
Mme Louise CORTES	PC

Dr Jean COTTRAUX	MP
Dr Charly CUNGI	MP
Dr Guillaume DE VERICOURT	MG
Dr Maryse DUROCHER	MG
Dr Alain EL SAWY	MG
Dr Gérard ESTURILLO	MG
Dr Aurélie FERRARA	MG
Dr Angélique FRANCHI	MG
Dr Yoann GABOREAU	MG
Dr Briec GALES	MG
Mme Aurélie GAUCHET	PC
Dr Anne GERVASONI	MG
Dr Florian GUICHARD	MG
Pr Patrick IMBERT	MG
Pr Jean-Pierre JACQUET	MG
Dr Jean-Marc KLEIN	MG
Dr Dominique LAMY	MG
Dr Jean-Nicolas LEDOUX	MG
Dr Patrick LEHMANN	MP
Dr Olivier MARCHAND	MG
Dr Nathalie MARECHAL	MG
Dr Francis MARION	MG
Dr Aude MELIN	MG
Dr Brigitte METADIEU	MG
Dr Christel ODDOU	MG
Dr Mélanie PHILIPPE	MG
Dr François RAINERI	MG
Mme Lucia ROMO	PC
Dr Bernard ROUCHOUSE	MP
Dr Fabienne SAILLARD	MG
Dr Mélanie SUSTERSIC	MG
Dr Franck SUZONI	MG
Dr Alain TARQUIS	MG
Mme Annabel VANDERFELT	PC
Dr Anne-Claire ZIPPER	MG

REMERCIEMENTS CLEMENTINE

A mes parents

Merci de m'avoir inculqué de belles valeurs, d'être toujours présents, de m'avoir permis de mener ces longues études. Je ne pourrai jamais assez vous remercier pour tout ce que vous faites ; vous êtes formidables et je vous admire.

A **Chloé**, qui essaie de me faire aimer les musées ; ne désespère pas, ça finira bien par marcher !

A **Ben**, et ces folles journées de ski à la fin desquelles j'ai failli y laisser mes quadriceps.

C'est un grand bonheur de vous avoir comme frère et sœur.

A **Salomé**, ma filleule

A Yannick et Alice

Merci de ta présence à mes côtés, de m'avoir remotivée et soutenue dans les moments de doute et de fatigue. Merci de ce magnifique cadeau qu'est notre fille.

A **Mina**, pour m'avoir logée et permis de réaliser une partie de mes études dans de si bonnes conditions.

A **Mamie Louissette** et pour ses délicieuses saveurs bretonnes.

Une pensée pour mes grands-pères qui ne verront pas l'aboutissement de ce travail ; j'aurais été heureuse de pouvoir le leur montrer.

A **Marie-Cécile**, d'être une marraine au top !

A Clément

Ca y est Doc Clem, un bon bout de terminé !

Aux amis de médecine et d'enfance

Pour ces moments partagés, aux débriefings, soirées, apéros, voyages passés en votre compagnie, et tous ceux à venir.

A tous mes maîtres de stage et à Jean-Marie

Pour l'amour de la médecine que vous m'avez transmis et pour tout ce que vous m'avez appris et apporté.

REMERCIEMENTS CLEMENT

A mes parents, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi tout au long de ces années (les trajets en voiture, les réveils à 3h du matin,...). Vraiment, Merci pour tout, ne changez rien !!

A ma grand-mère Suzanne, à ce rythme-là on va pouvoir fêter mon pot de départ à la retraite ensemble !!! Merci pour tous ces bons moments et ses vacances passées ensemble.

A mon grand-père Guy, tu es parti un peu trop tôt pour voir ça, mais je sais que ça t'aurait fait plaisir.

A mes deux autres grands-parents Marcel et Madeleine, également parti trop tôt, je pense à vous très fort.

A Lisa, tu mérites un petit mot rien que pour toi. Je t'ai supportée, tu m'as supportée, bref... on s'est bien amusé et c'est pas terminé (et arrête de tenir ton téléphone et de te tripoter les cheveux).

A Romain, Hélène, Lola, Lucie (et Roxy) : Il est loin le temps des « ballistics » et des foots endiablés dans le couloir hein Romain !! Hélène, merci pour tout, on a pas tous la chance d'avoir une belle-sœur comme toi (ça vaut pas les poèmes de Lili, mais j'en pense pas moins). Lola, tu es la plus mignonne et la plus gentille petite fille que je connaisse, n'oublie pas de rester pareil. Et Lucie, bienvenue à toi !! Et Roxy, va chercher la balle !!

A Marion, Merci pour tout, le plus beau reste à venir. Je ne rajoute rien sinon il risque de m'arriver des bricoles...

A Clem(entine), We did it (= on l'a fait! en anglais, pour ceux qui ne comprennent pas l'anglais, ils se reconnaîtront...)

Au reste de la famille, à tous les copains et aux co-internes (collège, lycée, fac, hockey, avo) j'ai peur d'en oublier donc j'en écris aucun !!

A mes Maitres de Stage (et Marianne), merci pour tout ce que vous m'avez appris...

Tonton Jean, tu as le droit à un remerciement rien que pour toi, je ne t'oublierai jamais, surtout pas pour une telle occasion

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	13
1- INTRODUCTION	14
2- MATÉRIEL ET MÉTHODE	17
2-1. Le groupe d'experts	17
2-2. Méthode Delphi.....	17
2-3. Pré-validation de la grille	20
3- RÉSULTATS	22
3-1. Les experts : données socio-professionnelles	22
3-2. Résultats du premier tour de la ronde Delphi	23
3-3. Résultats du deuxième tour de la ronde Delphi	25
3-4. Résultats du troisième tour de la ronde Delphi	27
3-5. Pré-validation de la grille	29
4- DISCUSSION	34
4-1. Rappel des principaux résultats	34
4-2. Intérêt et limites de l'étude	34
4-3. Comparaison avec la littérature.....	37
4-4. Perspectives futures	40
5- CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	43
RÉSUMÉ	45
ABSTRACT	46
ANNEXES	47
SERMENT D'HIPPOCRATE	94

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : caractéristiques professionnelles des experts ayant participé à la première partie de l'étude	23
Tableau N°2 : critères retenus au premier tour de ronde Delphi	24
Tableau N°3 : critères éliminés au premier tour de ronde Delphi	25
Tableau N°4 : critères retenus à l'issue du second tour de ronde Delphi	26
Tableau N°5 : critères retenus à l'issue des deux premiers tours de ronde Delphi.....	27
Tableau N°6 : critères éliminés au troisième tour de ronde Delphi	27
Tableau N°7 : critères retenus à l'issue des trois tours de ronde Delphi.....	28
Tableau N°8 : critères dont l'énoncé a été modifié à l'issue de la pré-validation	31
Tableau N°9 : grille définitive	33

LISTE DES ABRÉVIATIONS

MG Médecin Généraliste

MP Médecin Psychiatre

PC Psychologue Clinicien

SASPAS Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

1- INTRODUCTION

1-1. Contexte

Pour le dire de façon illustrée, « la communication est la navette qui tisse la toile des relations entre les personnes » (IANDOLO 2006). En d'autres termes, la communication peut être vue comme un moyen au service d'un but qui est la relation ; communication et relation sont les déterminants du rapport qui s'établit entre les hommes (1). C'est particulièrement vrai dans le soin où la relation et la communication font partie des compétences fondamentales pour l'exercice de la médecine générale (2). L'apprentissage de ces compétences débute lors de la formation des jeunes médecins et se développe tout au long de la carrière du praticien. Il a été montré, en effet, que la communication dans la relation entre le patient et le médecin est incontournable (3) et qu'elle a une place centrale dans la pratique clinique (4, 5).

Une meilleure communication et donc une meilleure relation valorisent la pratique du clinicien. Elles augmentent l'efficacité de la consultation et influent sur l'évolution thérapeutique (6) en instaurant une collaboration partenariale. Ainsi, s'établit une véritable alliance thérapeutique : le patient et le thérapeute peuvent travailler ensemble pour résoudre les problèmes posés (7). Cette communication de qualité, au service de la relation médecin-patient, a pour

but ultime de contribuer à guérir le patient, le soulager ou l'accompagner en favorisant son mieux-être (8).

En France, des travaux ont été réalisés pour faire émerger les critères de qualité de la relation entre le médecin et le patient, à la fois selon l'expérience des médecins (9) et selon le point de vue et les attentes des patients (10). Cependant, à la différence des pays anglo-saxons (11, 12), ou d'autres pays francophones (13), il n'existait pas de grille élaborée en France, à partir de ces critères de qualité, permettant une auto-évaluation ou une hétéro-évaluation du médecin dans la relation avec le patient.

Une première étude qualitative, fondée sur la réalisation de focus groups de médecins généralistes, couplée à une revue de la littérature (14), avait permis d'établir une liste de 39 critères de qualité de la communication (cf. Annexe N°1) dans la relation interpersonnelle entre le médecin et le patient. Elle a constitué la base de notre travail.

1-2. Question de recherche

Quels sont les principaux critères de qualité dans l'évaluation de la communication médecin-patient au cours d'une consultation de médecine générale ? C'est à cette question que le présent travail tente de répondre.

1-3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre travail était donc d'obtenir, par consensus d'experts, une grille réduite de critères considérés comme les plus représentatifs de la qualité de la communication dans la relation médecin-patient.

Une réduction du nombre d'items de 39 à moins de 15 était visée, dans le but de rendre possible une validation métrologique de la grille.

Pour conclure ce travail, nous avons effectué une pré-validation externe de cette grille, étape préalable à une validation définitive qui fera l'objet d'une future recherche.

2- MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons choisi une méthode d'élaboration de consensus visant à obtenir un avis convergent d'un groupe d'experts sur la pertinence et l'importance relative des critères constituant la grille de 39 items (cf. Annexe N°1). Pour cela, nous avons choisi la méthode Delphi (15).

2-1. Le groupe d'experts

Les experts ont été sélectionnés, avec l'aide de notre directeur, pour leur compétence dans le domaine de la communication avec les patients, ainsi que pour leur intérêt pour le sujet. Ils n'ont pas été choisis de manière aléatoire.

2-2. Méthode Delphi

La méthode Delphi appartient à la famille des méthodes de consensus. Elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts. Elle peut servir à élaborer un référentiel en contexte d'incertitude ou de divergence, mais aussi à générer des idées et des solutions.

Les experts sollicités, de façon itérative, répondaient en toute indépendance. Ils ignoraient l'identité des autres participants et n'avaient aucune interaction entre eux. Ils étaient interrogés à distance par courrier électronique.

Nous avons effectué 3 tours d'interrogation (16). Pour chaque tour, en cas d'absence de réponse d'un expert, un premier rappel lui était adressé au 14^{ème} jour, puis un deuxième à un mois. À chaque tour, les experts étaient également invités à commenter les informations obtenues et à réagir à la position exprimée par le groupe.

Le recueil des données et l'analyse statistique ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft © Excel 2010.

2-2-1. Ronde d'interrogation Numéro 1

Après avoir informé les experts de notre travail (cf. Annexes N°2 et 3) et reçu leur accord, nous leur avons adressé le premier questionnaire (cf. Annexe N°4). Ils étaient alors invités à s'exprimer sur chacun des 39 critères initiaux. Nous leur avons demandé d'attribuer à chacun de ces critères une note de 1 à 9 en fonction de l'importance qu'ils lui accordaient. Les critères avec un fort consensus négatif (médiane < 7 et moins de 50 % des réponses dans l'intervalle [7-9]) étaient exclus. Ceux avec un fort consensus positif (médiane ≥ 9 et plus de 90% des réponses dans l'intervalle [7-9]) étaient retenus pour le 3^{ème} tour

d'interrogation (17). Les autres critères avec un consensus intermédiaire étaient retenus pour réaliser le 2^{ème} tour d'interrogation (cf. Annexe N°5).

2-2-2. Ronde d'interrogation Numéro 2

Pour ce second tour, nous avons demandé aux experts (cf. Annexe N°6) de choisir les 10 critères qui leur paraissaient les plus importants parmi ceux qui avaient obtenu un consensus intermédiaire lors du 1^{er} tour. Ils devaient également les classer du plus important au moins important. Pour chacune des propositions, nous avons rappelé à chacun des experts quelles avaient été leurs réponses au premier tour, ainsi que les résultats globaux de l'ensemble des participants (cf. Annexe N°5). Un critère était retenu pour le troisième tour d'interrogation s'il était cité par plus de 50% des experts. Les autres critères étaient exclus.

2-2-3. Ronde d'interrogation Numéro 3

Lors de cet ultime tour, nous avons demandé aux experts (cf. Annexe N°7) d'exclure les 2 critères qui leur paraissaient les moins importants, dans la liste de ceux qui avaient été retenus (cf. Annexe N°8). Les critères ayant été cités par plus de 20% des experts étaient exclus. Les critères restants composaient la grille définitive.

2-3. Pré-validation de la grille

2-3-1 L'objectif de la pré-validation

Afin de pouvoir réaliser lors d'une prochaine étude une validation métrologique de cette grille selon le protocole de L. Côté (13), nous en avons réalisé une pré-validation.

2-3-1 Les experts de la pré-validation

Les 7 experts sollicités étaient indépendants du groupe des experts ayant participé à la méthode Delphi. Ils étaient tous des maîtres de stage des universités, accueillant des internes en stage ambulatoire de niveau 2 (SASPAS).

2-3-2 L'évaluation des experts

Nous avons fait visionner séparément aux 7 experts, un enregistrement vidéo de la consultation d'un interne de médecine générale en fin de cursus. La consultation consistait en un entretien avec un patient de 53 ans, suivi et traité pour un épisode dépressif majeur.

Une échelle d'évaluation des critères en 3 points a été choisie, sur le modèle du Guide Calgary-Cambridge (18).

Pendant le visionnage, il était demandé aux experts de remplir le questionnaire et de nous faire un retour sur l'utilisation de cette grille et la compréhension des items (cf. Annexe N°9). Les différents points abordés portaient sur :

- la compréhension des critères ;
- la précision de l'énoncé des critères ;
- la facilité d'utilisation de la grille ;
- la pertinence de l'échelle de mesure.

La possibilité leur était donnée d'assortir de commentaires en texte libre chacun de leur choix de critères. Ces commentaires étaient confrontés avec la littérature et spécialement les critères correspondants de la grille de Luc Côté (13) et du guide Calgary-Cambridge (18), afin d'évaluer s'il pouvait être pertinent de modifier, sans en changer le sens, l'énoncé de certains des critères sélectionnés.

3- RÉSULTATS

3-1. Les experts : données socio-professionnelles

3-1-1. Nombre d'experts

Pour la première étape de ce travail, nous avons sollicité 54 experts et 45 d'entre eux ont répondu au premier tour de la ronde Delphi, soit 83,3%. Au deuxième tour, 39 des 45 experts ont répondu, soit 86,7%. Au troisième tour, 42 des 45 experts ont répondu, soit 93,3%.

Pour la phase de pré-validation, nous avons sollicité 7 nouveaux experts.

3-1-2. Caractéristiques des experts ayant participé aux rondes Delphi

3-1-2-1. Âge

L'âge médian des experts était de 54 ans. L'expert le plus jeune avait 27 ans et l'expert le plus âgé avait 72 ans.

3-1-2-2. Sexe

Les experts étaient constitués de 32 hommes (soit 61%) et de 20 femmes.

3-1-2-3. Profession

La profession la plus représentée, puisque c'est à celle-ci que s'adresse notre travail, était la médecine générale. Les experts avaient en majorité un exercice libéral, en secteur urbain (cf. tableau N°1).

Tableau N°1 : caractéristiques professionnelles des experts ayant participé à la première partie de l'étude

Fonction	Particularités	Nombre	%
Médecins généralistes	Enseignants, maîtres de stage	27	60
	Secteur libéral	32	71
	Secteur salarié	3	7
	Autres	1	2
Psychiatres		5	11
Psychologues		4	9
Lieu d'exercice	Urbain	28	62
	Semi-rural	12	27
	Rural	5	11
Mode d'exercice	Libéral	37	82
	Hospitalier	7	16
	Fonctionnaire	1	2

3-2. Résultats du premier tour de la ronde Delphi

Quarante-cinq experts ont répondu au premier tour.

3-2-1. Critères conservés

Nous avons gardé d'office 8 critères à la fin du premier tour puisqu'ils faisaient l'objet d'un consensus entre les experts. Ces critères correspondaient aux caractéristiques suivantes : ils avaient une médiane à 9 et/ou 90% des réponses des experts se situaient dans l'intervalle [7-9] (cf. tableau N°2 et Annexes N°10 et 11).

Il s'agissait des critères 1, 2, 3, 6, 20, 27, 28, 36.

Tableau N°2 : critères retenus au premier tour de ronde Delphi

	Critères	Médiane	% [7-9]
Critère 1	<i>Salue le patient</i>	9	91,1
Critère 2	<i>Accueil assez chaleureux, attitude d'ouverture</i>	9	84,4
Critère 3	<i>Se place d'emblée dans une disposition d'écoute</i>	9	93,3
Critère 6	<i>Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes et de ses attentes ainsi que des éventuels motifs cachés de la consultation</i>	8	93,3
Critère 20	<i>Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient</i>	9	82,2
Critère 27	<i>Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical</i>	9	93,3
Critère 28	<i>Vérifie la compréhension du patient</i>	8	93,3
Critère 36	<i>Propose au patient de le revoir si besoin</i>	9	77,8

3-2-2. Critères éliminés

Les 5 critères éliminés à l'issue du premier tour faisaient l'objet d'un « consensus négatif » au sein des experts. Ces critères correspondaient à une médiane inférieure à 7 et moins de 50% des réponses des experts se situaient dans l'intervalle [7-9] (cf. tableau N°3).

Il s'agissait des critères 9, 10, 19, 23, 29.

Tableau N°3 : critères éliminés au premier tour de ronde Delphi

Critères		Médiane	% [7-9]
Critère 9	<i>Évite les questions directives ou suggestives</i>	6	44,4
Critère 10	<i>Évite les répétitions</i>	5	4,4
Critère 19	<i>Utilise l'humour de façon appropriée</i>	5	33,3
Critère 23	<i>Énonce les transitions</i>	5,5	17,8
Critère 29	<i>S'appuie sur des fiches écrites si besoin</i>	5	28,9

3-2-3. Cas particulier

Un des experts nous a affirmé qu'il lui était difficile de répondre de manière honnête à cette première partie car tous les critères lui semblaient importants pour avoir une bonne communication en médecine. Nous avons donc pris le parti de coter à 9 tous les critères pour cet expert.

3-3. Résultats du deuxième tour de la ronde Delphi

Pour être sélectionné à l'issue du deuxième tour de la ronde Delphi, un critère devait être désigné par au moins 50% des experts (Cf. Annexes N°12 et 13).

Ainsi, nous avons retenu neuf critères qui correspondaient à ces caractéristiques, les critères 4, 14, 16, 22, 24, 30, 31, 33, 34 (cf. tableau N°4).

Tableau N°4 : critères retenus à l'issue du second tour de ronde Delphi

	Critères	%
Critère 4	<i>Laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre</i>	71,8
Critère 14	<i>Utilise la reformulation de façon adaptée</i>	53,8
Critère 16	<i>Résume régulièrement et sollicite l'accord du patient</i>	56,4
Critère 22	<i>Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes</i>	51,3
Critère 24	<i>Sait exprimer son désaccord de façon adaptée</i>	56,4
Critère 30	<i>Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse</i>	56,4
Critère 31	<i>N'émet pas de jugement</i>	64,1
Critère 33	<i>Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable</i>	53,8
Critère 34	<i>Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités</i>	61,5

À l'issue de ces deux premiers tours, nous avons donc obtenu un nouveau tableau avec 17 critères (cf. tableau N°5).

Tableau N°5 : critères retenus à l'issue des deux premiers tours de ronde Delphi

1. Salue le patient
2. Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture
3. Se place d'emblée dans une disposition d'écoute
4. Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre
5. Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation
6. Utilise la reformulation de façon adaptée
7. Résume régulièrement et sollicite l'accord du patient
8. Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient
9. Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes
10. Sait exprimer son désaccord de façon adaptée
11. Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical
12. Vérifie la compréhension du patient
13. Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse
14. N'émet pas de jugement
15. Incite le patient à participer à la prise de décision et parvient à un choix mutuellement acceptable
16. Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités
17. Propose au patient de le revoir si besoin

3-4. Résultats du troisième tour de la ronde Delphi

Pour être éliminé au troisième tour, un critère devait être cité par au moins 20% des experts (Cf. Annexes N°14 et 15). Ainsi, trois critères ont pu être retirés de la liste : les critères 1, 16 et 36 (cf. tableau N°6).

Tableau N°6 : critères éliminés au troisième tour de ronde Delphi

	Critères	%
Critère 1	<i>Salue le patient</i>	12
Critère 16	<i>Résume régulièrement et sollicite l'accord du patient</i>	9
Critère 36	<i>Propose au patient de le revoir si besoin</i>	13

À l'issue de ce dernier tour, nous avons donc obtenu une nouvelle grille comprenant 14 critères (cf. tableau N°7).

Tableau N°7 : critères retenus à l'issue des trois tours de ronde Delphi

Critère 1	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture
Critère 2	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute
Critère 3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre
Critère 4	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation
Critère 5	Utilise la reformulation de façon adaptée
Critère 6	Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient
Critère 7	Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes
Critère 8	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée
Critère 9	Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical
Critère 10	Vérifie la compréhension du patient
Critère 11	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse
Critère 12	N'émet pas de jugement
Critère 13	Incite le patient à participer à la prise de décision et parvient à un choix mutuellement acceptable
Critère 14	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités

3-5. Pré-validation de la grille

3-5-1. Les experts

L'âge médian des experts était de 50 ans. Il y avait 5 hommes et 2 femmes. Les années de soutenance des thèses allaient de 1974 à 2003.

Parmi les experts, 5 étaient novices dans le remplissage d'une telle grille. Les 2 autres avaient l'habitude de ce genre d'outil d'évaluation.

3-5-2. Les avis concernant la grille

Selon ces nouveaux experts, les critères étaient bien compris, bien énoncés, intéressants, non redondants.

L'échelle de mesure n'était pas satisfaisante pour tous. Deux experts se sont trompés et ont inversé le 1 et le 3 dans leur notation. De plus, un expert a fait la remarque que l'« acquisition » d'une compétence ne pouvait pas se juger sur une seule consultation. Il proposait donc d'utiliser le terme « satisfaisant ». Mais, globalement, l'échelle en 3 points leur paraissait fonctionnelle.

Un expert a proposé quelques modifications sur les énoncés de la grille : sur le critère 11, les notions de « franchise » et de « clarté » lui semblaient être deux notions différentes et pas forcément corrélées. Et à propos du critère 13, ce même expert soulignait que l'on peut inciter le patient à participer à la prise de décision sans parvenir forcément à un choix mutuellement acceptable et vice-

versa. Un autre expert a également souligné le caractère redondant du critère 11.

Un des experts a relevé qu'il serait intéressant de faire ressortir la notion du non-verbal dans la grille, même si le critère correspondant a été éliminé lors des tours précédents. De plus, dans les commentaires, de nombreux experts ont également fait part de l'importance du non-verbal dans la communication.

3-5-3. Les avis concernant le support d'évaluation

Concernant l'évaluation des critères, il apparaît difficile de se faire un avis sur une seule consultation : l'idéal est de pouvoir évaluer au moins deux consultations. De plus, d'après plusieurs experts, certains critères n'étaient pas applicables à ce motif de consultation (suivi d'un état dépressif majeur).

Il en est ressorti aussi que la qualité du support vidéo utilisé pour cette phase de validation est très importante et qu'elle doit être aussi bonne que possible.

3-5-4. Commentaires généraux

Les commentaires généraux relevaient surtout qu'il fallait proposer cette grille sous format A4 pour qu'elle soit le plus lisible possible et que des indications soient fournies pour la remplir.

Un expert a aussi proposé que lorsqu'elle est utilisée dans le cadre de l'évaluation d'un interne, la grille soit accompagnée d'une fiche explicative détaillant les éléments à évaluer pour juger qu'un critère est pleinement satisfaisant, moyennement satisfaisant, ou ne l'est pas.

Sur la base des commentaires des experts, l'énoncé de 3 critères a été complété ou légèrement reformulé, mais chaque fois le contenu signifié en a été conservé :

Tableau N°8 : critères dont l'énoncé a été modifié à l'issue de la pré-validation

Critère 3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre <i>ou le fait avec tact quand cela s'avère nécessaire</i>
Critère 11	Informe le patient avec franchise , de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical
Critère 13	Incite le patient à participer à la prise de décision et parvient à un choix mutuellement acceptable

3-5-5. Aménagement final de la grille

Afin de faciliter la lecture de la grille, nous avons regroupé les critères en 5 dimensions (dimensions formulées dans la grille initiale de 39 items).

1. Accueil
2. Habiletés de communication
3. Empathie
4. Partage des informations
5. Partage des décisions

L'échelle d'évaluation des critères en 3 points a été choisie sur le modèle du Guide Calgary-Cambridge (18).

1. Satisfaisant
2. Moyennement satisfaisant
3. Non satisfaisant

À l'issue de cette étape de pré-validation, nous proposons donc une nouvelle grille :

Tableau N°9 : grille définitive

ÉNONCÉ DES CRITÈRES		Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Non satisfaisant
ACCUEIL				
1	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture			
2	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute			
HABILETÉS DE COMMUNICATION				
3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre ou le fait avec tact quand cela s'avère nécessaire			
4	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation			
5	Utilise la reformulation de façon adaptée			
6	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée			
EMPATHIE				
7	Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient			
8	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse			
9	N'émet pas de jugement			
PARTAGE DES INFORMATIONS				
10	Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes			
11	Informe le patient de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical			
12	Vérifie la compréhension du patient			
PARTAGE DES DÉCISIONS				
13	Incite le patient à participer à la prise de décision			
14	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités			

4- DISCUSSION

4-1. Rappel des principaux résultats

Une grille courte de 14 critères classés par thèmes, relativement simple à utiliser par les superviseurs, a été obtenue par un consensus d'experts. Cette grille constitue un outil destiné à évaluer la qualité de la communication du médecin avec son patient, au cours d'une consultation de médecine générale.

4-2. Intérêt et limites de l'étude

4-2-1. Points forts de l'étude

L'anonymat, qui est requis par la méthode Delphi, a permis la libre expression des experts.

Le nombre d'experts ayant participé à cette étude est conséquent. Grâce aux rappels lors de chaque tour d'interrogation, seul un petit nombre d'experts n'a pas donné suite, occasionnant ainsi peu de perte d'information.

Bien que la population d'experts interrogés soit composée majoritairement de médecins généralistes, nous avons pu inclure également des psychiatres et des psychologues, afin de varier les points de vue et d'enrichir notre travail. Par ailleurs, la diversité des modes de pratique, des compétences et des milieux d'exercice au sein de l'échantillon d'experts, nous semble renforcer la valeur du consensus obtenu.

4-2-2. Limites générales de l'étude

- *Problèmes liés à la formulation des critères*

Certains critères ont pu être mal compris du fait de leur formulation ou bien du contexte auquel ils s'appliquent ou encore du terme employé pour définir la situation (par exemple les termes de *reflet* ou de *recontextualisation*).

De ce fait, certains critères ont pu être éliminés ou notés avec une importance faible au premier tour par les experts non en raison de leur manque d'importance mais du fait de leur manque de clarté. Il s'agit par exemple des critères :

- 10 : *évite les répétitions*
- 15 : *cherche à recontextualiser la plainte chaque fois que nécessaire*
- 21 : *explore les émotions et sentiments du patient et utilise le reflet tout au long de la consultation*
- 23 : *énonce les transitions*
- 29 : *s'appuie sur des fiches écrites si besoin.*

- *Problèmes liés au contexte de la consultation*

Certains experts nous ont fait observer que nous n'avions pas défini le contexte de la consultation dans lequel pouvait s'utiliser cette grille d'évaluation. Il est évident, par exemple, que cette grille ne s'applique pas à un contexte d'urgence où l'importance de la qualité de la relation s'efface derrière d'autres

impératifs. Cette grille est adaptée à la consultation de médecine générale et au suivi de patients en soins de premier recours, dans un contexte de forte interaction entre la dimension biomédicale du soin et sa dimension socio-psychologique. Il s'agira donc le plus souvent de problèmes de santé complexes tels que pathologies chroniques, consultations de prévention, de dépistage, de suivi psychologique, d'annonce diagnostique difficile ou de motivation au changement de certains comportements.

Concernant ce type de prise en charge, un travail réalisé récemment (19) a montré que maintenir une consultation sereine et une relation médecin-malade apaisée grâce à des principes que nous retrouvons dans notre grille (empathie, savoir exprimer son désaccord, informer le patient) permet une meilleure prise en charge des patients difficiles (heartsinks) (19).

A contrario, certains critères ont été retenus, alors qu'ils peuvent ne pas être adaptés au contexte de certaines consultations. Il en est ainsi par exemple du critère 9 : *n'émet pas de jugement*. Dans certaines situations, il peut être pertinent, nécessaire, voire éthiquement indispensable que le médecin émette un jugement sur un comportement inadapté du patient.

- *Problèmes liés à la difficulté d'éliminer des critères importants*

Il aurait été difficile d'éliminer plus de critères puisque, au dernier tour, la grande majorité des experts nous a exprimé qu'il leur était difficile d'en supprimer davantage du fait de la pertinence de chacun des critères cités pour avoir une relation de qualité. Les critères à supprimer l'ont donc été surtout du fait d'une redondance avec un autre critère, mais aussi par la méthode du « pire ».

4-3. Comparaison avec la littérature

4-3-1. Comparaison avec la Grille Calgary-Cambridge

La grande majorité des maîtres de stage des universités utilise actuellement la grille réduite (cf. Annexe N°16) issue du guide Calgary-Cambridge (18) pour l'évaluation de la communication de l'interne avec le patient (Créteil, Lille, Rouen, Tours, Aix-Marseille, Toulouse, Grenoble). Un grand nombre de critères de cette grille réduite (12 sur 17) concorde avec les critères de la grille que nous avons obtenue. Les critères non concordants (5 sur 17) ne portent que sur la structuration en étapes de la consultation et la prise en compte du non verbal (critères figurant sur la grille initiale de 39 items et qui ont été respectivement éliminés lors du premier et du second tour de la ronde Delphi). En revanche, la grille que nous avons obtenue prend davantage en compte les

habiletés de communication (critères 5 et 6) et l'empathie (critère 8) (cf. Annexe N°17).

On peut tout de même souligner l'intérêt de simplifier ces grilles, car, en effet, le guide Calgary-Cambridge comportait dans sa version originale plus de 70 items évaluant l'ensemble des aspects de la relation entre médecin et patient. Cet outil, bien qu'exhaustif, est très complexe et difficile à utiliser de manière rapide et efficace.

4-3-2. Comparaison avec la Grille de Luc Côté et coll.

Dans la « grille d'évaluation des compétences relationnelles du médecin de famille et son patient » de L. Côté (13) (cf. Annexe N°18), on retrouve les éléments correspondant aux items 3, 4, 8, 9, 11 et 12 de notre grille.

4-3-3. Comparaison avec d'autres Grilles publiées

Il existe d'autres grilles d'évaluation dans la littérature qui se rapprochent de la nôtre en termes de contenu et de simplicité d'utilisation. Il s'agit de grilles d'évaluation anglophones, mais destinées aux patients, comme l'« American Board of Internal Medicine Patient Assessment for Continuous Professional Development » (20) (cf. Annexe N°19), ou la « Rochester Communication

Rating Scale » (21) (cf. Annexe N°20) dans lesquelles on identifie respectivement les items suivant : items 1, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 13 et les items 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14.

On peut remarquer que 2 critères se retrouvent dans toutes les grilles (items 4, 11) et 4 dans trois d'entre elles (items 1, 3, 8, 13) ; ils sont donc reconnus comme importants. Ils concernent l'accueil (item 1), l'écoute ou habileté de communication (items 3, 4), l'empathie (item 8), l'information (item 11) et la prise de décision commune (item 13). On remarque ainsi que chaque thème choisi pour structurer notre tableau est représenté par au moins un critère, ce qui en conforte l'utilité et la signification.

Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué plus tôt, il existe d'autres grilles anglophones très riches, qui regroupent l'ensemble des items de notre grille, mais qui sont trop détaillées (21, 22) car elles explorent également des dimensions non présentes dans notre travail, comme la communication lors de l'examen physique. Ces éléments rendent plus difficile un usage fréquent de ces grilles, notamment pour l'évaluation régulière d'un interne en médecine.

4-4. Perspectives futures

- **Valider la grille obtenue**

Il serait intéressant de réaliser une validation externe de cette grille, afin de tenter d'en confirmer les qualités métrologiques. Pour cela, une méthode possible pourrait être celle de Luc Côté (13), qui faisait appel à un panel d'experts pour évaluer un médecin dont la consultation avait fait l'objet d'un enregistrement vidéo préalable (24).

En effet, l'objectif de ces travaux consécutifs est d'obtenir une grille facilement utilisable en pratique (cf. Annexe N°21), dont la formulation des critères soit aisément compréhensible et dont les qualités métrologiques soient bien établies.

Dans les commentaires faits par les experts au premier tour, plusieurs éléments ont été rapportés comme pouvant limiter la qualité de la relation médecin-patient : la gestion du temps (liée à la question de la rémunération), la fatigue du médecin ou encore la place de l'ordinateur. L'usage régulier de la grille d'évaluation permettrait-il d'atténuer en partie les inconvénients liés à ces facteurs afin d'optimiser au mieux la communication ?

- **Explorer le point de vue du patient**

Il serait intéressant de ne pas s'en tenir au seul point de vue du médecin, mais d'explorer aussi le point de vue du patient. Certains travaux ont déjà été réalisés en adoptant cette perspective (10). Un travail de confrontation, entre ce que les médecins considèrent comme une bonne pratique de la communication et les attentes des patients dans ce domaine, serait probablement très fructueux.

THESE SOUTENUE PAR : Clémentine ARIOT et Clément BOGUET

TITRE : Construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale

5- CONCLUSION

Ce travail de recherche, s'inscrivant dans la continuité d'une première thèse, a permis de sélectionner 14 critères de qualité de la communication médecin-patient dans une consultation en médecine générale, grâce à l'interrogation d'un groupe d'experts, par la méthode Delphi.

Une bonne communication entre le médecin et son patient est un élément fondamental qui conditionne la qualité de la relation médecin-patient au cours de la consultation et au-delà, la qualité des soins.

Cet outil d'évaluation permettra donc aux médecins en exercice et aux internes en formation, une auto ou une hétéro-évaluation de leur communication avec le patient et pourra ainsi contribuer à l'amélioration de leurs compétences de communication. Il est nécessaire toutefois de valider cet outil lors d'un travail ultérieur, avant sa diffusion.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 4/5/15

LE DOYEN

PROFESSEUR J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR T. BOUGEROL

A large, stylized signature in blue ink, likely belonging to T. Bougerol, is written over the text 'LE PRESIDENT DE LA THESE' and 'PROFESSEUR T. BOUGEROL'.

BIBLIOGRAPHIE

1. Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient : Technique, art et erreur de la communication. Paris: Elsevier Masson; 2007.
2. Attali C, Bail P, Magnier A, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Rev Prat Med Gen.* 2006;20(730/731):525.
3. Moreau A. Analyse selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin-malade ? *Rev Prat Médecine Générale.* 1999;(477):1835- 8.
4. Silverman J, Kurtz S, Draper J, Catoire A-MM. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Chêne-Bourg (Suisse): Medecine & Hygiene; 2010. 316 p.
5. Mantz J-M, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bull Académie Natl Médecine.* 2006;190(9):1999- 2011.
6. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE.* 9 avr 2014;9(4):e94207.
7. Cungi C, Cottraux J. L'alliance thérapeutique. Paris: Retz; 2006. 286 p.
8. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent, Québec: Pearson Education; 2005. 864 p.
9. Moreau A, Dedienne M-C, Labarere J, Terra J-L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. *Rev Prat Médecine Générale.* 2004;(674-75):1495- 8.
10. Dedienne M-C, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients? *Rev Prat Med Générale.* 2003;(612):653- 6.
11. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol.* 1 janv 2012;65(1):10- 5.
12. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med.* 2005;37(3):184- 92.
13. Côté L, Savard A, Bertrand R. [Evaluation of the physician-patient relationship competence. Development and validation of an assessment instrument]. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* mars 2001;47:512- 8.
14. Guichard F, Philippe M. Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecin générale. 24 avr 2014;279.
15. Frappé P. Initiation à la recherche. Édition : édition 2011. Neuilly-sur-Seine; Paris: Global Média Santé; 2011.
16. Krucien N. Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients. Paris-Sud 11; 2012.

17. Campbell SM, Shield T, Rogers A, Gask L. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Qual Saf Health Care*. déc 2004;13(6):428- 34.
18. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1 mars 1996;30(2):83- 9.
19. Bouchacourt C. Les patients «Heartsink»: la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale. [Internet]. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT-PARIS; 2014 [cité 19 févr 2015]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4715_BOUCHACOURT_these.pdf
20. Lipner RS, Blank LL, Leas BF, Fortna GS. The value of patient and peer ratings in recertification. *Acad Med*. 2002;77(10):S64- 6.
21. Epstein RM, Dannefer EF, Nofziger AC, Hansen JT, Schultz SH, Jospe N, et al. Comprehensive Assessment of Professional Competence: The Rochester Experiment. *Teach Learn Med*. 1 avr 2004;16(2):186- 96.
22. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. oct 2001;45(1):23- 34.
23. Van Thiel J, Ram P, van Dalen J. MAAS-global manual. Maastricht Maastricht Univ. 2000;4- 5.
24. Vannotti M, Marin C. L'enregistrement vidéo de consultations de médecine générale quelle utilité pour la formation ? *Psychothérapies*. 4 janv 2010;29(4):219- 24.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

La communication médecin-patient a un rôle central dans la consultation médicale. Elle est déterminante à la fois dans la relation entre le médecin et son patient et dans la qualité du soin qui s'ensuit. Toutefois, il n'existe pas à ce jour, d'outil validé en France qui permette d'évaluer la qualité de cette communication. Notre travail fait suite à une première thèse qui avait fait émerger 39 critères de qualité de la communication médecin-patient. L'objectif de notre travail était d'obtenir un consensus entre des experts pour confirmer l'intérêt de ces 39 critères et pour réduire cette grille à moins de 15 critères, afin qu'elle puisse être validée et qu'elle soit facilement utilisable. Nous avons conclu ce travail par une pré-validation externe.

MÉTHODE

Nous avons sollicité, par courrier électronique, un panel de 54 experts, anonymes les uns aux autres. Ces experts étaient en majorité des médecins généralistes, mais aussi des psychiatres et des psychologues. La méthode Delphi a été utilisée pour parvenir à un consensus entre eux.

RÉSULTATS

Un consensus a émergé après 3 tours de ronde Delphi. Au premier tour, 45 experts ont répondu, 39 experts ont répondu au deuxième, et 42 au troisième. Les experts ont éliminé 25 critères et une grille de 14 critères a été ainsi obtenue.

CONCLUSION

L'outil d'évaluation obtenu est une échelle courte et facile à utiliser en consultation, hors contexte d'urgence. Une validation externe de cet outil auprès d'un nombre suffisant d'évaluateurs est néanmoins nécessaire, afin de pouvoir le diffuser plus largement et l'utiliser dans l'enseignement, notamment auprès des internes en formation.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The communication a doctor has with the patients plays a central role during the conversation. It is a decisive element in the doctor-patient relationship as well as for the quality of the ensuing treatment. However, there is currently in France no validated tool for the assessment of the quality of this communication. Our work follows a first thesis which put forward 39 quality requirements for the doctor-patient communication. The purpose of our work was to obtain a consensus among the experts so as to confirm the relevance of these 39 requirements and to bring this grid down to less than 15 requirements so that it can be validated and be used easily. We concluded this work with an external pre-validation.

METHOD

We sent emails to a sample group of experts who were anonymous to one another. These experts were predominantly general practitioners but also psychiatrists and psychologists. The Delphi method was used to reach a consensus between the experts.

RESULTS

A consensus emerged after three Delphi rounds. In the first round 45 experts answered, in the second round 39 experts answered and 42 in the third round. The experts eliminated 25 requirements from this grid and a 14-requirement grid was thus obtained.

CONCLUSION

The assessment tool thus obtained is a short scale which is easy to use during a consultation, out of any context of emergency. An external validation of this tool by an adequate number of assessors is nevertheless necessary so that the tool can be issued on a larger scale and used in teaching, particularly for junior doctors in training.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE INITIALE de 39 critères

1 : Tout à fait en désaccord ; 2 : Plutôt en désaccord ; 3 : Plutôt en accord ; 4 : Tout à fait en accord
I- Accueil
1. Salue le patient
2. Accueil assez chaleureux, attitude d'ouverture
3. Se place d'emblée dans une disposition d'écoute
4. Laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre
5. Fait le lien avec les consultations antérieures (évolution des plaintes, observance...)
II- Habiletés générales de communication
6. Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes et de ses attentes ainsi que des éventuels motifs cachés de la consultation
7. Fait exprimer au patient ses croyances, ses craintes et son vécu
8. Sait alterner les questions ouvertes et fermées de façon adéquate
9. Evite les questions directives ou suggestives
10. Evite les répétitions
11. Adopte un comportement non verbal approprié
12. Utilise le silence
13. Regarde l'écran d'ordinateur d'une façon qui n'interfère pas avec la relation
14. Utilise la reformulation de façon adaptée
15. Cherche à recontextualiser la plainte chaque fois que nécessaire
16. Résume régulièrement et sollicite l'accord du patient
17. Renforce souvent et de manière appropriée les efforts d'adaptation et les démarches adéquates du patient
18. Clarifie le verbal et le non-verbal du patient plutôt qu'il ne l'interprète
19. Utilise l'humour de façon appropriée
III- Empathie
20. Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient
21. Explore les émotions et sentiments du patient et utilise le reflet tout au long de la consultation
IV- Structure de la consultation
22. Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes
23. Enonce les transitions
24. Sait exprimer son désaccord de façon adaptée
25. Limite les digressions inutiles et sait replacer le patient dans un contexte médical
26. Maîtrise le temps dans la consultation
V- Information - Education
27. Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical
28. Vérifie la compréhension du patient
29. S'appuie sur des fiches écrites si besoin
VI- Partenariat et prise de décision partagée
30. Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse
31. N'émet pas de jugement
32. S'assure du rôle que le patient souhaite jouer dans la prise de décisions
33. Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable
34. Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités
35. Repère les aires de conflit éventuel ou d'opposition symétrique et les désamorce
VI- Terminer la consultation
36. Propose au patient de le revoir si besoin
37. Sait gérer les problèmes de dernière minute
38. Parvient à clore naturellement la consultation sans qu'il ne demeure d'ambiguïté
39. Raccompagne le patient

ANNEXE 2 : SOLLICITATION DES EXPERTS PAR COURRIEL

Objet : Thèse portant sur la sélection de critères de qualité de la communication médecin-patient en consultation de médecine générale

Chères consœurs, chers confrères

Nous sollicitons votre accord pour participer, en tant qu'experts, à notre thèse portant sur la validation de critères de qualité de la communication médecin-patient dans la consultation de médecine générale (seul le point de vue du médecin est exploré dans ce travail). L'un des objectifs final est d'obtenir une grille d'auto- ou d'hétéro-évaluation pour les médecins en formation.

Cette thèse est en fait la deuxième étape d'un travail dont le but est de valider une grille de critères d'évaluation de la communication entre le médecin généraliste et son patient. La première étape a été réalisée par deux autres thésards et a abouti à l'élaboration d'une série de 39 critères de qualité en utilisant la méthode des focus groups. La deuxième étape, pour laquelle nous sollicitons votre participation, consiste en une hiérarchisation des critères et une sélection d'environ une quinzaine de ces critères par la méthode *Delphi*.

La méthode *Delphi* vise à obtenir un avis aussi consensuel que possible auprès d'un panel d'une trentaine d'experts. Elle va comporter au minimum trois tours d'avis et peut-être d'avantage, pour aboutir à un consensus au sein du groupe. A chaque tour, chaque participant donne son avis, est informé des avis exprimés par les autres ainsi que des réactions par rapport à son propre avis pour lui permettre de réagir en tentant de se rapprocher de la réponse consensuelle. La communication ne se fait pas en face à face mais par questionnaires dont l'anonymat est garanti pour les membres du groupe.

Nous communiquerons par mail pour une plus grande simplicité.

Nous pourrions si besoin vous rencontrer afin de mieux vous exposer l'objectif de notre travail et les enjeux de la méthode *Delphi*.

Espérant une réponse favorable de votre part, nous vous adressons nos confraternelles salutations,

ANNEXE 3 : COURRIEL PREMIER TOUR

Bonjour,

Vous avez été sollicité par le Dr Bouhana ou par nous-même afin de participer à notre thèse concernant la communication médecin-patient. Nous vous adressons donc le questionnaire pour la réalisation du premier tour de la ronde Delphi.

Pour rappel, la méthode Delphi consiste à interroger un groupe d'experts sur un sujet afin d'obtenir un consensus par 2 voire 3 questionnaires successifs. Après chaque tour, vous recevrez la synthèse des réponses des autres experts ainsi qu'un nouveau questionnaire. L'anonymat de chaque expert et de leurs réponses est respecté.

Votre collaboration est très importante pour notre travail et nous vous remercions beaucoup pour votre participation.

Cordialement,

Clémentine ARIOT et Clément BOGUET, internes en médecine générale

NB : si vous rencontrez le moindre problème concernant l'ouverture du document, ou une question, n'hésitez pas à nous contacter par mail.

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE PREMIER TOUR

Premier tour de la ronde Delphi

Nous vous rappelons que la question de recherche de cette thèse est la suivante : Quels sont les critères d'évaluation de la communication médecin-patient dans une consultation en médecine générale ?

L'objectif de ces rondes Delphi est de réduire le nombre de critères en fonction de leur importance afin d'avoir une grille pratique, utilisable en consultation courante de médecine générale.

Age :

Sexe :

Profession :

Mode d'exercice (rural/urbain, Libéral/Hospitalier) :

Consigne : pour chaque critère proposé, **mettez un « x » dans une case de 1 à 9**, selon le degré d'importance que vous portez à chacun de ces critères (1 étant « aucune importance » et 9 étant « très grande importance »). N'hésitez pas à apporter des commentaires.

Critère 1 : Quelle importance accordez-vous au fait de **saluer le patient ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 2 : Quelle importance accordez-vous au fait d'**avoir un accueil chaleureux, une attitude d'ouverture ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 3 : Quelle importance accordez-vous au fait **de se placer d'emblée dans une disposition d'écoute ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 4 : Quelle importance accordez-vous au fait **de laisser le patient s'exprimer sans l'interrompre ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 5 : Quelle importance accordez-vous au fait **de faire le lien avec les consultations antérieures (évolution des plaintes, observance) ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 6 : Quelle importance accordez-vous au fait de **favoriser l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes, ainsi que des éventuels motifs cachés de la consultation ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 7 : Quelle importance accordez-vous au fait de **laisser exprimer au patient ses croyances, son vécu ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 8 : Quelle importance accordez-vous au fait **de savoir alterner les questions ouvertes et fermées de façon adéquate ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 9 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'éviter les questions directives et suggestives ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 10 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'éviter les répétitions ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 11 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'adopter un comportement non verbal approprié ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 12 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'utiliser le silence ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 13 : Quelle importance accordez-vous au fait de **regarder l'écran d'ordinateur d'une façon qui n'interfère pas avec la relation ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 14 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'utiliser la reformulation de façon adaptée ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Commentaires :

Critère 15 : Quelle importance accordez-vous au fait **de chercher à recontextualiser la plainte chaque fois que nécessaire ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 16 : Quelle importance accordez-vous au fait de **résumer régulièrement et solliciter l'accord du patient ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 17 : Quelle importance accordez-vous au fait de **renforcer souvent et de manière appropriée les efforts d'adaptation et les démarches adéquates du patient ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 18 : Quelle importance accordez-vous au fait de **clarifier le verbal et le non verbal du patient plutôt que de l'interpréter ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 19 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'utiliser l'humour de façon appropriée ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 20 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'utiliser l'empathie, de reconnaître les émotions, les points de vue du patient ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 21 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'explorer les émotions et sentiments du patient et utiliser le reflet tout au long de la consultation ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 22 : Quelle importance accordez-vous au fait **de définir et hiérarchiser, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 23 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'énoncer les transitions ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 24 : Quelle importance accordez-vous au fait **de savoir exprimer son désaccord de manière adaptée ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 25 : Quelle importance accordez-vous au fait **de limiter les digressions inutiles et de savoir replacer le patient dans un contexte médical ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 26 : Quelle importance accordez-vous au fait de **maîtriser le temps dans la consultation ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 27 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'informer le patient avec franchise de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 28 : Quelle importance accordez-vous au fait **de vérifier la compréhension du patient ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 29 : Quelle importance accordez-vous au fait **de s'appuyer sur des fiches écrites ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 30 : Quelle importance accordez-vous au fait **de prendre en compte la singularité du patient, tenir compte de son point de vue et s'adapter avec souplesse ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Commentaires :

Critère 31 : Quelle importance accordez-vous au fait **de ne pas émettre de jugement ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 32 : Quelle importance accordez-vous au fait **de s'assurer du rôle que le patient souhaite jouer dans la prise de décision ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 33 : Quelle importance accordez-vous au fait **d'inciter le patient à participer à la prise de décision et parvenir à un choix mutuellement acceptable ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 34 : Quelle importance accordez-vous au fait **de respecter l'autonomie du patient et l'encourager à prendre ses responsabilités ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 35 : Quelle importance accordez-vous au fait **de repérer les aires de conflits éventuels ou d'opposition symétrique et de les désamorcer ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 36 : Quelle importance accordez-vous au fait de **proposer au patient de le revoir si besoin ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 37 : Quelle importance accordez-vous au fait de **savoir gérer les problèmes de dernière minute ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 38 : Quelle importance accordez-vous au fait **de parvenir à clore naturellement la consultation sans qu'il ne demeure d'ambiguïté ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

Critère 39 : Quelle importance accordez-vous au fait **de raccompagner le patient ?**

1 (aucune importance)	2	3	4	5 (moyenne importance)	6	7	8	9 (très grande importance)

Commentaires :

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DEUXIÈME TOUR

Grille adressée aux experts au second tour. Pour chacun d'entre eux, nous avons complété la colonne « Votre réponse » avec les réponses qu'ils avaient personnellement émises lors du premier tour afin de pouvoir les comparer avec les réponses des autres experts. Parmi ces critères, il leur était demandé d'en sélectionner 10 qui leur paraissaient être les plus importants.

ITEM	Votre réponse	Médiane	% réponses intervalle 7-9
1. laisser le patient s'exprimer sans l'interrompre		7	80
2. faire le lien avec les consultations antérieures (évolution des plaintes, observance)		7	66,6
3. laisser exprimer au patient ses croyances, son vécu		8	77,7
4. savoir alterner les questions ouvertes et fermées de façon adéquate		7	55,5
5. adopter un comportement non verbal approprié au contexte		8	71,1
6. utiliser le silence		7	60
7. regarder l'écran d'ordinateur d'une façon qui n'interfère pas avec la relation		7	57,7
8. utiliser la reformulation de façon adaptée		8	77,7
9. chercher à recontextualiser la plainte chaque fois que nécessaire		7	55,5
10. résumer régulièrement et solliciter l'accord du patient		8	68,8
11. renforcer souvent et de manière appropriée les efforts d'adaptation et les démarches adéquates du patient (renforcement positif des actions du patient)		8	75,5
12. clarifier le verbal et le non verbal du patient plutôt que de l'interpréter		7	71,1
13. Explorer les émotions et sentiments du patient et utiliser le reflet* tout au long de la consultation		7,5	55,5
14. définir et hiérarchiser, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes		7,5	75,5
15. savoir exprimer son désaccord de manière adaptée		8	82,2
16. limiter les digressions inutiles et de savoir replacer le patient dans un contexte médical		7	51,1
17. maîtriser le temps dans la consultation		7	57,7
18. prendre en compte la singularité du patient, tenir compte de son point de vue et s'adapter avec souplesse		8	84,4
19. ne pas émettre de jugement		8	80
20. s'assurer du rôle que le patient souhaite jouer dans la prise de décision		8	73,3
21. d'inciter le patient à participer à la prise de décision et parvenir à un choix mutuellement acceptable		8	71,1
22. respecter l'autonomie du patient et l'encourager à prendre ses responsabilités		8	88,8
23. repérer les aires de conflits éventuels ou d'opposition symétrique et de les désamorcer		7,5	73,3
24. savoir gérer les problèmes de dernière minute		7	48,8
25. parvenir à clore naturellement la consultation sans qu'il ne demeure d'ambiguïté		7,5	64,4
26. raccompagner le patient		8	68,8

* reflet = technique qui s'apparente au paraphrasage, mais renvoie au patient les émotions et sentiments qu'il exprime dans l'entretien

ANNEXE 6 : COURRIEL DEUXIÈME TOUR

Bonjour,

Tout d'abord, nous vous remercions beaucoup pour vos réponses et vos commentaires à notre premier envoi.

Grâce à toutes les réponses, nous avons calculé la médiane des réponses pour chaque item. Nous avons obtenu un consensus d'experts positif pour 8 critères que nous gardons donc d'office pour notre liste finale. De la même manière, 5 critères ont obtenu un consensus négatif, ce qui nous permet de les écarter de cette liste.

Pour ce second tour, il reste donc 26 critères. Parmi ces critères, nous vous demandons d'en sélectionner 10 qui vous paraissent les plus importants dans la communication médecin-patient, et de les classer par ordre d'importance de 1 à 10.

(Dans le document joint, nous vous avons également remis la liste des items, accompagnée de vos réponses du premier tour et de la médiane des réponses de l'ensemble des autres experts.)

Nous vous remercions à nouveau pour votre participation au premier tour, et nous vous remercions d'avance pour votre participation à ce tour-ci.

Clémentine et Clément

ANNEXE 7 : COURRIEL TROISIÈME TOUR

Bonsoir,

Nous vous sollicitons de nouveau pour le troisième et dernier tour de la ronde Delphi de notre thèse concernant l'élaboration d'une grille de critères de qualité dans la communication médecin-patient.

Tout d'abord, nous vous remercions chaleureusement pour les réponses que vous nous avez apportées lors des deux premiers tours et le temps que vous avez consacré à notre travail.

Grâce à ces deux premiers tours, nous avons pu établir une grille de 17 critères (sur 39 initiaux). Nous souhaiterions enlever encore quelques critères pour que cette grille soit la plus utilisable en pratique. Pour cela, nous vous demandons d'indiquer parmi les 17 critères les deux critères qui vous paraissent les moins importants.

Vous trouverez en pièce jointe la grille des 17 critères.

Nous vous remercions par avance pour la participation à ce nouveau tour.

Cordialement,
Clément et Clémentine

ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE TROISIÈME TOUR

Pour ce troisième et dernier tour de la ronde Delphi, nous vous invitons à éliminer 2 critères parmi les 17 qui ont été retenus lors des 2 premiers tours d'interrogations. Votre choix devra se porter sur les 2 critères qui vous paraissent les moins pertinents.

Critère 1	Salue le patient	
Critère 2	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture	
Critère 3	Se place d'entrée dans une disposition d'écoute	
Critère 4	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre	
Critère 5	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation	
Critère 6	Utilise la reformulation de façon adaptée	
Critère 7	Résume régulièrement et sollicite l'accord du patient	
Critère 8	Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient	
Critère 9	Définit et hiérarchise en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes	
Critère 10	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée	
Critère 11	Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical	
Critère 12	Vérifie la compréhension du patient	
Critère 13	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse	
Critère 14	N'émet pas de jugement	
Critère 15	Incite le patient à participer à la prise de décision et parvient à un choix mutuellement acceptable	
Critère 16	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités	
Critère 17	Propose au patient de le revoir si besoin.	

ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE DE PRÉ-VALIDATION DE LA GRILLE

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE
--

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette étude de pré-validation d'un instrument destiné à l'évaluation de la communication médecin-patient.

Il s'agit d'une grille dont les critères ont été établis à partir d'une étude qualitative auprès d'un grand nombre de médecins généralistes puis confirmés et sélectionnés par un important panel d'experts.

Évaluateur, qui êtes-vous ?

Age	
Année de thèse	
Année d'installation	
Êtes-vous maître de stage ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

La grille d'évaluation

Cette grille est destinée à évaluer la qualité de la communication entre le médecin généraliste et le patient, dans une consultation courante en soins de premier recours.

Elle comporte 14 critères, répartis dans 5 dimensions :

- l'accueil
- les habiletés de communication
- l'empathie
- le partage des informations
- le partage des décisions.

Mode d'utilisation de la grille d'évaluation

Nous vous remercions de bien vouloir :

1. Prendre connaissance du contenu de la grille et des critères qui la composent.
2. Regarder attentivement l'enregistrement vidéo.
3. Qualifier les critères selon l'échelle proposée en 3 points : non acquis ; en cours d'acquisition ; acquis.
4. Noter vos commentaires à propos de votre utilisation de la grille.

Clémentine ARIOT
Clément BOGUET

ÉNONCÉ DES CRITÈRES		Non acquis	En cours d'acquisition	Acquis
ACCUEIL				
Critère 1	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture			
Critère 2	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute			
HABILETÉS DE COMMUNICATION				
Critère 3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre			
Critère 4	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation			
Critère 5	Utilise la reformulation de façon adaptée			
Critère 8	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée			
EMPATHIE				
Critère 6	Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient			
Critère 11	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse			
Critère 12	N'émet pas de jugement			
PARTAGE DES INFORMATIONS				
Critère 7	Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes			
Critère 9	Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical			
Critère 10	Vérifie la compréhension du patient			
PARTAGE DES DÉCISIONS				
Critère 13	Incite le patient à participer à la prise de décision et parvient à un choix mutuellement acceptable			
Critère 14	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités			

COMMENTAIRES

Les critères de cette grille sont-ils aisément compréhensibles ?

Les critères de cette grille sont-ils aisément évaluables ?

Modifieriez-vous l'énoncé de certains critères de cette grille ?

Ajouteriez-vous d'autres critères à cette grille ?

Retrancheriez-vous certains critères à cette grille ?

L'échelle de mesure en 3 points (Non acquis – En cours d'acquisition – Acquis) vous semble-t-elle pertinente ?

Préféreriez-vous une mesure en 4 points sans point neutre (Tout à fait en désaccord – Plutôt en désaccord – Plutôt d'accord – Tout à fait d'accord) ?

Avez-vous d'autres observations à faire concernant cette évaluation ?

ANNEXES 10 : RÉSULTATS PREMIER TOUR

item	Médiane	Moyenne		% [7-9]	Ecart type S
1*	9	8,36	41	91,11	1,03
2*	9	7,93	38	84,44	1,42
3*	9	8,27	42	93,33	1,18
4	7	7,44	36	80,00	1,41
5	7	7,29	30	66,67	1,58
6*	8	8,02	42	93,33	1,08
7	8	7,73	35	77,78	1,58
8	7	6,51	25	55,56	2,26
9	6	6,40	20	44,44	1,99
10	5	4,12	2	4,44	1,95
11	8	7,36	32	71,11	1,66
12	7	6,71	27	60,00	1,93
13	7	7,00	26	57,78	1,78
14	8	7,56	35	77,78	1,36
15	7	7,00	25	55,56	1,84
16	8	7,38	31	68,89	1,60
17	8	7,43	34	75,56	1,76
18	7	7,11	32	71,11	1,89
19	5	6,02	15	33,33	1,92
20*	9	8,05	37	82,22	1,36
21	7,5	6,93	25	55,56	1,98
22	7,5	7,45	34	75,56	1,37
23	5,5	5,28	8	17,78	1,95
24	8	7,44	37	82,22	1,25
25	7	6,58	23	51,11	1,67
26	7	7,04	26	57,78	1,78
27*	9	8,31	42	93,33	0,87
28*	8	8,29	42	93,33	0,79
29	5	5,70	13	28,89	2,09
30	8	7,86	38	84,44	1,23
31	8	7,86	36	80,00	1,42
32	8	7,27	33	73,33	1,78
33	8	7,60	32	71,11	1,40
34	8	7,78	40	88,89	1,11
35	7,5	7,43	33	73,33	1,45
36*	9	7,91	35	77,78	1,35
37	7	6,81	22	48,89	1,64
38	7,5	7,32	29	64,44	1,39
39	8	7,40	31	68,89	1,96

* Critère retenu (médiane à 9 et/ou 90% des réponses des experts se situaient dans l'intervalle [7-9])

ANNEXE 11 : COMMENTAIRES PREMIER TOUR

E10 : Questionnaire trop long

E11 : Beaucoup de redondances

E15 : Le présumé implicite de ce questionnaire est sauf erreur ou omission celui d'une situation où l'urgence vitale n'est pas en cause. Dans le cas contraire il aurait fallu le préciser ou permettre de cocher selon deux grilles pour chaque réponse.

E30 : C'est très intéressant à remplir. Merci de cette sollicitation. Il est parfois difficile de ne pas s'autoévaluer en remplissant le questionnaire, on fait forcément appel à plein de situations vécues. Il me semble que certaines questions se recourent. Parfois je ne suis pas certaine d'entendre les mots dans la même définition que vous. Je n'ai pas répondu aux questions que je n'ai pas comprises.

E42 : L'ensemble de ces questions me paraît peu discriminant surtout si on se réfère à une consultation « moyenne » qui en réalité n'existe pas. Au delà, la relation prend toute son ampleur dans les problèmes de santé chronique (au sens des problèmes de pathologies chroniques, de prévention et de dépistage, de suivi de psychothérapie, de problèmes de comportement médical etc ...).

Mais même dans ces situations la relation médecin/patient relève de la technique de la pêche à la ligne en s'adaptant aux variations de communication du patient au cours de la consultation ou des consultations successives et au ressenti de l'échange par le médecin. On adapte les techniques de communication énumérées dans ce questionnaire à l'évolution de l'échange.

C'est pourquoi à mon sens il est difficile de noter les propositions hors de tout contexte
Cela étant c'est un travail qui paraît original dont les résultats méritent d'être connus.

E9 : Pas facile de répondre pour moi car il y a une différence entre ce que je fais réellement et l'importance que j'y accorde. Je ne fais pas tout ça même si tout me paraît important...

E44 : J'ai été un peu déroutée car il me manquait l'objectif poursuivi par la communication.

E43 : J'avoue avoir été en difficulté à remplir le questionnaire: il est extrêmement exhaustif et reprend les bases de ce que doit être une bonne communication en médecine (je suppose que ceci est dû à une biblio bien faite). La redondance de 34 items me rend difficile de répondre de manière honnête à chacun alors qu'ils semblent dans l'ensemble nécessaires à la consultation.

Critère 1 « Saluer le patient »

E13: Politesse élémentaire

E15 : Difficile de faire autrement en médecine libérale avec une file active de patients pour la plupart connus !!
... Surement plus important pour un interne par exemple aux urgences porte d'un hôpital.

E28 : Cela correspond au minimum dans l'établissement d'une relation avec autrui.

E1 : "La politesse n'est pas une vertu mais est fondatrice des vertus"

E32 : Systématique

E6 : Très important afin que le patient se sente accueilli.

E8 : C'est important de saluer le patient, mais je ne pense pas que ce soit un critère essentiel de jugement de la relation médecin-patient (déjà englobé dans le critère 2).

E31 : Mais je me rends compte que je ne serre pas toujours la main.

E29 : *C'est la première prise de contact avec le patient, qui influe énormément sur le déroulé de la consultation. Elle peut même bloquer complètement la consultation.*

Critère 2 « Accueil assez chaleureux, attitude d'ouverture »

E13 : *Parfois difficile avec certains patients. Voir cette thèse : <http://goo.gl/4jHl9B>.*

E15 : *C'est rattrapable au cours de la consultation.*

E28 : *C'est important mais attention à ne pas surjouer*

E1 : *"l'esprit, c'est comme un parachute : lorsque c'est ouvert, cela fonctionne mieux"*

E30 : *En pratique je ne suis pas toujours aussi « ouverte » que je le souhaiterais, en particulier du fait de l'interférence de la gestion informatique du dossier.*

E6 : *Le patient arrive déjà avec des soucis physiques et/ou psychologiques et être accueilli chaleureusement peut aider le patient à s'exprimer.*

E21 : *En fonction du temps disponible pour la consultation.*

E44 : *La communication a un but que je ne vois pas exprimé dans le titre. Par exemple, l'accueil chaleureux dépend bien sûr de la personnalité du médecin et aussi de l'objectif de communication poursuivi. D'où un degré d'importance moyen.*

E31 : *Pas toujours facile, on n'est pas bon tous les jours.*

E29 : *Il s'agit de l'attitude verbale ET non verbale.*

Critère 3 « Se place d'emblée dans une disposition d'écoute »

E15 : *Il s'agit d'une posture (au sens de disposition interne) professionnelle fondatrice.*

E4 : *Ces trois questions sont capitales avant de commencer à parler.*

E28 : *Indispensable pour deux raisons :*

- *le patient vient avec un motif de consultation : le respect minimal c'est d'écouter ce qu'il a à dire !*
- *l'attitude d'écoute nous permet de rester attentif et de repérer des éléments verbaux et non verbaux qui pourraient orienter différemment l'entretien et la consultation.*

E20 : *C'est l'essentiel de notre métier !*

E30 : *Même remarque que précédemment.*

E6 : *Pour moi cela permet plus facilement la confiance et donc le suivi des « consignes » (prise de médicaments ou autres) et plus de chance que le patient garde contact.*

E44 : *Cela dépend des circonstances, par exemple l'urgence. Qu'entendez-vous par « écoute » ? Est-ce l'« écoute active ? »*

E31 : *id*

E29 : *Eviter à tout prix les questions fermées lors de l'entretien exploratoire. Les réserver après avoir obtenu la « saturation des données » de ce que le patient a à apporter. « Racontez-moi ».*

Critère 4 « Laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre »

E13: *Toutes les études montrent que le médecin interrompt le patient très vite. Ce point est essentiel à travailler. Surtout quand on sait l'importance de l'anamnèse (papier de Gruppen ++ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3218864>).*

E15: *Tout en cadrant le patient logorrhéique, en demandant une précision ou pour ma part (formation systémique) en plaçant si nécessaire des recadrages.*

E4 : *Sauf si le patient est logorrhéique et qu'on souhaite poser les choses.*

E28 : *Cela permet d'éviter les allers et retours car après l'expression du patient nous pouvons lui proposer une structure de la consultation. Toutefois, en cas de logorrhée, il est important de savoir recadrer l'échange.*

E20 : *Tout dépend du comportement du patient.*

E30 : *Cela dit, je vois aussi des confrères travailler de manière plus « directive » dans la gestion de l'interrogatoire et je trouve que ce n'est pas « mal ». Certains patients semblent préférer une attitude plus « cadrante »... Par ailleurs, mon temps de consultation est 20 min et je suis très régulièrement en retard, ce qui peut avoir des conséquences aussi.*

E6 : *Pour éviter d'amener le patient là où nous pensons alors que ce n'est peut-être pas le bon chemin et éviter d'embrouiller le patient qui pourrait oublier ce qu'il a à nous dire.*

E21 : *En fonction du temps disponible pour la consultation, malheureusement on est souvent obligé de recadrer la consultation.*

E22 : *On ne les laisse jamais assez aller au bout de leur intervention initiale.*

E44 : *Dans un certain cadre, bien sûr !*

E31 : *Id, et en plus ça fait gagner du temps.*

E29 : *Il faut aussi l'encourager par des relances non verbales (hochement de tête, « mmh », etc.) ou verbales ouvertes (précisez-moi ; racontez-moi ; y a t il autre chose que vous avez remarqué ?).*

Critère 5 « Fait le lien avec les consultations antérieures »

E15 : *Curieuse question, qui supposerait que l'on pourrait faire le contraire et qui utilise le terme d'observance plus que celui d'adhérence.*

E14 : *Tout dépend du contexte de la dernière consultation, du motif des plaintes et de celle de la nouvelle consultation, parfois il est important de faire le lien, parfois volontairement il est important de ne pas le faire.*

E28 : *Utile dans certaines consultations pour le patient mais essentiel pour le médecin.*

E20 : *Il est utile de garder un « œil neuf ».*

E1 : *En fonction de la stratégie partagée.*

E32 : *Nécessite un dossier tenu à jour avec.*

E30 : *Quand je vois que certaines plaintes antérieures, qui me semblent peu importantes et que le patient ne s'en plaint plus spontanément, je ne vais pas systématiquement revenir dessus. Mais, pour le reste, et dans le*

cadre chronique, oui. Cela est d'autant plus important que je fais le lien avec d'éventuelles consultations faites par mon confrère et l'interne.

E6 : C'est génial d'avoir un médecin qui connaît votre dossier et qui se rappelle de vous et des événements importants de votre vie.

E21 : Important de montrer un continuum dans la prise en charge.

E42 : Tout dépend du motif de consultation.

E44 : Et que le patient fasse aussi le lien.

E29 : Cela peut bloquer l'émergence de nouvelles problématiques « cachées ».

Critère 6 « Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes et de ses attentes ainsi que des éventuels motifs cachés de la consultation »

E13 : Les techniques de communications sont alors essentielles.

E15 : Le concept de motif caché est un peu foireux : celui qui émerge à la conscience du patient ? Celui qui retient l'attention du médecin ? Celui qui apparaîtrait au cours d'un entretien avec un autre ?? Celui qui serait réinterprété à la lumière d'une théorisation de la relation ??? Et que fait on de ce qui n'émergerait nulle part ? On dit qu'il n'y en a pas ??:-)

E28 : Réponse critère 3

E20 : Quel est l'objet de la consultation ! Homéopathie ? Psychiatrie ?

E30 : La plupart du temps ça se passe très bien. Mais parfois certains patients sont perturbés quand je leur demande, ils me renvoient « c'est vous qui savez docteur »

E6 : Pour ne pas passer à côté de choses importantes car les personnes ne parlent bien souvent pas spontanément des choses graves comme les envies de suicide,... Et pour ne pas proposer quelque chose que le patient ne fera pas. Par contre difficile à mettre en œuvre à cause du manque de temps.

E21 : Important afin que le patient trouve un bénéfice à la consultation et adhère à la pec

E42 : Tout dépend du motif de consultation

E29 : D'où mon expression « entretien exploratoire » : le plaisir d'un entretien silencieux qui a laissé toute la place au patient, avec des relances très ouvertes qui permettent d'obtenir la « saturation des données ».

Critère 7 « Fait exprimer au patient ses croyances, ses craintes et son vécu »

E13 : Il est souvent nécessaire de l'inciter ou de l'aider.

E15 : Moins sans doute dans les situations d'urgences vitales mais je suppose que l'ensemble du questionnaire suggère implicitement que le risque critique en jeu lors de la consultation ne met pas en jeu le pronostic vital dans l'heure qui suit ☺.

E4 : C'est très important pour collaborer.

E28 : Important lors de certains entretiens, en particulier en cas d'inobservance des décisions négociées.

E20 : Tout dépend de l'objet de la consultation.

E30 : *J'essaie autant que possible. Mais parfois ça déborde, je pense notamment à une patiente où j'essaie avec elle de « détricoter » les raisons de son mal être entre un diagnostic de suspicion de fibromyalgie, une toxicomanie, alcoolisme, violences conjugales, et cirrhose hépatique... Si en plus elle est alcoolisée...*

E6 : *Idem que tout à l'heure .Tel patient refusera tel traitement car dans son vécu cela lui évoque des choses négatives... par exemple liées à un parent.*

E21 : *Important, souvent plutôt supposé ou implicitement on comprend en fonction des origines ethniques ou de la catégorie socio pro, important de rationaliser tout en permettant l'expression de ces croyances.*

E8 : *Les croyances sont essentielles.*

E29 : *C'est plus au moment de la fin de la consultation : « proposer » l'ordonnance (et non l'« ordonner ») ; explorer ce qu'il pense de sa situation de santé, à quel(s) diagnostic(s) il pense et pourquoi.*

Critère 8 « Sait alterner les questions ouvertes et fermées de façon adéquate »

E13 : *Le plus difficile étant la formulation de questions ouvertes, dans la contrainte de temps de la consultation.*

E15 : *Idem*

E20 : *Je n'ai pas de technique particulière ni d'intention, peut-être suis-je comme Mr Jourdain ?...*

E1 : *Cela dépend du but. Rappel : Ecoute active pure (Gordon) : pas de questions !*

E30 : *C'est sans doute très bien, mais je ne fais pas du tout attention à ça dans ma pratique actuelle.*

E6 : *Pour récolter le maximum d'infos pertinentes et en même temps avoir des réponses claires.*

E8 : *Surtout les questions ouvertes.*

E44 : *Dépend de l'objectif poursuivi.*

E29 : *La place des questions fermées est pour moi très restreinte. Elle servent souvent à juste rassurer le médecin et n'apporte que rarement des précisions pertinentes pour la prise en charge du patient. Au bout de 3 questions fermées, aucune information n'est livrée spontanément par le patient.*

Critère 9 « Évite les questions directives ou suggestives »

E13 : *Surtout depuis que j'ai lu Carl Rogers !*

E11 : *En médecine on a aussi besoin d'informations précises pour évoquer des hypothèses diagnostiques.*

E15 : *Le présupposé ressenti de ce questionnaire ne me semble reposer que des principes d'écoute active. Mais l'entretien stratégique, qui vise d'emblée le changement, sera souvent empreint de recadrages et de suggestions indirectes ou de suggestions ouvertes. De ce fait je réponds 9 au nom de la « posture » de respect que la question implique à mes yeux et 1 au nom de la monoculture d'entretien qu'elle me semble indiquer. C'est à dire 5 en moyenne.*

E14 : *Sauf pendant l'examen clinique.*

E28 : *Une question suggestive ou directive permet au patient de confirmer ou d'infirmier, de prendre position.*

E20 : *La lumière se compose de toutes les couleurs de l'arc en ciel pourquoi se priver d'un élément ?*

E1 : *Sauf manipulation pour le "bien" du patient (jeu à somme non nulle) !*

E30 : *Je trouve que ça dépend vraiment du contexte. Pour moi, le fait d'en avoir conscience, et de les utiliser de manière consciente et pesé est plus important.*

E6 : *Ces questions-là sont aussi utiles.*

E44 : *Une question peut être directive et non suggestive : ne pas mettre une évaluation sur 2 assertions !*

E29 : *À bannir à tout prix car elles livrent une information qui est souvent fausse ou faussée par la suggestion faite par le médecin.*

Critère 10 « Évite les répétitions »

E11 : *C'est plus facile pour les médecins experts que pour les novices.*

E25 : *Je ne comprends pas le sens de la question. Qu'entend-t-on par « répétitions » ? De la part de qui ?*

E15 : *Le patient peut se répéter, le médecin doit parfois se répéter avec des variantes subtiles.*

E24 : *Question mal formulée : les répétitions de quoi ? Dans la phase d'entretien : ne servent qu'une fois pour faire une reformulation et faire percevoir qu'on a compris le message, dans la phase d'explication : la répétition a des vertus pédagogiques ...*

E20 : *Je me répète souvent !*

E1 : *À l'époque classique, un enseignant était un "répétiteur"*

E30 : *En fait je ne comprends pas bien ce que vous voulez dire.*

E6 : *Pour moi répéter permet de s'assurer que le patient a compris et de récapituler ce qui a été vu avec le patient.*

E21 : *Important de se répéter ; des fois on a des réponses différentes pour la même question posée légèrement différemment.*

E44 : *Question non comprise.*

E31 : *Ça peut arriver quand on est fatigué, non ?*

E29 : *Peu voire pas d'incidence dans la relation médecin – patient.*

Critère 11 « Adopte un comportement non verbal approprié »

E28 : *Attention à ne pas surjouer.*

E20 : *J'ai des progrès à faire...*

E1 : *Approprié = congruent (ou stratégiquement discordant).*

E30 : *On ne maîtrise pas tout! Mais personnellement, je m'assois au bord de la table d'examen pour discuter d'une manière plus « horizontale » et souvent, des choses plus intimes se disent à ce moment là.*

E6 : *Pour la communication non verbale très importante. Certains médecins sont souriants et polis mais toute leur attitude dit « je suis pressé. Dépêchez-vous. Je n'ai pas le temps » et cela ne donne pas envie d'être là.*

E21 : *Je suis habillé en blanc comme tous mes collègues au centre de santé, j'essaie d'avoir une attitude stéréotypée, j'évite d'être trop « décontracté »*

E8 : *Critère mal formulé.*

E44 : *Qu'entendez-vous par « approprié » ?*

E29 : *Il va sans dire : en respectant les freins socioculturels des patients.*

Critère 12 « Utilise le silence »

E13 : *Mon stage d'initiation à l'hypnose m'aura appris cet usage.*

E11 : *Le silence doit être utilisé à bon escient... Ni trop ni trop peu.*

E4 : *Tout dépend de l'état de souffrance du patient, le silence peut être angoissant pour certains.*

E28 : *Le silence est un temps d'ouverture pour l'expression verbale et un temps de respect de l'émotion.*

E20 : *Je laisse le patient décider.*

E30 : *Ce n'est pas moi qui maîtrise le silence des gens ! Mais le mien oui ! Par contre, s'il y a silence de mon point de vue, il y a contact du regard, sourire ou une main posée, quelque chose du genre.*

E6 : *Que tout le monde réfléchisse calmement à ce qui occupe la consultation.*

E21 : *Important pour les annonces diagnostiques ou pour tout simplement penser.*

E44 : *Cela dépend des circonstances.*

E30 : *Il faut savoir le faire... à bon escient !*

Critère 13 « Regarde l'écran d'ordinateur d'une façon qui n'interfère pas avec la relation »

E13 : *L'anamnèse et l'examen clinique d'abord, la discussion et la négociation ensuite, la saisie informatique à la fin.*

E11 : *Tout dépend des patients... et de la place de l'écran.*

E15 : *Mon ordinateur est également accessible au regard des patients = approche « utilisationnelle » de l'environnement professionnel.*

E39 : *Mais c'est très difficile puisque l'ordinateur prend beaucoup de place dans la consultation...*

E4 : *Très important chez le patient qui attend une écoute.*

E28 : *Il suffit de le dire au patient.*

E20 : *Il est placé sur le coté de manière à ce que le patient puisse le voir et nous ne sommes dérangés ni l'un ni l'autre.*

E1 : *J'en suis resté aux notes manuscrites ...*

E30 : *Oui tout à fait d'accord sauf qu'il y a aussi les contraintes du codage des consultations etc... de la gestion du TP... je n'ai pas de secrétaire ! Et franchement ça change beaucoup les choses de ce point de vue, mais on n'a pas toujours les moyens financiers !*

E35 : *Je ne comprends pas la question.*

E44 : *Il manque, à mon avis, la demande de permission au patient.*

E31 : *Si on regarde son écran, on perd le contact visuel mais c'est un compromis entre prendre des notes et garder le contact ou ne pas en prendre et perdre le fil des consultations (il m'est inconcevable de prendre des notes après la consultation). On peut aussi taper sur le clavier sans regarder l'écran mais c'est aussi une perturbation non verbale dans la relation.*

E29 : *Eliminer toutes les interférences à la relation : notamment ne pas avoir à regarder son clavier en écrivant. Ce qui aide aussi, est de prendre des notes en mot à mot, sans interprétation des mots du patient. Un « putain » de mal de dos reste un « putain » de mal de dos et donne de la nuance dans le vécu des patients. Cela permet de réutiliser les mots du patient pour une meilleure compréhension.*

Critère 14 « Utilise la reformulation de façon adaptée »

E28 : *Oui mais attention aux techniques stéréotypées.*

E20 : *Cela nous aide à comprendre...*

E29 : *En réutilisant les mots utilisés par le patient.*

Critère 15 « Cherche à recontextualiser la plainte chaque fois que nécessaire »

E25 : *Je ne suis pas bien sûre de comprendre la question. Un exemple pourrait peut-être m'aider.*

E30 : *qu'est ce que vous entendez par « recontextualiser » ?*

E44 : *Pas seulement la plainte.*

E29 : *De loin pas ma priorité.*

Critère 16 « Résume régulièrement et sollicite l'accord du patient »

E39 : *je pense qu'il y a deux questions en une ! L'accord du patient est en permanence nécessaire (j'aurais mis 9 s'il n'y avait eu que cette question).*

E28 : *Permet une meilleure compréhension avant la décision partagée.*

E6 : *Pour le rapport collaboratif.*

E31 : *En général en fin de consultation à titre de conclusion avec un trait positif.*

E29 : *Pour moi, il faut reformuler en fin d'entretien si on a un doute de compréhension. Pas régulièrement : priorité à l'écoute et à la prise de note à ce moment. Solliciter l'accord est impératif : je « propose » mes ordonnances. Ce sont 2 notions à séparer à mon sens.*

Critère 17 « Renforce souvent et de manière appropriée les efforts d'adaptation et les démarches adéquates du patient »

E13 : *C'est éminemment plus constructif que de pointer les erreurs et les objectifs non atteints !*

E1 : *Quelle importance accordez-vous à avoir lu Cungi ?*

E6 : *Pour moi, la qualité de la relation aide au suivi du traitement et c'est bien de renforcer tous les petits pas dans la bonne direction.*

E22 : *J'utilise souvent les 4 R (recontextualiser, reformuler, résumer, renforcer) pour rechercher l'alliance thérapeutique*

E29 : *Pas compris la question... à reformuler. Efforts d'adaptation de qui ? de quoi ? démarches adéquates ??? Qui dit qu'elles le sont ? S'il s'agit de renforcement positif des actions du patient, alors oui, mais SANS jugement de la part du médecin.*

Critère 18 « Clarifie le verbal et le non-verbal du patient plutôt qu'il ne l'interprète »

E11 : *L'interprétation est nécessaire voire indispensable dans une écoute active mais il est impératif ensuite de vérifier que cette interprétation n'est pas erronée.*

E4 : *Cela peut aider le patient à exprimer des choses confuses.*

E28 : *Cela permet d'éviter les erreurs d'interprétation.*

E1 : *En fonction de la stratégie ("avantages, inconvénients, risques").*

E30 : *C'est important mais pas toujours facile à faire. Je le fais parfois, mais pas systématiquement.*

E21 : *Difficile dans les faits.*

E44 : *Demander l'accord du patient.*

E29 : *Interprétation = erreur potentielle. Donc interpréter le moins possible, plutôt chercher à comprendre.*

Critère 19 « Utilise l'humour de façon appropriée »

E13 : *J'utilise énormément l'humour, en consultation et dans la vie quotidienne. C'est un outil puissant, à manier avec prudence cependant, notamment avec les patients ayant une altération cognitive.*

E11 : *L'humour est une défense du soignant... à éviter pour moi car cela risque d'aggraver les « non dit ».*

E15 : *Par ce que « C'est plus fort que moi » ☺ donc c'est « approprié » qui est le point de progression visé.*

E14 : *J'utilise difficilement l'humour.*

E4 : *Surtout pas quand le patient évoque une blessure.*

E20 : *Ce n'est pas toujours approprié...*

E1 : *"L'humour c'est quand je te parle; le sarcasme c'est quand tu me réponds". C'est un ingrédient possible (parfois risqué : respect sine qua non) de la relation ; pas indispensable.*

E30 : *j'essaie au maximum de rire avec mes patients ! Cela dit, l'humour est difficile à manier lorsque les représentations culturelles diffèrent beaucoup : par exemple, je ne sais pas du tout comment mon humour est perçu par ma patientèle juive ultraorthodoxe...*

E6 : *Bien fait ça dédramatise, mal fait on ne se sent pas écouté. A utiliser avec les patients qu'on connaît bien.*

E21 : *peut être le plus difficile surtout que j'exerce en Suède et que l'humour français ne peut être traduit littéralement en suédois.*

E44 : *Difficile de savoir si cela sera approprié ou pas, donc à éviter c'est-à-dire qu'il est important de ne pas l'utiliser.*

E29 : *À adapter aux patients qui y sont perceptifs. Mais cela permet d'améliorer la relation en créant un espace de détente dans la communication.*

Critère 20 « Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient »

E11 : *Reconnaître est une chose les nommer est parfois aussi très important.*

E28 : *Être empathique permet de reconnaître les émotions mais également d'aider le patient dans la gestion de celles-ci.*

E30 : *Pour moi votre question recoupe les questions 6 et 7.*

E44 : *Plusieurs assertions : impossible de répondre.*

E29 : *L'empathie est essentielle. Elle permet l'espace d'existence du patient. C'est lui qui détient le savoir sur ses problèmes de santé. Nous ne sommes que des accompagnants.*

Critère 21 « Explore les émotions et sentiments du patient et utilise le reflet tout au long de la consultation »

E13 : *Il est peut-être excessif de le faire tout au long de la consultation, certaines étapes d'icelle s'y prêtent bien, d'autres pas du tout.*

E11 : *Je ne sais pas ce qu'est un reflet en dehors de Narcisse et de son reflet dans l'eau !*

E25 : *Un peu redondant avec le critère précédent, non ?*

E39 : *Pas compris « le reflet ».*

E28 : *Explorer les émotions et sentiments → oui*
Utilisation du reflet : oui mais attention aux attitudes stéréotypées.

E20 : *Très variable selon le patient et la pathologie concernée.*

E1 : *"tout au long" ... en fonction de la stratégie.*

E21 : *Je ne suis pas très doué pour cela.*

E8 : *Redondant avec le critère 20.*

E44 : *Idem, émotion est différent du sentiment.*

E31 : *Je ne comprends pas la notion de reflet.*

E29 : *Le reflet ??? Il faut parfois mettre l'accent sur ce que ressent le patient mais nous ne sommes pas des miroirs de ses émotions. Sinon, c'est un contre transfert mal maîtrisé = dangereux pour le praticien. Oui pour explorer ses émotions car cela va influencer sur son adhésion au traitement ou non. Lui demander à quel diagnostic il pense et partir de là +++.*

Critère 22 « Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes »

E13 : *C'est une tâche difficile et chronophage, car les objectifs du médecin et du patient et les priorités du patient et du médecin sont souvent divergentes.*

E11 : *C'est une des bases de la démarche centrée patient et de ETP.*

E15 : *Et aussi de clarifier ses demandes irréalistes.*

E4 : *Surtout rester dans du réalisable.*

E28 : *Permet de structurer la consultation et les suivantes.*

E20 : *Si possible une seule demande par consultation !*

E6 : *Met le patient au centre, acteur de sa vie.*

E21 : *On résume à la fin surtout pour les consultations longues et avec plusieurs sujets.*

E44 : *Idem et comment différencier les 3 ?*

E29 : *Et d'en poser les limites : de définir avec lui ce qui pourra être traité au cours de cette consultation et de ce qui fera l'objet d'une autre consultation.*

Critère 23 « Enonce les transitions »

E13 : *Je trouve cette proposition un peu « scolaire ».*

E11 : *Je ne comprends pas cette question.*

E15 : *Fonction du « style » du patient.*

E4 : *Je ne comprends pas la question.*

E28 : *C'est une bonne technique pour présenter les différentes phases de la consultation.*

E20 : *Je ne comprends pas la question.*

E1 : *= "mettre les sous-titres"*

E30 : *Je ne comprends pas la question. Les transitions entre quoi et quoi ?*

E16 : *J'ai tendance à mettre 5 quand je ne suis pas sûre de comprendre. Comme ici...*

E31 : *Je ne comprends pas la question. Est-on dans un cours de communication ou dans la vie réelle ???*

E29 : *C'est à dire ??? Rien compris à ce que cela veut dire...*

Critère 24 « Sait exprimer son désaccord de façon adaptée »

E13 : *La phase de négociation est essentielle dans la démarche de décision médicale partagée ; ce désaccord doit être exprimé avec franchise, mais en respectant le patient.*

E11 : *C'est très important car la relation médecin-malade n'est pas en miroir, le patient vient voir un médecin et pas un égal si le médecin a de bonnes raisons de n'être pas d'accord c'est pour moi un devoir éthique de l'exprimer même si cela est difficile et consommateur d'énergie*

E28 : *Cela dépend des thèmes mais il y a des situations où cela est important (prise de risque, défaut de connaissances...).*

E20 : *Le désaccord certes ! Mais la manière adaptée ??*

E21 : *de manière claire et non ambiguë.*

E2 : *Plutôt rouler avec la résistance Miller et Rollnick.*

E31 : *Tout ceci me semble très théorique. Que veut dire « de manière adaptée » ?*

E29 : *Et de façon simple : NON. Sans argumenter. Demander au patient d'argumenter si besoin et reprendre ses arguments pour renforcer le NON.*

Critère 25 « Limite les digressions inutiles et sait replacer le patient dans un contexte médical »

E13 : *C'est de la routine !*

E11 : *Tout dépend ce que l'on entend par digressions inutiles... inutile pour qui pourquoi ?*

E25 : *Il est difficile de savoir ce qui est digression inutile ou bien ce qui va déboucher sur les vrais motifs de consultation du patient.*

E15 : *Digressions du patient qui paraissent sur le moment inutiles au médecin ?
Contexte médical ??????*

E28 : *Les digressions non médicales peuvent avoir un intérêt dans l'établissement de la confiance (ex : parler sport avec un sportif).*

E32 : *Sont-elles vraiment inutiles ? Elles peuvent permettre de manifester l'empathie du médecin, de dégager des centres d'intérêt communs sur lesquels la relation soignant-soigné pourra s'appuyer, de faire surgir des émotions ou des motifs cachés.*

E30 : *Parfois on juge des digressions inutiles (par rapport à ce qu'on attend « nous » de la consultation) et... les gens nous parlent de choses tout à coup super importantes dans leur vie (le décès d'un proche, un cambriolage et des soucis financiers, des violences conjugales... d'après des consultations récentes). Pour moi cela est en rapport avec l'attitude d'ouverture, même à ce qu'on considère comme digression. Cela dit il y a toujours la contrainte temps de consultations et informatique qui limite d'elles mêmes les digressions.*

E6 : *Pour rester Capitaine du bateau et rester rigoureux et organiser le temps*

E44 : *Cf question sur le fait de ne pas interrompre...*

E30 : *Les digressions permettent parfois de gagner du temps, d'établir la relation, au patient d'exprimer plus justement sa problématique.*

Critère 26 « Maîtrise le temps dans la consultation »

E13 : *Nous touchons là à ma principale angoisse : comment concilier les exigences de la communication, aussi exigeantes que chronophages, avec le temps limité de la consultation, la multiplicité des problématiques et la rémunération à l'acte ? Cela frise parfois la quadrature du cercle...*

E11 : *Attention aux consultations qui n'en finissent pas et où pour autant rien ne se passe ; pour autant il faut un temps minimum pour permettre l'expression, la compréhension et la décision mutuelle.*

E15 : *L'idée de maîtriser le temps est conceptuellement vertigineuse me semble-t-il. Il s'agit sans doute de la durée et même si tout a naturellement une fin, c'est plutôt important les jours d'épidémie, moins l'été.*

E4 : Important pour éviter de tomber dans l'affectif comme donner trop de temps sauf s'il y a danger pour un patient.

E28 : Important mais difficile !

E20 : À 23 euros la consultation non mais !!

E30 : Comme je vous le disais déjà, j'ai souvent beaucoup de retard. Mais cela n'est pas sans conséquences : certaines personnes en ont marre de mon retard, je ne suis pas aussi « efficace » que je souhaiterais, je gagne moins d'argent que des médecins plus rapides. Mais actuellement ça ne marche pas si mal comme ça. Si je me force à aller plus vite, j'ai l'impression de passer systématiquement à côté des demandes sous entendues...

E6 : Sinon on vit dans le stress.

E21 : Très important.

E22 : Si l'entretien est bien conduit, que le patient a pu exprimer ses émotions, ses plaintes, ses craintes, demandes... le temps que l'on s'est fixé est rarement dépassé.

E44 : Question non comprise, si c'est de maîtriser le temps de la consultation, rappeler le cadre de la consultation en préambule est utile et nécessaire : cela comprend le temps de celle-ci.

E29 : L'absence de maîtrise est un facteur favorisant le Burn Out des soignants.

Critère 27 « Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical »

E13 : C'est une des grandes difficultés de la consultation. J'utilise de plus en plus les images, les vidéos, les sites internet pour m'aider. Je compile et archive des documents susceptibles de m'aider dans la décision partagée que j'utilise avec le patient.

E15 : Un pieux désir, un idéal vers lequel il faudrait tendre tant la lecture des contrats habituels nous laisse songeur.

E20 : Tout dépend du patient et de ma relation avec lui le silence ou plutôt l'omission est parfois nécessaire.

E6 : Cf rapport collaboratif.

E22 : Souhait pas toujours facile à réaliser car nous sommes conditionnés par ce jargon et trouver un synonyme du langage courant pas toujours immédiat et adapté.

E44 : Expliquer aussi le jargon si le patient est demandeur.

E30 : Utiliser les mots des patients : ce sont eux les savants de leur santé, pas nous !

Critère 28 « Vérifie la compréhension du patient »

E13 : Fon-da-mental

E11 : Fondamental sinon le risque de quiproquo est permanent.

E15 : La compréhension oui, mais de quoi au juste ☺???

E32 : Mais est ce que j'y arrive vraiment ? Quand le patient a manifesté sa compréhension, parfois j'apprends par la pharmacienne ou l'infirmière qu'il a compris autre chose.

E2 : Vérifier aussi la compréhension du médecin avec des résumés faits par le médecin.

E44 : Là aussi, importance du cadre donné en début de consultation, sur la possibilité d'interrompre le médecin et demander des explications.

E29 : Essentiel.

Critère 29 « S'appuie sur des fiches écrites si besoin »

E13 : La fiche écrite est souvent un moyen d'économiser le temps, rarement utile, elle doit être remplacée par d'autres méthodes pédagogiques (voir supra).

E11 : Je ne comprends pas la question qui écrit le patient ou le médecin ?

E15 : Tous ne sont pas préférentiellement visuels. Les dessins sont préférentiellement acceptés.

E14 : La question n'est pas clairement formulée, les fiches écrites comme support d'éducation thérapeutique ? de consignes au patient ?

E4 : La relecture fait du bien.

E28 : Ou faire des schémas.

E20 : Tout est informatisé les éléments notés dans le dossier sont assez pauvres je l'avoue !

E1 : En fonction des patients.

E2 : Je donne au patient toutes mes notes durant l'entretien tout le travail fait en commun. J'utilise aussi des fiches imprimées pour les informations et les techniques, ainsi que des enregistrements audio ou vidéo.

E44 : Des fiches sur quoi ? Cela dépend du contexte, de l'objectif poursuivi, de la personne...

E31 : Je suppose que c'est « s'appuyer sur des fiches écrites **remises** au patient ». Je les ai beaucoup utilisées pour tout ce qui est traumatisme mais si on veut qu'elles soient efficaces, il ne faut pas seulement les remettre mais aussi les expliquer. Ce qui fait prendre du temps et m'a fait les remettre moins souvent.

E29 : Les patients retiennent moins de la moitié des infos données en consultation. Le support écrit leur permet d'y revenir si besoin. Mais elles doivent être étayées (biblio) et datées.

Critère 30 « Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse »

E13 : Voir cet excellentissime article de Lecorps qui compare le médecin chargé de l'éducation de son patient au menuisier travaillant le bois (avec amour...) <http://www.ipcem.org/ressources/pdfress/lecorps.pdf>

E11 : C'est évident pour moi mais redondant avec les autres questions à mon avis.

E20 : Souplesse certes mais fermeté !

E30 : Oui. Le mot « souplesse » est très joli, mais qu'entendez vous exactement par là ?

E44 : 3 assertions...

E29 : Nous ne sommes que ses accompagnants. Pas des guides...

Critère 31 « N'émet pas de jugement »

E13 : Même réponse qu'en 9 !

E11 : *Je suis contre l'idée que nous ne portons pas de jugement... Je pense au contraire que nous faisons cela en permanence la question est jugement par rapport à quelle référence... puis la façon de le dire...*

E39 : *Parfois difficile...*

E4 : *Sauf s'il s'agit de juger des comportements de harcèlement ou de manipulation.*

E28 : *Le jugement est quelquefois indispensable dans certaines situations à risque : propos raciste, diffamatoire...*

E20 : *Là encore tout dépend de l'attitude du patient : il y a des comportements qui demandent des mises au point voire une rupture.*

E32 : *Parfois il est bon que le patient connaisse l'opinion du médecin et puisse s'y confronter comme un enfant avec ses parents.*

E30 : *cela nécessite un grand travail sur soi, car les discours même de santé publique sont fondés sur « le bien/ le mal », il faut faire ci, il faut faire ça, 5 fruits et légumes par jour etc. Les patients nous demandent parfois qu'on leur renvoie du jugement « hein docteur c'est mal que j'aie repris la cigarette ».*

E2 : *Ne pas juger n'exclut pas le dialogue si possible socratique.*

E29 : *Essentiel +++*

Critère 32 « S'assure du rôle que le patient souhaite jouer dans la prise de décisions »

E11 : *Fondamental mais redondant avec ce qu'il y a plus haut.*

E4 : *Important pour maintenir la collaboration.*

E28 : *Important mais je ne le fais pas assez.*

E20 : *J'essaie d'assurer et d'assumer mon rôle et je laisse le patient se placer par rapport à ma prise de position.*

E30 : *Vous demandez si on trouve ça important de demander au patient s'il veut jouer un rôle, ou pas, dans la prise de décision ? C'est assez intuitif au vu de l'ensemble de la consultation... je ne pense pas m'en assurer en tant que tel.*

E29 : *Accompagnants...*

Critère 33 « Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable »

E11 : *Base de ETP redondant avec*

E28 : *Cela dépend des patients et des pathologies.*

E24 : *Attention deux concepts évalués : difficile d'en tirer quelques chose.*

E20 : *Tout dépend de la situation : en régulation c'est fondamental pour la consultation lambda c'est souhaitable.*

E21 : *Base pour une bonne compliance.*

E44 : *Pas d'accord, c'est le choix du patient, en contradiction avec la question suivante.*

E31 : *Théorique.*

E29 : *Idem commentaire ci-dessus. C'est SA santé. Nous ne sommes là que pour l'accompagner dans ses choix et lui permettre de la gérer au mieux, pas pour le guider.*

Critère 34 « Respecte l'autonomie du patient et l'encouragement à prendre ses responsabilités »

E11 : *Il faut en permanence naviguer avec l'autonomie d'une part et la bienfaisance de l'autre... tout dépend des traits de personnalité des acteurs et de la relation transférentielle.*

E15 : *A tempérer : il s'agit plutôt de s'adapter au style car certains ont délégué autonomie et responsabilité à un tiers, conjoint par exemple...*

E28 : *Impossible pour certains patients.*

E24 : *Attention, ici vous évaluez deux concepts.*

E20 : *Parfois le médecin est une béquille, voire une paire de béquilles et un plâtre : situation temporaire bien sûr !*

E30 : *Sur cette notion, je pense qu'il faut être attentif. On ne peut pas demander au patient de prendre des responsabilités qu'il ne peut pas prendre, parce que justement il n'est pas médecin... évaluer un bénéfice/risque tout seul ? Pour moi, la notion d'accompagnement dans la confiance est liée à cette « autonomisation ».*

E21 : *Je documente les décisions thérapeutiques et les refus de prise en charge du patient de manière très claire.*

E44 : *Ce n'est pas respecter l'autonomie c'est encourager l'autonomie.*

E31 : *Idem.*

E29 : *Déclinaison des notions précédentes : à regrouper, c'est fastidieux de répondre plusieurs fois à la même notion...*

Critère 35 « Repère les aires de conflit éventuel ou d'opposition symétrique »

E11 : *Il ne s'agit pas de les désamorcer pour les désamorcer mais il me semble préférable de les nommer pour voir s'il y a un terrain d'entente ou non et en tirer des conclusions.*

E4 : *Remise en cause des conflits internes du médecin !*

E24 : *Là aussi : deux concepts.*

E20 : *Le conflit est parfois inévitable est-il toujours négatif ?*

E1 : *"désamorcer" ? Ou s'en servir.*

E32 : *Je ne sais pas faire.*

E30 : *Enfin, on n'arrive pas toujours à désamorcer !*

E21 : *Prend beaucoup d'énergie.*

E2 : *Parfois il est intéressant des les amorcer afin de mettre en évidence les émotions et sentiment des patients. Le re-vécu des émotions durant la consultation est très souvent le meilleur moyen pour accéder à la réalité que vit le patient.*

E29 : Cf. questions 30 et suivantes.

Critère 36 « Propose au patient de le revoir si besoin »

E11 : Il s'agit bien sûr de préparer la suite.

E15 : Pourquoi ? Certains ne le feraient pas ??

E4 : Ouverture avec un choix du patient.

E20 : Parfois oui parfois non !

E31 : Surtout quand on n'a pas envie de le revoir, c'est le meilleur moyen.

E29 : Ça, c'est la base de la MG... 15-20 minutes, mais plusieurs fois !

Critère 37 « Sait gérer les problèmes de dernière minute »

E11 : Il faut être capable de les faire exprimer à la première minute et si ce n'est pas possible savoir les différer.

E15 : J'ai du mal à répondre à cette question, je suppose qu'il s'agit d'un problème évoqué par le patient une fois la consultation en voie d'être close et qui n'aurait pas été listé en début d'entretien... et dans ce cas quels sont les indicateurs de la mesure ?????????

E14: Savoir ne pas démarrer une seconde consultation à la fin de la première. Bien se mettre d'accord au début de séance sur les sujets à aborder, fixer un rendez vous dans les 24 h si la demande qui arrive en fin de consultation est urgente.

E4 : Parfois gardé volontairement par le patient.

E20 : Il n'y en a pas si la consultation est bien menée et le médecin concentré.

E32 : Je n'en ai pas beaucoup ! Pourquoi ? Peut être suis-je arrivé à les faire apparaître avant la dernière minute ?

E30 : Vous voulez dire, le motif de la dernière minute, quand on va ouvrir la porte ? Ou la régulations des appels d'urgence ?

E29 : Il devrait y en avoir peu si on a bien écouté...

E21 : Si problème urgent ça devient le motif de consultation, si problème non urgent on diffère la réponse avec une nouvelle consultation.

E34 : Savoir faire revenir le patient.

E31 : Je n'ai pas compris la question. Si c'est une demande en fin de consultation, soit je botte en touche (prescription/symptôme) soit je redonne un rendez-vous. Si c'est une urgence (type douleur thoracique chez un homme de > 50 ans), prise en charge immédiate et tant pis pour ceux qui attendront.

E30 : ??? qu'est-ce à dire ??? la consultation de poignée de porte ??? Elle existe si on n'a pas vraiment permis au patient d'exprimer TOUT ce qu'il avait besoin de dire. Donc entretien silencieux, jusqu'à saturation des données = pas à gérer ceci. Si c'est autre chose, le formuler car je n'ai pas compris.

Critère 38 « Parvient à clore naturellement la consultation sans qu'il ne demeure d'ambiguïté »

E11 : C'est un objectif qu'il n'est pas toujours possible d'atteindre... La relation humaine est complexe.

E15 : *Vaste programme.*

E28 : *Comme pour un solo musical, ce qui compte c'est la dernière note !*

E20 : *On peut toujours essayer !*

E6 : *Pas toujours simple de savoir s'il y a des ambiguïtés ou pas. Parfois elles n'apparaissent que plus tard.*

E2 : *Certaines ambiguïtés sont nécessaires car parfois il est utile de bien développer la tolérance à l'incertitude et de ne pas toujours savoir exactement quelles sont les solutions puisqu'il s'agit de les construire à deux ou à plusieurs en cas d'entretiens de couple ou de famille. Ce qui ne doit pas être ambigu c'est le cadre de la thérapie ou de la consultation et à quoi elles servent.*

E44 : *Ambiguïtés sur quel sujet ?*

E31 : *Théorique.*

E29 : *C'est la résultante des questions précédentes. Ce n'est pas un objectif en soi mais une résultante qui ne sera remplie que si le patient a eu sa place, qu'il a été mis au cœur du soin. Donc l'important c'est de réussir toutes les autres étapes et celle-ci aura lieu. Pas l'inverse. Donc ce n'est pas un item à remplir. C'est l'objectif général de la consultation. Ce qui est en filigrane à la consultation.*

Critère 39 « Raccompagne le patient »

E13 : *Je raccompagne systématiquement le patient, c'est affaire de politesse, pas de relation-médecin patient !*

E11 : *Au suivant !*

E15 : *Si c'est l'interne qui raccompagne, ça vaut aussi ??*

E28 : *Revoir critère 1.*

E1 : *Jusqu'où ? Je raccompagne les patients à la porte de mon bureau (leur laissant le loisir d'utiliser mes toilettes avant de reprendre la route; ou de ritualiser s'ils ont un TOC !). cf critère 1.*

E32 : *Je le fais toujours.*

E16 : *Ça dépend ce qu'on entend par là. Se lever de sa chaise de docteur et saluer le patient et l'accompagner jusque la porte du bureau me semble important. Après, j'ai un associé qui raccompagne jusqu'à la porte de sortie du cabinet médical et tient la porte jusqu'à ce que le patient soit dehors... Bon. Je ne vais pas jusque là.*

E21 : *Toujours et ceci pour que ça aille plus vite sinon certains vont mettre 5 minutes à se rhabiller et commencer à parler de Pierre, Paul ou Jacques.*

E22 : *Toute marque de respect favorise les bonnes relations inter humaines. Raccompagner participe également à l'accompagnement du patient et montre qu'on sera avec lui.*

E44 : *Si cela fait partie des rituels communément admis.*

E31 : *Avec un petit mot de conclusion positif sur sa situation et d'encouragement.*

E29 : *La consultation commence à la prise de rendez-vous et se termine une fois le patient parti... tout compte ! Pour cette consultation et pour les suivantes...*

ANNEXE 12 : RÉSULTATS DEUXIÈME TOUR

Critère	Nombre de réponses	%
1	28	71,8*
2	12	30,8
3	18	46,1
4	8	20,5
5	12	30,7
6	6	15,4
7	8	20,5
8	21	53,8*
9	7	17,9
10	22	56,4*
11	19	48,7
12	13	33,3
13	10	25,6
14	20	51,3
15	22	56,4*
16	8	20,5
17	14	35,9
18	22	56,4*
19	25	64,1*
20	6	15,4
21	21	53,8*
22	24	61,5*
23	14	35,9
24	4	10,3
25	14	35,9
26	10	25,6

* Critère retenu (cité >50% des experts)

ANNEXE 13 : COMMENTAIRES DEUXIÈME TOUR

E8 : *Pour certains items, j'ai mis plusieurs réponses qui je trouve vont assez bien ensemble, tout dépend comment on formule la phrase, mais cela pourrait permettre d'associer plusieurs idées importantes et similaires par item !*

E29 : *La hiérarchisation reste relativement aléatoire malgré tout.*

E30 : *J'ai été gênée pour répondre pour deux raisons :*

- *à mon sens, certaines propositions en recoupent d'autres (par exemple: 18/point de vue vs 3/croyance et vécu)*

- *il m'a semblé difficile de hiérarchiser des items regroupant de manière homogène à la fois des "techniques" de communication (4/ alternance de questions ouvertes et fermées 8/utilisation du silence...) et des approches globales de la relation dialogique, souvent d'inspiration socio-interactionniste, (18/s'adapter avec souplesse à la singularité 21/parvenir à un choix mutuellement acceptable). Je crois que j'aurais été plus à l'aise pour hiérarchiser des techniques de communication entre elles et des approches dialogiques entre elles.*

E32 : *Je suis incapable de donner un ordre de priorité à ces items ; l'ordre indiqué dans le tableau est donc FAUX ; c'est un ensemble.*

E1 : *En relisant, je m'aperçois :*

- *que vraiment tous ces items devraient être possédés par tous les soignants et travailleurs sociaux ...*
- *le terme de l'item 21, "inciter", devrait, peut-être, être clarifié dans une optique "motivationnelle".*

ANNEXE 14 : RÉSULTATS TROISIÈME TOUR

	Nombre de réponses	%
Critère 1	12	28,5*
Critère 2	8	19
Critère 3	6	14,3
Critère 4	5	11,9
Critère 5	0	0
Critère 6	3	7,1
Critère 7	9	21,4*
Critère 8	0	0
Critère 9	4	9,5
Critère 10	4	9,5
Critère 11	2	4,8
Critère 12	1	2,4
Critère 13	2	4,8
Critère 14	3	7,1
Critère 15	5	11,9
Critère 16	6	14,3
Critère 17	13	30,9*

* Critère éliminé (cité >20%)

ANNEXE 15 : COMMENTAIRES TROISIÈME TOUR

E44 : *C'était par moment délicat car quelques items comprennent plusieurs qualités ou attitudes : certaines sont importantes et d'autres moins. À mon sens, bien sûr! J'ai l'impression de retrouver les éléments clefs de l'écoute active et de l'empathie.*

E8 : *Je dirais que les items 1 et 2, puis 10 et 13 peuvent s'englober/s'associer et sont donc légèrement redondants, c'est pourquoi je pense que nous pourrions les supprimer.*

E25 : *Je n'en ai enlevé qu'un, en me disant qu'il était un peu redondant et déjà inclus dans les autres. Mais ensuite tous les autres me paraissent tous aussi importants et je n'arrive pas à en enlever un 2^{ème}.*

E3 : *J'élimine les critères 3 et 6 qui sont redondants.*

E19 : *Pas facile de supprimer encore des critères!*

E22 : *J'enlève le 16 et le 4 (qui peut s'inclure dans le 3 et le 5).*

E31 : *J'éliminerais volontiers les 2 derniers items qui recoupent un peu les précédents.*

E38 : *Critères 7 et 12 car on les retrouve un peu dans d'autres critères plus complets.*

E11 : *Je suis pour enlever :*

- *critère 2 : saluer le patient suffit*

- *critère 14 : donner son avis si on n'est pas d'accord est indispensable on peut formuler ainsi un jugement*

E4 : *Bien difficile comme choix!*

E21 : *Ça devient compliqué : tous les critères sont pertinents.*

E15 : *Les deux premiers me semblent redondants avec le 3^{ème}.*

Pour mémoire le terme MOTIF est un anglicisme et ne s'emploie en français qu'en art :

- *Ce que, dans la réalité visible, un peintre, un dessinateur, choisit comme sujet, comme modèle, notamment un paysage (d'où les expressions aller sur le motif, travailler sur le motif).*
- *Structure visuelle expressive ou décorative, dans le spectacle extérieur ou dans l'œuvre.*
- *Dessin, ornement, le plus souvent répété, sur un support quelconque : tissu à motifs de fleurs.*
- *Petit élément caractéristique d'une composition musicale, qui en assure l'unité. (Il peut être harmonique, mélodique ou rythmique.)*

Quant au motif caché (au patient ? au médecin?) en voilà un concept non révélé qui mérite à lui seul un livret explicatif : Plaintes demandes attentes, à l'extrême les besoins sont à mes yeux suffisants et surtout suffisamment élaborés . Quant aux souhaits, de quoi parle-t-on exactement ????

E40 : *Difficile de répondre, maintenant qu'en gros il ne reste que des items importants.*

E1 : *Dans la perspective motivationnelle et d'ETP, le 10 tombe et le 11 n'est plus nécessaire car c'est le patient qui demande les infos et fait l'effort de comprendre.*

Le 1 va de soi, mais c'est peut-être utile de le garder car (de mémoire; Comte-Sponville) "la politesse n'est pas une vertu mais est fondatrice des vertus".

Merci de cet encouragement à réfléchir.

Bravo et bon courage !

E12 : Non pas que je les trouve non pertinents mais qu'ils peuvent être retrouvés dans d'autres.

E32 : En relisant bien cette liste je trouve que 2 et 3 sont très proches l'une de l'autre (quelle différence réelle entre "attitude d'ouverture" et "disposition d'écoute" ?) ; que 6 et 7 sont synonymes (pour ma part je conserverais la formulation "6" ; ainsi que 15 et 16 (je préfère la formulation "15") ; je n'aime pas la 14 ("n'émet pas de jugement") trop imprécise (pas de jugement sur quoi ou sur qui ?) car je pense que le patient a besoin de savoir ce que pense le médecin en face de lui ; par ex. si le médecin dit "je pense que cet examen ou ce traitement n'est pas utile ou pas indiqué ou trop risqué comparé à tel autre" il émet un jugement. Je préfère la 10 "exprime son désaccord de façon adaptée" ;

ma liste à moi ne compterait finalement plus que 12 items : 1-2-5-6-8-9-10-11-12-13-15-17

ceci est évidemment tout à fait personnel.

E6 : Je pense que le critère N°4 n'est pas essentiel car de ma perspective certains patients ne disent pas les choses à moins qu'on les interroge explicitement (par exemple sur les envies de suicide). Et le critère n°7 car il me semble proche d'autres critères dans votre liste. C'est intéressant de participer à votre travail. Alors un tout grand merci aussi.

E39 : J'éliminerai le critère 1 (car je me dis qu'il est moins pertinent puisqu'obligatoire, aucun médecin ne peut commencer une consultation sans dire bonjour! Enfin je l'espère...!) et le critère 7 (bien que résumé c'est important mais tous les autres me paraissent plus pertinents)!

E9 : Tous les items me paraissent importants.

Cela dit, pour éviter les redondances, je fusionnerais bien les critères 1 et 2 (ça je n'imagine pas de médecins ne pas saluer le patient en étant en même temps chaleureux); ainsi que les 13 et 14 car si le médecin tient compte du point de vue de patient, c'est qu'il ne le juge pas.

ANNEXE 16 : GUIDE DE L'ENTREVUE MÉDICALE : GRILLE CALGARY CAMBRIDGE SIMPLIFIÉE

GRILLE CALGARY CAMBRIDGE SIMPLIFIEE

	Fait	Fait de manière incomplète	Non fait
<i>Débuter l'entrevue :</i>			
Prépare la rencontre			
Etablit le premier contact			
Identifie la (les) raison(s) de la consultation			
<i>Recueillir l'information : explore les problèmes du patient pour découvrir :</i>			
La perspective biomédicale			
La perspective du patient			
Les informations de bases et le contexte			
<i>Expliquer et planifier</i>			
Fourmit la quantité et le type adéquat d'information			
Aide le patient à comprendre et à retenir les informations			
Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective			
Planifie une prise de décision partagée			
<i>Construire la relation</i>			
Utilise un comportement non verbal approprié			
Développe une relation chaleureuse et harmonieuse			
Associe le patient à la démarche			
<i>Structurer l'entretien</i>			
Rend explicite son organisation			
Prête attention au déroulement de l'entrevue			
<i>Terminer l'entrevue</i>			
Planifie les prochaines étapes			
Prépare la fin de l'entrevue			

ANNEXE 17 : CORRESPONDANCE AVEC LA GRILLE CALGARY CAMBRIDGE SIMPLIFIÉE

<i>Débuter l'entrevue</i>	
Prépare la rencontre	
Etablit le premier contact	Critère 2
Identifie la (les) raison(s) de la consultation	Critère 4
<i>Recueillir l'information : explore les problèmes du patient pour découvrir</i>	
La perspective biomédicale	Critère 4
La perspective du patient	Critères 3, 7
Les informations de bases et le contexte	Critère 4
<i>Expliquer et planifier</i>	
Fournit la quantité et le type adéquat d'information	Critère 9
Aide le patient à comprendre et à retenir les informations	Critère 11
Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective	Critère 12
Planifie une prise de décision partagée	Critère 13
<i>Construire la relation</i>	
Utilise un comportement non verbal approprié	
Développe une relation chaleureuse et harmonieuse	Critère 1
Associe le patient à la démarche	Critère 14
<i>Structurer l'entretien</i>	
Rend explicite son organisation	Critère 10
Prête attention au déroulement de l'entrevue	
<i>Terminer l'entrevue</i>	
Planifie les prochaines étapes	
Prépare la fin de l'entrevue	

ANNEXE 18 : GRILLE DE LUC CÔTÉ

Pour chacun des items, encerclez le chiffre correspondant à votre opinion

	TOUT A FAIT EN DÉSACCORD 1	PLUTÔT EN DÉSACCORD 2	PLUTÔT EN ACCORD 3	TOUT A FAIT EN ACCORD 4
COMPRÉHENSION DE L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT				
1. Invite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne	1	2	3	4
2. Invite le patient à exprimer sa perception de ses symptômes	1	2	3	4
3. Invite le patient à exprimer ses inquiétudes par rapport à ses symptômes	1	2	3	4
4. Invite le patient à partager ses attentes face à la consultation	1	2	3	4
5. Tient compte de l'opinion et des inquiétudes du patient tout au long de l'entrevue	1	2	3	4
6. Laisse au patient le temps de s'exprimer et, s'il doit l'interrompre, le fait avec tact	1	2	3	4
7. Utilise adéquatement les questions ouvertes et fermées	1	2	3	4
8. Réagit de façon appropriée à la communication non-verbale du patient	1	2	3	4
COMMUNICATION EFFICACE ET RESPECTUEUSE				
9. Évite d'être hautain et brusque avec le patient	1	2	3	4
10. Respecte les opinions du patient	1	2	3	4
11. Regarde le patient quand il lui parle et lorsque ce dernier s'exprime	1	2	3	4
12. S'exprime avec clarté et précision	1	2	3	4
13. Explique la conduite proposée	1	2	3	4
14. Évite le jargon médical	1	2	3	4
15. Vérifie la compréhension du patient tout au long de l'entrevue	1	2	3	4

ANNEXE 19 : AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE PATIENT ASSESSMENT

AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE PATIENT ASSESSMENT FOR CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT

HOW IS THIS DOCTOR AT...	RATING SCALE
1. Telling you everything; being truthful, upfront and frank: not keeping things from you that you should know	
2. Greeting you warmly; calling you by the name you prefer; being friendly, never crabby or rude	
3. Treating you like you're on the same level; never "talking down" to you or treating you like a child	
4. Letting you tell your story; listening carefully; asking thoughtful questions; not interrupting you while you're talking	
5. Showing interest in you as a person; not acting bored or ignoring what you have to say	
6. Warning you during the physical exam about what he/she is going to do and why; telling you what he/she finds	
7. Discussing options with you; asking your opinion; offering choices and letting you help decide what to do; asking what you think before telling you what to do	
8. Encouraging you to ask questions; answering them clearly; never avoiding your questions or lecturing you	
9. Explaining what you need to know about your problems, how and why they occurred, and what to expect next	
10. Using words you can understand when explaining your problems and treatment; explaining any technical medical terms in plain language	

1 = Poor
 2 = Fair
 3 = Good
 4 = Very Good
 5 = Excellent
 # = Unable to Evaluate

Lipner RS, Blank LL, Leas BF, Fortna GS. The value of patient and peer ratings in recertification. Acad Med J Assoc Am Med Coll. oct 2002;77(10 Suppl):S64-66.

ANNEXE 20 : ROCHESTER COMMUNICATION RATING SCALE

Rochester Communication Rating Scale, 2002 version – Competency I: Effective Communication (For obtaining patient feedback. To be completed by patients or standardized patients)

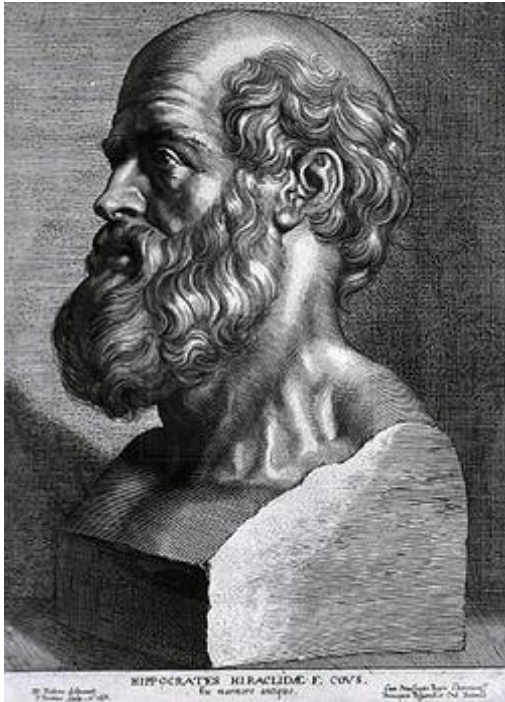
I felt the student:

1. Took interest in even my smallest problems and concerns. (3605)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
2. Body language and tone of voice communicated caring and concern. (3606)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
3. Made me feel I could tell him/her anything, even something personal. (3607)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
4. Did not seem distracted. (3608)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
5. Attended to my physical comfort during interview and physical exam (ie: offered tissue; pulled out leg rest; warmed hands, stethoscope, assisted me with difficult movements...). (3609)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
6. Greeted me warmly. (3610)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
7. Let me explain my problem without interruption. (3611)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
8. Asked about all of my concerns early in the interview (usually by asking 'anything else'). (3612)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
9. First asked about my general concerns, then asked about specific details. (3613)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
10. Allowed me to tell my story in my own words. (3614)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
11. Summed up and made sure they understood what I said (without putting words in my mouth). (3615)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
12. Tried to understand how I see my illness or problem. ("What do you think is going on?" "What worries you the most?" "What were you hoping we would do next?") (3616)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
13. Asked how the illness affects my life at home or at work. (3617)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
14. Made an effort to understand my feelings and emotions. (3619)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
15. Clearly explained my problem and its treatment using language that I could understand. (3620)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
16. Asked me if I had any questions. (3621)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
17. Encouraged me to participate in treatment decisions to the extent I wished. (3622)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>
18. Checked to see if I was willing and able to follow through with the treatment plan. (3623)	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree Slightly</i>	<i>Agree Slightly</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>	<i>NA</i>

ANNEXE 21 : GRILLE OBTENUE

ÉNONCÉ DES CRITÈRES		Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Non satisfaisant
ACCUEIL				
1	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture			
2	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute			
HABILETÉS DE COMMUNICATION				
3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre ou le fait avec tact quand cela s'avère nécessaire			
4	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation			
5	Utilise la reformulation de façon adaptée			
6	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée			
EMPATHIE				
7	Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient			
8	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse			
9	N'émet pas de jugement			
PARTAGE DES INFORMATIONS				
10	Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes			
11	Informe le patient de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical			
12	Vérifie la compréhension du patient			
PARTAGE DES DÉCISIONS				
13	Incite le patient à participer à la prise de décision			
14	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités			

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 donnerai 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.

TITRE : Construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale

ARIOT Clémentine, BOGUET Clément

Résumé :

INTRODUCTION

La communication médecin-patient a un rôle central dans la consultation médicale. Elle est déterminante à la fois dans la relation entre le médecin et son patient et dans la qualité du soin qui s'ensuit. Toutefois, il n'existe pas à ce jour, d'outil validé en France qui permette d'évaluer la qualité de cette communication. Notre travail fait suite à une première thèse qui avait fait émerger 39 critères de qualité de la communication médecin-patient. L'objectif de notre travail était d'obtenir un consensus entre des experts pour confirmer l'intérêt de ces 39 critères et pour réduire cette grille à moins de 15 critères, afin qu'elle puisse être validée et qu'elle soit facilement utilisable. Nous avons conclu ce travail par une pré-validation externe.

MÉTHODE

Nous avons sollicité, par courrier électronique, un panel de 54 experts, anonymes les uns aux autres. Ces experts étaient en majorité des médecins généralistes, mais aussi des psychiatres et des psychologues. La méthode Delphi a été utilisée pour parvenir à un consensus entre eux.

RÉSULTATS

Un consensus a émergé après 3 tours de ronde Delphi. Au premier tour, 45 experts ont répondu, 39 experts ont répondu au deuxième, et 42 au troisième. Les experts ont éliminé 25 critères et une grille de 14 critères a été ainsi obtenue.

CONCLUSION

L'outil d'évaluation obtenu est une échelle courte et facile à utiliser en consultation, hors contexte d'urgence. Une validation externe de cet outil auprès d'un nombre suffisant d'évaluateurs est néanmoins nécessaire, afin de pouvoir le diffuser plus largement et l'utiliser dans l'enseignement, notamment auprès des internes en formation.

Mots-clés : médecine générale, évaluation, communication, qualité, relation médecin-patient