



HAL
open science

Évaluer l'acceptabilité d'une échelle d'auto-évaluation de l'alliance thérapeutique entre médecins et patients, la WAI, auprès des étudiants du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales de Brest

Charlotte Gaouyer

► To cite this version:

Charlotte Gaouyer. Évaluer l'acceptabilité d'une échelle d'auto-évaluation de l'alliance thérapeutique entre médecins et patients, la WAI, auprès des étudiants du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales de Brest. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01389319

HAL Id: dumas-01389319

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01389319>

Submitted on 28 Oct 2016

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

Année 2016

N°

THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Madame GAOUYER Charlotte

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 8 septembre 2016

**Évaluer l'acceptabilité d'une échelle d'auto-évaluation de l'alliance thérapeutique entre
médecins et patients, la WAI, auprès des étudiants du Diplôme de Formation
Approfondie en Sciences Médicales de Brest**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Bernard LE FLOC'H
Monsieur le Docteur Patrice NABBE
Monsieur le Docteur Etienne MELOT
Monsieur le Docteur Michele ODORICO

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

**FACULTE DE MEDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

DOYENS HONORAIRES :

Professeur H. FLOCH

Professeur G. LE

MENN (+) Professeur B.

SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (+)

Professeur M. DE BRAEKELEER

Professeur C. BERTHOU

DOYEN

PROFESSEURS ÉMÉRITES

CENAC Arnaud

Médecine interne

LEHN Pierre

Biologie Cellulaire

YOUINOU Pierre

Immunologie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
EN SURNOMBRE**

COLLET Michel

Gynécologie - Obstétrique

MOTTIER Dominique

Thérapeutique

RICHE Christian

Pharmacologie fondamentale

SENECAIL Bernard

Anatomie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DE
CLASSE EXCEPTIONNELLE**

BOLES Jean-Michel

Réanimation Médicale

COCHENER - LAMARD Béatrice

Ophtalmologie

DEWITTE Jean-Dominique

Médecine & Santé au Travail

FEREC Claude

Génétique

JOUQUAN Jean

Médecine Interne

LEFEVRE Christian

Anatomie

OZIER Yves

Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

ROBASZKIEWICZ Michel

Gastroentérologie - Hépatologie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ÈRE}
CLASSE**

BAIL Jean-Pierre

Chirurgie Digestive

BERTHOU Christian

Hématologie – Transfusion

BLONDEL Marc

Biologie cellulaire

BRESSOLLETTE Luc

Médecine Vasculaire

DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc

Pédiatrie

DE BRAEKELEER Marc

Génétique

DELARUE Jacques

Nutrition

DUBRANA Frédéric

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

FENOLL Bertrand

Chirurgie Infantile

FOURNIER Georges

Urologie

GILARD Martine

Cardiologie

GOUNY Pierre

Chirurgie Vasculaire

HU Weiguo

Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique,
brûlologie

KERLAN Véronique

Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques

LACUT Karine

Thérapeutique

LEROYER Christophe

Pneumologie

LE MEUR Yannick

Néphrologie

LE NEN Dominique

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

LOZAC'H Patrick

Chirurgie Digestive

MANSOURATI Jacques

Cardiologie

MARIANOWSKI Rémi

Oto. Rhino. Laryngologie

MISERY Laurent

Dermatologie - Vénérologie

NONENT Michel

Radiologie & Imagerie médicale

PAYAN Christopher

Bactériologie – Virologie Hygiène

REMY-NERIS Olivier

Médecine Physique et
Réadaptation

SALAUN Pierre-Yves

Biophysique et Médecine Nucléaire

SARAUX Alain

Rhumatologie

SIZUN Jacques

Pédiatrie

TILLY - GENTRIC Armelle

Gériatrie & biologie du
vieillessement
Neurologie

TIMSIT Serge

VALERI Antoine

Urologie

WALTER Michel

Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ÈME} CLASSE

ANSART Séverine

Maladies infectieuses, maladies
tropicales

AUBRON Cécile

Réanimation ; médecine d'urgence

BEN SALEM Douraied

Radiologie & Imagerie médicale

BERNARD-MARCORELLES Pascale

Anatomie et cytologie pathologiques

BEZON Eric

Chirurgie thoracique et
cardiovasculaire

BOTBOL Michel

Psychiatrie Infantile

CARRE Jean-Luc

Biochimie et Biologie moléculaire

COUTURAUD Francis

Pneumologie

DAM HIEU Phong

Neurochirurgie

DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie

Rhumatologie

GIROUX-METGES Marie-Agnès

Physiologie

HUET Olivier

Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
Et Médecine d'urgences

LIPPERT Éric

Hématologie, transfusion : option hématologie

LE GAL Grégoire

Médecine interne

LE MARECHAL Cédric

Génétique

L'HER Erwan

Réanimation Médicale

MONTIER Tristan

Biologie Cellulaire

NEVEZ Gilles

Parasitologie et Mycologie

NOUSBAUM Jean-Baptiste

Gastroentérologie - Hépatologie

PRADIER Olivier

Cancérologie - Radiothérapie

RENAUDINEAU Yves

Immunologie

SEIZEUR Romuald

Anatomie-Neurochirurgie

STINDEL Éric

Bio statistiques, Informatique Médicale &
Technologies de communication

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS - PRATICIEN LIBÉRAL

LE RESTE Jean Yves

Médecine Générale

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS À MI-TEMPS

BARRAINE Pierre

Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard

Médecine Générale

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS - LRU

BORDRON Anne

Biochimie et Biologie moléculaire

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DE HORS CLASSE

LE MEVEL Jean Claude

Physiologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1ÈRE CLASSE

ABGRAL Ronan

Biophysique et Médecine nucléaire

DELLUC Aurélien

Médecine interne

DE VRIES Philine

Chirurgie infantile

DOUET-GUILBERT Nathalie

Génétique

HERY-ARNAUD Geneviève

Bactériologie – Virologie Hygiène

HILLION Sophie

Immunologie

JAMIN Christophe

Immunologie

LE BERRE Rozenn

Maladies infectieuses Maladies tropicales

LE GAC Gérald

Génétique

LE ROUX Pierre-Yves

Biophysique et Médecine nucléaire

LODDE Brice

Médecine et santé au travail

MIALON Philippe

Physiologie

MOREL Frédéric

Médecine & biologie du développement & de la reproduction

PERSON Hervé

Anatomie

PLEE-GAUTIER Emmanuelle

Biochimie et Biologie Moléculaire

QUERELLOU Solène

Biophysique et Médecine nucléaire

VALLET Sophie

Bactériologie – Virologie ; Hygiène

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS
HOSPITALIERS DE 2ÈME CLASSE**

BROCHARD Sylvain

Médecine Physique et Réadaptation

CORNEC Divi

Rhumatologie

LE GAL Solène

Parasitologie et Mycologie

PERRIN Aurore

Biologie et médecine du développement &
De la reproduction

TALAGAS Matthieu

Cytologie et histologie

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS
HOSPITALIERS STAGIAIRES**

LE VEN Florent

Cardiologie

MAITRE DE CONFÉRENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier

Physiologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉ MI-TEMPS

BARAIS Marie

Médecine Générale

CHIRON Benoît

Médecine Générale

NABBE Patrice

Médecine Générale

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES
UNIVERSITÉS**

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

FAYAD Hadi

Génie informatique, automatique et traitement du signal

HAXAIRE Claudie

Sociologie - Démographie

KARCHER Brigitte

Psychologie clinique

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MORIN Vincent

Électronique et Informatique

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A TEMPS
COMPLET**

MERCADIE Lolita

Rhumatologie

AGRÉGÉS / CERTIFIÉS DU SECOND DEGRÉ

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

Serment D'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Table Des Matières

- Avant-propos	1
- Résumé	11
- Introduction	13
- Matériel et méthode	15
. Groupe de thèse	
. Choix de la méthode	
. Critère de jugement principal	
. Critères de jugement secondaires	
. Seuil d'acceptabilité	
- Résultats	16
- Discussion	18
. Limites	
<i>Biais</i>	
<i>Validité externe</i>	
. Apports de la littérature	
. Perspectives cliniques	
. Perspectives pour la formation des étudiants	
. Perspectives pour la recherche	
- Conclusion	21
- Annexes	22
- Références	30

Évaluer l'acceptabilité d'une échelle d'auto-évaluation de l'alliance thérapeutique entre médecins et patients, la WAI, auprès des étudiants du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales de Brest

Résumé

Introduction : La pratique médicale a évolué vers un modèle autonomiste, impliquant la décision partagée. L'alliance thérapeutique (AT) est devenue un prérequis essentiel. L'AT est un acte de collaboration mutuelle avec engagement réciproque entre médecin et patient pour obtenir une observance thérapeutique. La clé réside dans la communication. L'objectif était l'évaluation de l'acceptabilité de l'échelle d'auto-évaluation de L'AT, la Working Alliance Inventory (WAI), dans la formation initiale des étudiants en médecine brestois.

Matériel et méthodes : La méthode sélectionnée était celle de la ronde Delphi modifiée. Un questionnaire évaluant l'échelle WAI a été établi et validé en groupe de thèse. Les réponses se pondéraient selon une échelle de Likert en cinq points. La population ciblée était interrogée à la sortie des examens, via les mailing-list et un réseau social. Le critère de jugement principal était l'acceptabilité de l'échelle comme outil pédagogique dans leur formation initiale et en utilisation quotidienne avec leurs patients. Le seuil d'acceptabilité par proposition était de 70% de la population interrogée en accord.

Résultats : La population a été interrogée de Janvier à Avril 2016. 169 questionnaires ont été recensés. 60 en DFASM1, 58 en DFASM2 et 51 en DFASM3. Soit respectivement, 32,26%, 30,21% et 30% de chaque population. 50,3% des étudiants étaient favorables à l'utilisation de l'échelle WAI comme outil d'auto-évaluation dans leur formation initiale et 49,7% étaient favorables à son utilisation pour leurs patients. Le seuil d'acceptabilité n'était pas atteint.

Discussion : Il pourrait exister un biais d'information et de sélection. La généralisation de l'échantillon au territoire français ne pouvait être établie. Il existait une prise de conscience des professionnels de santé sur le retentissement de leurs capacités relationnelles. Ils avaient une demande croissante d'améliorer l'enseignement et l'évaluation des techniques de communication. Les étudiants montraient une attitude assez positive, mais cela ne semblait pas être une priorité dans leur formation. Les patients ressentant que leur médecin communiquait bien, avec une prise en charge globale, avaient tendance à être plus adhérents. L'expérience seule était un entraînement insuffisant.

Conclusion : D'autres études pourraient évaluer d'autres outils.

**Assessing the acceptability of a self-assessment scale on therapeutic
alliancy between patients and doctors, the WAI, in Brest medicine-
students'**

Abstract

Introduction : Medical practice has evolved into an autonomist model involving shared decision. The therapeutic alliancy (TA) has become essential. TA is an act of mutual partnership with mutual commitment between doctor and patient to achieve compliance. The key is communication. The objective was to evaluate the acceptability of a self-assessment scale on TA, the Working Alliance Inventory (WAI), in Brest medicine-students' initial training.

Materials and Methods : The method was a Delphi modified round. A questionnaire assessing the WAI scale was established and validated. Answers were collected on a five points' Likert scale. The target population was interviewed after exams, on mailing lists and social network. The primary endpoint was the acceptability of the scale as a teaching tool in their initial training and in daily use with patients. The acceptability threshold was 70% of the population in agreement.

Results : The population was interviewed from January to April 2016. 169 questionnaires were collected. 60 in DFASM1, 58 and 51 in DFASM2 and DFASM3. Respectively, 32.26%, 30.21% and 30% of each population. 50.3% of students agreed with using the WAI scale as a self-assessment tool in their initial formation and 49.7% accepted to use it with their patients. The acceptability threshold was not reached.

Discussion : There might be bias of information and selection. Generalization of this sample on French territory could not be established. Health professionals were aware of the impact of relationship skills. They had an increasing demand to improve teaching and the assessment of communication skills. Students were positive, but it wasn't a priority. Patients experiencing their doctors communicated well, tended to be more adherent. Experience alone was insufficient.

Conclusion : Other tools should be evaluated.

Introduction

Depuis plusieurs dizaines d'années, la pratique médicale a évolué vers un modèle autonomiste. (1) Comme le dit la WONCA dans sa définition du médecin généraliste en 2002, « ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. [...] Et ils intègrent les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par les contacts répétés ». (2)

Selon la déclaration d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires, « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ». (3) Ceci implique que l'alliance thérapeutique (AT) est un prérequis essentiel de la pratique quotidienne. (4)

Cette notion d'AT, évoquée en 1913 par Freud et étudiée depuis les années 1960 n'a pourtant pas de définition formelle. (5) (6) (**annexe 1**) Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que l'AT est un acte de collaboration mutuelle, par lequel médecin et patient s'allient et contractent un engagement réciproque, dans le but d'obtenir une observance thérapeutique. (1) (4)

Au niveau mondial, en 2003, l'OMS déclarait « l'observance insuffisante est la raison principale pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs médicaments. Elle entraîne des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie des patients, augmente la probabilité de développer des pharmaco-résistances et provoque un gaspillage des ressources ». (7) (8)

Au niveau national en 2013, la haute autorité de santé évoque elle aussi implicitement la notion d'alliance thérapeutique dans ses recommandations sur la décision médicale partagée. (9) (10)

Du côté du médecin, l'accès à une relation thérapeutique de qualité lui permet d'accéder au plus près possible à la demande du patient. Cette relation entre le thérapeute et le patient peut être résumée par différents composants qui sont : l'empathie, la responsabilité partagée, l'autorité, la liberté du patient avec son autonomie, la relation de confiance et l'éthique. (11)

La prescription médicale peut être considérée comme un contrat qui découle d'un pacte de soins fondé sur la confiance. Pour le médecin, ce contrat est indiscutable, ainsi qu'en atteste la représentation de l'écrit (« l'ordonnance »). Il est perçu comme une responsabilité juridique, une matérialisation d'une négociation aboutie mais qui, finalement, peut s'apparenter à un renforcement du pouvoir médical.

Pour le patient, le contrat de prescription est moins évident et les enjeux d'une négociation moins aboutie feront place à une contestation implicite. Où interviendront l'histoire personnelle, les représentations sociales et la personnalité, avec ses besoins, ses désirs et ses craintes.

En fait, ce contrat, discutable et déséquilibré, est virtuel, puisque les médecins ne peuvent obliger les patients à se soigner. (12) (13)

La relation médecin-malade tend vers un abandon du paternalisme (9) au profit de la décision partagée. (14) La modification de l'accès aux connaissances médicales par les patients entre également en compte (internet et les réseaux sociaux). La fonction traditionnelle paternaliste du médecin de « décider pour », est aujourd'hui battue en brèche par l'obligation légale de recueillir le consentement du patient aux actes médicaux. (13) (15) Le code de déontologie médicale français témoigne d'un mouvement de modernisation de la relation thérapeutique. (16)

La clé réside dans la communication et la prise en charge holistique des patients. (17) L'apprentissage de la relation thérapeutique et de la communication font peu partie des enseignements actuels en France. (18) Depuis peu, certaines facultés s'intéressent à cet apprentissage. (19)

C'est en 2012 que se développe à la faculté de médecine de Brest, à l'initiative du doyen, des cours de communication intitulés « apprentissage à la communication et à la relation » dispensés aux étudiants de DCEM4 avec mises en situation filmées. La première session a eu lieu le 20 septembre 2012.

Par la suite, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Brest a débuté un projet concernant l'évaluation de la communication médecin-malade.

En 2013, une revue de la littérature a été réalisée par un groupe de recherche. Le but était de recenser les moyens fiables et reproductibles d'évaluation de l'alliance thérapeutique. Six instruments d'évaluation validés, utilisés en pratique courante et applicables au projet ont été sélectionnés. (20)

En 2014, selon une méthode de consensus RAND/UCLA Appropriateness Method avec huit experts universitaires français, l'échelle avec la meilleure validité interne (reproductibilité) et externe (fiabilité) a été sélectionnée. L'échelle d'auto-évaluation, la Working Alliance Inventory, était l'outil consensuel le plus adapté pour évaluer l'AT chez l'adulte. (21)

En 2015, selon une méthode de consensus Delphi, une traduction aller-retour Français-Anglais de la WAI a été réalisée. Il s'agissait également d'adapter l'échelle au contexte socio-culturel français, pour une utilisation comme outil de formation. (22)

Actuellement une évaluation de l'alliance thérapeutique est en cours dans 12 pays européens. (23)

L'objectif de cette étude était de réaliser une étude d'acceptabilité de l'échelle WAI. Afin d'évaluer ses possibilités d'utilisation dans la formation initiale des étudiants en médecine.

Matériel et méthode

Groupe de thèse

Ce projet est né à l'initiative du DUMG de Brest dans le cadre d'un groupe de thèse. Le groupe se composait d'internes, de chefs de clinique et d'un enseignant chercheur senior. Il se réunissait mensuellement afin de soumettre les avancés des travaux en cours à l'opinion du groupe.

Choix de la méthode

Il s'agissait d'une étude d'acceptabilité, quantitative, menée auprès des étudiants du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) de Brest.

La méthode sélectionnée était celle de la ronde Delphi modifiée. Cette technique permettait d'évaluer l'étendue de l'accord d'une population sur une question de recherche, afin d'obtenir un consensus. (24) Elle permettait d'exposer des hypothèses aux participants afin d'obtenir différentes valeurs de jugements et de les sensibiliser à divers aspects interdépendants du sujet. (25)

Un questionnaire permettant d'évaluer l'échelle WAI a été établi et validé en groupe de thèse. Celui-ci était commun à deux autres études du DUMG en cours, concernant l'acceptabilité de l'échelle WAI auprès des internes (26) et des médecins (27) du Finistère. Les propositions devaient être ciblées, précises et permettre des réponses fermées. (28) Sept questions ont été retenues. (**Annexe 3**) Chaque participant pondérait sa réponse selon une échelle de Likert en cinq points, allant du désaccord total à l'accord total. (29)

Le questionnaire ainsi qu'un exemplaire de l'échelle WAI et une explication orale sur l'étude étaient fournis aux étudiants de la faculté de médecine de Brest aux sorties d'amphithéâtres en janvier 2016. Les réponses étaient retranscrites manuellement le jour même sur le logiciel *google form* afin d'analyser les données.

Secondairement, la proportion des étudiants présents dans les amphithéâtres était jugée trop faible pour être représentative de l'ensemble de la population. (30) Une relance par courriel a été réalisée le 30 mars 2016 sur les mailing-lists de la faculté et le 4 avril 2016 sur le réseau social de chaque promotion. Elle contenait la même explication succincte qui avait été fournie oralement ainsi qu'un exemplaire de l'échelle WAI et un lien vers le questionnaire. (**Annexe 4**)

Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de cette étude était l'acceptabilité de l'échelle WAI en tant qu'outil pédagogique dans la formation initiale des étudiants en médecine et l'acceptabilité de l'échelle WAI quant à son utilisation avec leurs patients. (« *L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation initiale des étudiants* », « *Je suis prêt(e) à remplir l'échelle WAI pour mes patients* »)

Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires évaluaient l'acceptabilité de l'échelle WAI quant aux caractères intrinsèques de l'outil. Étaient évalués : la clarté (« *Les consignes de l'échelle WAI sont claires* »), la pertinence (« *L'échelle WAI est pertinente pour évaluer l'alliance thérapeutique* », « *L'échelle WAI est un outil intéressant dans la formation continue des*

médecins », « *Je pense que l'échelle WAI peut améliorer la communication avec mes patients* ») et l'exhaustivité (« *L'échelle WAI est complète* »).

Seuil d'acceptabilité

Le seuil d'acceptabilité concernant chaque proposition était fixé à 70% de la population interrogée en accord avec cette proposition. L'accord incluait l'ensemble de la population « tout à fait en accord » et « plutôt en accord ». (31) (32) (33)

Résultats

Les étudiants en DFASM1, ont été interrogés les 11 et 12 janvier 2016, à la fin des épreuves du premier semestre. 36 questionnaires ont été recueillis, représentant 19,35% de la population (soit 186 étudiants).

Les étudiants en DFASM2 ont été interrogés les 5 et 7 janvier 2016, à la fin des épreuves du premier semestre. 45 questionnaires ont été recueillis, représentant 23,44% de la population (soit 192 étudiants).

Les étudiants en DFASM3, ont été interrogés le 25 janvier 2016 suite à une réunion d'information concernant les i-ECN avec le Doyen de la faculté. 47 questionnaires ont été recueillis, représentant 27,65% de la population (soit 170 étudiants).

Suite à une relance par courriel le 30 mars 2016, et une publication sur le réseau social de chaque promotion du 4 au 15 avril 2016, 24 questionnaires supplémentaires ont été recueillis pour les DFASM1, 13 pour les DFASM2 et 4 pour les DFASM3.

Au total, 169 questionnaires ont été recensés. 60 en DFASM1, 58 en DFASM2 et 51 en DFASM3. Soit respectivement, 32,26%, 30,21% et 30% de chaque population.

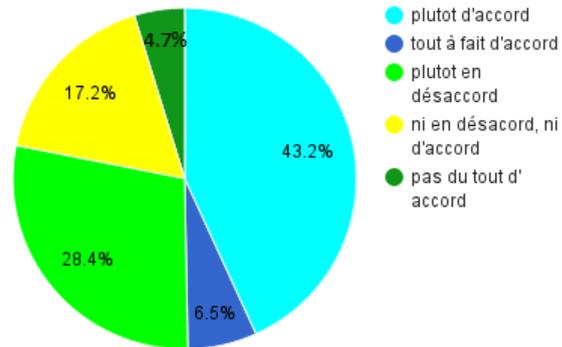
Concernant le critère de jugement principal de cette étude, 50,3% des étudiants en médecine étaient favorables à l'utilisation de l'échelle WAI comme outil d'auto-évaluation de l'alliance thérapeutique dans leur formation initiale et 49,7% d'entre eux étaient favorables à l'utilisation de l'échelle WAI pour leurs patients. (**Cf. diagrammes**) Le seuil d'acceptabilité de 70% n'était pas atteint pour la question principale de recherche.

Concernant les critères de jugement secondaires, 86,4% des étudiants jugeaient les consignes de l'échelle WAI claires. 69,7% d'entre eux trouvaient l'échelle WAI pertinente pour évaluer l'alliance thérapeutique, 64,5% la trouvaient intéressante dans la formation continue des médecins et 61% des étudiants pensaient que l'échelle pouvait améliorer la communication avec leurs patients. Enfin, 77,5% jugeaient l'échelle WAI complète.

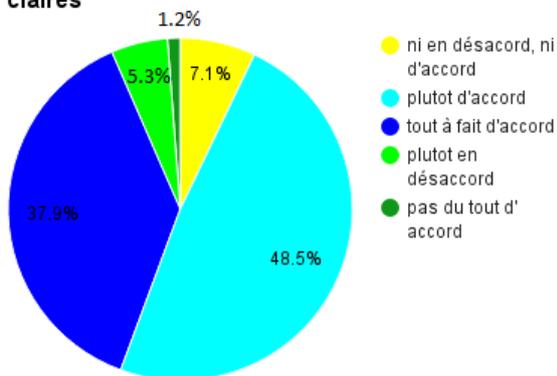
Les commentaires des étudiants retransmis par oral portaient sur la longueur de l'échelle WAI, jugée trop importante.

Diagrammes représentant les réponses pour chaque item

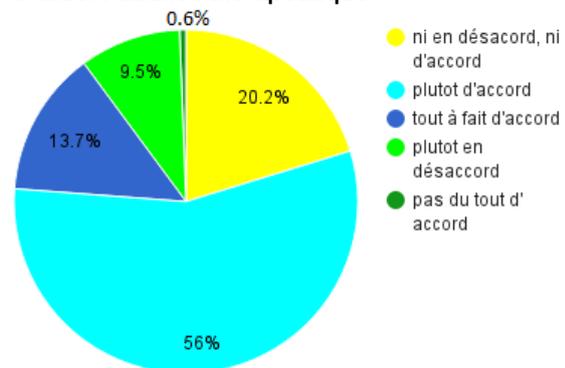
TOTAL - Je suis prêt(e) à remplir l'échelle WAI pour mes patients



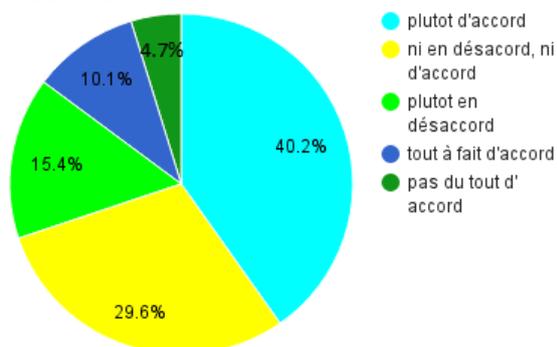
TOTAL - Les consignes de l'échelle WAI sont claires



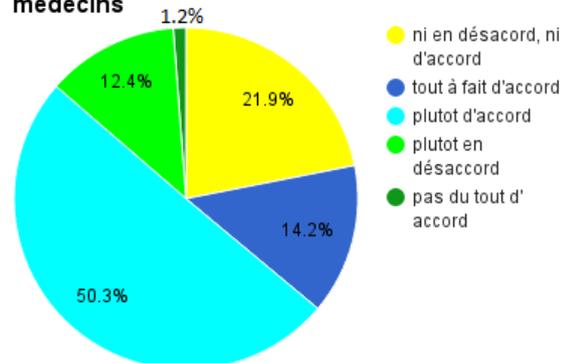
TOTAL - L'échelle WAI est pertinente pour évaluer l'alliance thérapeutique



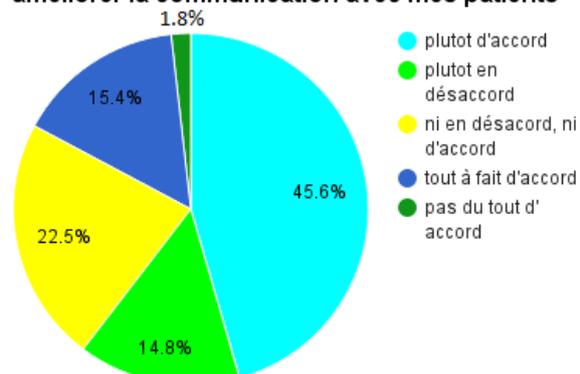
TOTAL - L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation initiale des étudiants



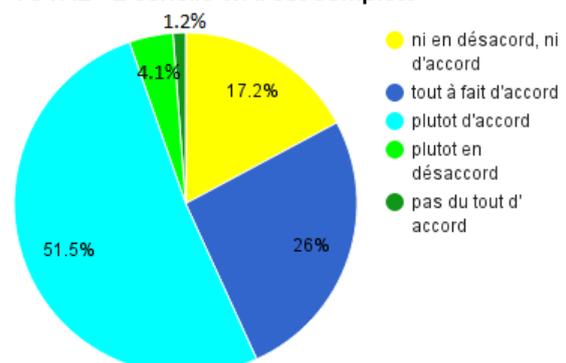
TOTAL - L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation continue des médecins



TOTAL - Je pense que l'échelle WAI peut améliorer la communication avec mes patients



TOTAL - L'échelle WAI est complète



Discussion

L'utilisation de l'échelle WAI par les étudiants en Médecine de Brest, en tant qu'outil dans leur formation initiale et en pratique clinique avec leurs patients, n'était pas consensuelle lors de cette étude.

Les critères de jugement secondaires concernant la pertinence de l'outil dans l'évaluation de l'alliance thérapeutique, dans la formation continue des médecins et dans l'amélioration de la communication avec les patients, n'étaient pas acceptés par les étudiants brestois. Seuls les consignes claires et le caractère complet de l'échelle WAI étaient validés par les étudiants.

Limites de l'étude

Les biais

Il pourrait exister un biais d'information, un questionnaire en DFASM1 s'étant révélé incomplet (une réponse manquante à la question 3). La retranscription des questionnaires manuscrits sur le logiciel informatique était vérifiée à trois reprises, afin d'éliminer une éventuelle erreur humaine. Il ne semblait pas exister de biais de confusion. Un biais de sélection était probable dans cette étude puisque la représentativité de la population n'avait pas été étudiée, partant du principe que la plupart des étudiants se situaient dans la même tranche d'âges, avec un sexe ratio semblable à celui de la population étudiée.

La validité externe

Cette étude s'était intéressée aux étudiants en Médecine de Brest. La généralisation de l'échantillon au territoire français ne pouvait être établie, la population d'immigrés étant généralement moins représentée à Brest. Une forte appartenance culturelle en Bretagne pourrait également intervenir. Une généralisation des résultats à l'ensemble des étudiants en Médecine de France ne pouvait être réalisée.

Apports de la littérature

Il existait une prise de conscience récente des professionnels de santé sur le retentissement de leurs capacités relationnelles. Elles agissaient sur de nombreux facteurs : la satisfaction des patients, l'adhésion aux soins, la perception des compétences du médecin par le patient, les conséquences pour la santé et le nombre de poursuites pour fautes professionnelles. (34) En connaissance de cause, depuis quelques années, on constatait une demande croissante de la part des professionnels médicaux d'améliorer l'enseignement et l'évaluation des techniques de communication. (34) (35)

Une récente étude portant sur la faisabilité et l'acceptabilité de l'enregistrement vidéo en temps réel lors de consultations réalisées par les étudiants en médecine générale montrait que près de 70% des étudiants étaient favorables à ces enregistrements. Près de 90% d'entre eux remarquaient une amélioration de leurs techniques de communication suite à l'observation et l'évaluation de ces enregistrements. (36)

Lors d'une étude qualitative récente auprès d'étudiants en médecine générale, l'apprentissage des compétences de communication ne semblait pas être une priorité dans leur formation. Mais ceux-ci montraient une attitude assez positive à l'égard de cet enseignement.

(37) Des échelles d'attitude développées précédemment semblaient confirmer ce phénomène. Elles évaluaient l'intérêt des étudiants en médecine pour l'apprentissage des compétences de communication. (38) Et l'attitude des étudiants en médecine face au concept d'AT pour la prescription médicamenteuse. (39)

Perspectives cliniques

Déterminer les motivations réelles du patient pour consulter est d'une importance capitale lors d'un entretien médical. Une étude réalisée sur 74 consultations avait démontré que dans seulement 23% d'entre elles, le patient avait l'occasion de terminer l'exposé de ses préoccupations dès la question d'ouverture. Dans 69% des cas, le médecin interrompait le patient et orientait les questions vers une préoccupation spécifique. Dans 8% de ces consultations, aucune sollicitation de leurs préoccupations n'était réalisée par les médecins. (40)

Les patients qui ressentaient que leur médecin communiquait bien avec eux et les encourageait à s'investir dans les soins, avaient tendance à être plus adhérents. (41) En effet, une bonne communication entre les médecins et les patients favorisait une plus grande satisfaction des patients, qui favorisait des niveaux plus élevés d'adhérence. L'adhérence dépendait en grande partie du développement d'une relation de confiance et d'acceptation entre le patient et le soignant. (42)

En 1998, une méta-analyse évaluait l'efficacité de certaines interventions sur l'observance thérapeutique des patients. Aucune stratégie isolée ne montrait d'avantage évident par rapport à une autre. La prise en charge globale du patient, associant des composantes cognitives, comportementales et affectives s'avérait être plus efficace. (43)

Quatre leviers étaient fréquemment cités par les professionnels de santé pour s'engager dans un processus décisionnel partagé. La motivation personnelle. La perception que le partage de la décision permettait d'améliorer l'état de santé du patient. (44) La facilitation du parcours de soins. Et le caractère pratique des supports d'aide à la décision. (9)

En 2004, une étude qualitative avait étudié les représentations des praticiens sur la décision partagée. Quatre bénéfices principaux étaient retenus : le meilleur suivi du traitement, une meilleure relation médecin-patient, une plus grande responsabilisation du patient et une diminution du nombre de recours en justice (45)

Perspectives pour la formation des étudiants

Cette notion d'alliance thérapeutique ne pouvait fonctionner sans une communication verbale et non verbale de qualité. En apportant un énoncé complet des compétences de base en termes de communication médecin-malade, les guides tels que le Calgary Cambridge (46) ou P-R-A-C-T-I-C-A-L (47) fournissaient des bases communes pour les programmes d'entraînement à tous les niveaux (formation médicale continue, formation des étudiants et des internes). (35)

Pour aborder les principes d'un entretien non directif, divers concepts étaient proposés. Ils partageaient pour la plupart des notions identiques : l'introduction, l'écoute, l'observation, les questions ouvertes plutôt que fermées, les questions non dirigées, les états transitoires, la facilitation, la confrontation, l'empathie et la fermeture de l'entretien. (48)

Il était démontré que l'expérience seule était un entraînement insuffisant dans le domaine de la communication. (35) Une récente méta-analyse de 127 études montrait que l'observance thérapeutique des patients dont le médecin avait bénéficié d'une formation spécifique en communication était améliorée de plus de 60 % par rapport à celle des patients dont le médecin traitant n'avait pas reçu pareille formation. (49)

Lors d'une précédente étude, une courte formation en communication centrée sur des situations de détresse émotionnelle du patient, entraînait des changements évidents sur les compétences de communication des médecins. Elle améliorait la détresse émotionnelle du patient et les résultats des soins, sans rallonger les consultations. (50)

De manière récurrente dans la littérature, on retrouvait le constat que les cours sur la communication devraient suivre une continuité durant le parcours scolaire des étudiants. En effet, le niveau des étudiants en compétences relationnelles fluctuait considérablement dans le temps et dans une certaine mesure, diminuait avec l'avancement de leurs études. Cela suggérait qu'au fur et à mesure que les étudiants devenaient compétents en physiopathologie et en clinique, sans formation en communication conjointe, leurs capacités à se rapporter aux spécificités du patient s'atténuaient. (48)

Malgré la survenue de nombreuses avancées en matière d'enseignement de la communication médecin-malade, il persistait de grandes variations en termes de qualité et d'intensité des cours dispensés dans les Facultés de Médecine. Cependant le rythme des progrès réalisés est de bon augure pour l'avenir. (34)

Perspectives pour la recherche

Il semblerait exister des barrières chez les médecins généralistes à la mise en place d'une décision médicale partagée. La pression du temps, les doutes sur les capacités du patient à comprendre le langage médical et les problèmes médicaux, et le stress dans leur vie personnelle influenceraient leur aptitude à s'investir dans ce genre de relation. Cependant, ces derniers exprimaient leur intérêt au développement de stratégies qui permettraient de dépasser ces barrières. (15)

Conclusion

Le résultat principal de cette étude était la non acceptabilité d'une échelle d'auto-évaluation de l'alliance thérapeutique entre médecins et patients, la WAI, auprès des étudiants du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales de Brest.

L'échelle WAI comportant 36 items, elle pouvait être jugée trop longue par les étudiants en médecine de Brest, ce qui pourrait expliquer la non acceptabilité de cet outil. Lors d'une étude sur la sélection d'un outil de mesure de l'alliance thérapeutique fiable et reproductible chez l'adulte, la version courte de l'échelle WAI, la WAI-SR comportait une médiane de reproductibilité appropriée. (21) D'autres études pourraient s'attacher à évaluer l'acceptabilité de cette version courte auprès des étudiants en médecine et des médecins.

D'autres études pourraient également valider des outils d'hétéro-évaluation de l'alliance thérapeutique médecin-patient par les patients. Ceci permettrait d'évaluer le degré de corrélation entre l'alliance thérapeutique ressentie par le médecin et celle ressentie par le patient et d'évaluer les compétences en communication du médecin de manière plus objective.

Lors d'une précédente étude, il apparaissait que les étudiants ayant l'attitude la plus positive envers l'apprentissage des techniques de communication étaient ceux du sexe féminin, ceux qui pensaient qu'ils devaient s'améliorer dans ce domaine et ceux dont les parents n'étaient pas médecins. (51) D'autres études pourraient mieux explorer ce phénomène.

Annexes

Annexe 1 : Généalogie théorique du concept de l'alliance thérapeutique

Le concept d'alliance thérapeutique a été développé majoritairement dans le champ de la psychothérapie et de la psychiatrie.

- Freud (1913) :

Il était le premier à évoquer la notion de collaboration comme facteur nécessaire dans le processus thérapeutique, la motivation du patient étant essentielle. Il a développé également le concept du transfert, qui induit une coopération et un attachement bénéfique entre le médecin et le patient.

- Roger (1951) :

Il a décrit les conditions idéales facilitatrices proposées par le thérapeute (empathie, congruence, regard positif), dans une approche centrée sur le patient. Il a étendu les recherches sur la relation thérapeutique en psychothérapie humaniste.

- Zetzel (1956) :

Selon lui l'alliance était une composante non transférentielle, elle dépendait de la capacité à former une relation de confiance stable (enracinée dans la formation des relations précoces entre le jeune enfant et ses parents).

- Greenson (1967) :

Il définissait l'alliance de travail ou alliance thérapeutique comme la collaboration active entre le patient et le thérapeute vers l'objectif visé.

- Strong (1968) :

Il a approfondi l'influence interpersonnelle, la relation de conseil et les conditions idéales offertes par le thérapeute.

- Orlinsky & Howard (1975) :

Ils ont étudié de manière empirique le concept d'empathie et autres facteurs prédisant l'issue thérapeutique. Après une synthèse des résultats, ils ont proposé trois dimensions de l'alliance : l'alliance de travail (investissement du patient et du thérapeute dans le processus thérapeutique), la résonance empathique et l'affirmation mutuelle (proche du « regard positif » de Rogers).

- Bordin (1975) :

Il a créé une nouvelle conceptualisation de l'alliance dans l'objectif d'une approche pan-théorique. Basée sur la théorie de Greenson prônant la collaboration dans la thérapie, il a réécrit les trois dimensions d'Orlinsky et Howard en trois autres composantes :

- o accord du patient et du thérapeute sur les objectifs du traitement (Goal)

- o accord sur les moyens pour y parvenir (Task)

- o développement d'un lien entre eux, dont la qualité permet de négocier un accord sur les tâches et les objectifs de la thérapie (Bond)

- Luborsky (1976) :

S'appuyant sur les définitions de Strong et Zetzel, il a décrit deux dimensions à l'alliance :

- o Le thérapeute est considéré par le patient comme une potentielle source d'aide et de soin.

- o L'expérience du processus thérapeutique par le patient comme un partenariat avec le médecin vers les objectifs fixés.

- Gaston (1990) :

Il a isolé quatre facteurs indépendants de l'alliance :

- o La capacité du patient à travailler délibérément en thérapie,

- o Le lien affectif unissant patient et thérapeute,

- o La compréhension et l'implication empathique du thérapeute,

- o L'accord partagé par le patient et le thérapeute sur les buts du suivi.

- Kim (2001) :

Il a ajouté la notion d'autonomisation du patient aux quatre facteurs de Gaston.

Annexe 2 :

La Working Alliance Inventory

Formulaire T

Instructions

Dans les pages suivantes, se trouvent des phrases décrivant quelques-unes des différentes façons de penser ou de ressentir qu'une personne peut avoir envers son/sa patient(e). Pendant que vous les lisez, remplacez mentalement _____ par le nom de votre patient(e) dans le texte.

Sous chacune des affirmations il y a une échelle à 7 points :

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnelle- ment	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

Si l'affirmation décrit votre manière de penser ou de ressentir « *toujours* », entourez le numéro 7 ; si elle ne s'applique « *jamais* », entourez le numéro 1.

Utilisez les chiffres intermédiaires pour décrire les variations entre ces extrêmes.

Ce questionnaire est CONFIDENTIEL ; le patient ne verra pas vos réponses.

Travaillez rapidement, vos premières impressions sont celles que nous voudrions obtenir.

(N'OUBLIEZ PAS DE REpondre A **CHAQUE** ITEM S'IL VOUS PLAIT)

Merci pour votre participation

1. Je me sens mal à l'aise avec _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

2. _____ et moi sommes d'accord à propos des étapes à suivre pour améliorer sa situation.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

3. J'ai quelques inquiétudes quant au résultat de ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

4. Mon patient et moi sommes tous deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons actuellement dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

5. J'ai l'impression de réellement comprendre _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

6. _____ et moi avons une perception commune de ses objectifs.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

7. _____ trouve déroutant ce que nous faisons dans les soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

8. Je crois que _____ m'apprécie.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
9. Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations auprès de _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
10. J'ai quelques désaccords avec _____ à propos des objectifs de ces consultations.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
11. Je crois que le temps que _____ et moi passons ensemble n'est pas utilisé de manière efficace.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
12. J'ai des doutes concernant ce que nous essayons d'accomplir lors des soins.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
13. Je suis clair et explicite sur ce que sont les responsabilités de _____ dans les soins.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
14. Les objectifs actuels de ces consultations sont importants pour _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
15. Je trouve que ce que _____ et moi faisons dans les soins est sans rapport avec ses préoccupations actuelles.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
16. Je suis convaincu que ce que nous faisons dans les soins aidera _____ à accomplir les changements qu'il/elle désire.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
17. Je suis sincèrement concerné par le bien-être de _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
18. Je sais clairement quelle participation j'attends de _____ durant ces consultations.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
19. _____ et moi nous respectons mutuellement.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
20. J'ai l'impression de ne pas être totalement honnête quant à mes sentiments envers _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
21. J'ai confiance en mes capacités à aider _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

22. Nous nous efforçons d'atteindre des objectifs convenus ensemble.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
23. J'apprécie _____ en tant que personne.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
24. Nous sommes d'accord sur ce qu'il y a d'important pour _____ à travailler.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
25. Suite à ces consultations _____ perçoit plus clairement comment il/elle pourrait être capable de changer.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
26. _____ et moi avons construit une confiance mutuelle.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
27. _____ et moi ne sommes pas d'accord sur la nature de ses problèmes.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
28. Notre relation est importante pour _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
29. _____ craint que s'il/elle dit ou fait des erreurs, j'arrêterai de travailler avec lui/elle.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
30. _____ et moi avons collaboré à établir des objectifs à ces consultations.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
31. _____ est contrarié(e) par ce que je lui demande de faire pour se soigner.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
32. Nous avons développé une bonne compréhension commune du type de changements qui seraient bénéfiques à _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
33. Ce que nous faisons au cours des soins n'a pas beaucoup de sens pour _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
34. _____ ne sait pas quel résultat attendre des soins.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
35. _____ estime que la manière dont nous nous occupons de son problème est satisfaisante.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

36. Je respecte _____, même quand il / elle fait des choses que je désapprouve.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnelle- ment	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

GRILLE DE COTATION POUR LE WAI

(Version révisée des formulaires thérapeute et patient)

Note : les items avec un signe négatif (-) doivent être notés suivant un ordre inversé.

Echelle « TÂCHE »	2,	4,	7,	11,	13,	15,	16,	18,	24,	31,	33,	35,
Signe	+	+	-	-	+	-	+	+	+	-	-	+
Echelle « LIEN »	1,	5,	8,	17,	19,	20,	21,	23,	26,	28,	29,	36,
Signe	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+
Echelle « OBJECTIF »	3,	6,	9,	10,	12,	14,	22,	25,	27,	30,	32,	34,
Signe	-	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	-

Annexe 3 - Questionnaire sur l'échelle WAI :

Je suis prêt(e) à remplir l'échelle WAI pour mes patients

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord, ni d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

Les consignes de l'échelle WAI sont claires

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord ni d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

L'échelle WAI est pertinente pour évaluer l'alliance thérapeutique

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord, ni d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation initiale des étudiants

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord, ni d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation continue des médecins

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord, ni d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

Je pense que l'échelle WAI peut améliorer la communication avec mes patients

- pas de tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord, ni d'accord
- plutôt en accord
- tout à fait d'accord

L'échelle WAI est complète

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord, ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

Annexe 4 – copie du courriel fourni aux étudiants

Bonsoir,

Je suis interne en dernière année de médecine générale à Brest.
Dans le cadre de ma thèse, je vous sollicite pour répondre à un petit questionnaire.

Il concerne une échelle d'auto-évaluation de l'alliance thérapeutique, **l'échelle WAI** (working alliance inventory)

Cette échelle a été traduite de l'anglais et validée lors de précédentes études menées par la faculté de Brest.

L'objectif de cette thèse est de mesurer **l'acceptabilité de l'échelle WAI auprès de vous**, externes, en tant qu'**outil pédagogique dans votre formation**.

En clair, savoir si vous seriez d'accord de l'utiliser comme auto questionnaire **pour améliorer vos compétences dans le domaine de la communication avec vos patients**

Vous trouverez ci joint :

- un exemplaire de l'échelle WAI (à **lire** pour remplir le questionnaire) : cf pièce jointe

- le lien vers le questionnaire à **remplir** :

https://docs.google.com/forms/d/1mQvNNKLj1Aw_egP23UXt77B1WxmtAA9O1cl9N17beVQ/viewform?usp=send_form

Merci de votre aide,

Pour ceux que j'ai déjà croisé à la sortie des amphithéâtres (encore merci !) : vous n'avez pas besoin de recommencer, il me manque juste d'autres réponses pour être significatif...

Références

1. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19(5):413.
2. Microsoft Word - European definition_F.doc - WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
3. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 2 avr 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
4. L'EMPATHIE, L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE [Internet]. [cité 28 mars 2016]. Disponible sur: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CRcVNWKhfaQJ:psycho.univ-paris5.free.fr/expo/Empathie_etc.doc+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
5. Bioy A, Bénony H, Chahraoui, K, Bachelart M. Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik - main.pdf. *Evol psychiatr* [Internet]. 2012 [cité 26 févr 2016];(77). Disponible sur: <http://www.em-premium.com.scd-proxy.univ-brest.fr/showarticlefile/752749/main.pdf>
6. Braconnier A. Réflexions et recherches sur l'analysabilité et l'alliance thérapeutique psychanalyse et /ou psychothérapie. *Carnet PSY*. 1 juin 2003;(83):30-7.
7. OMS | L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier [Internet]. WHO. [cité 28 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
8. WHO | ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: EVIDENCE FOR ACTION [Internet]. WHO. [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
9. Haute Autorité de santé - 12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
10. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. mars 1997;44(5):681-92.
11. Meissner WW. The concept of the therapeutic alliance. *J Am Psychoanal Assoc*. 1992;40(4):1059-87.
12. Scheen AJ, Giet D. Non observance therap causes consequences solutions. *Rev Med Liège*. 2010;65(5-6):239-45.

13. Code de la santé publique - Article L1111-4 | Legifrance [Internet]. [cité 29 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
14. Betty Chewning, Betsy Sleath. Medication decision-making and management: A client-centered model. *Soc Sci Med.* 1996;42:389-98.
15. Fiona A. Stevenson^{a,*}, Christine A. Barry^b, Nicky Britten^b, Nick Barber^c, Colin P. Bradley^d. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med.* 2000;50:829-40.
16. Code de la santé publique - Article L1111-2 | Legifrance [Internet]. [cité 29 mars 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=BC5495536CFCD2529D5F2058BE5E1629.tpdila19v_2?idArticle=LEGIARTI000031927568&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160329
17. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 30 nov 1991;303(6814):1385-7.
18. Items ECNi - ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine [Internet]. [cité 1 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.anemf.fr/etudes-medicales/epreuves-classantes-nationales/items-ecn-2016.html>
19. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns.* juin 1999;37(2):191-5.
20. Noël P-M. Revue systématique de la littérature sur les moyens d'évaluation de l'alliance thérapeutique par des outils de mesure fiables et reproductibles. Thèse d'exercice de médecine. [Brest]: Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé; 2013.
21. Letissier A. Sélectionner un outil de mesure de l'alliance thérapeutique fiable et reproductible chez l'adulte, méthode de consensus par RAND/UCLA. Thèse d'exercice de médecine. [Brest]: Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé; 2014.
22. Alix Y. Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delphi. [Brest]: Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé; 2015.
23. Project for Tool Assessment for Therapeutic Alliance The TA 4 TA Study.
24. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 5 août 1995;311(7001):376-80.
25. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 1 oct 2000;32(4):1008-15.
26. Gicquel M. Evaluation de l'acceptabilité d'une échelle d'auto-évaluation de l'alliance thérapeutique, la WAI, auprès des internes de Médecine générale de la Faculté de Médecine de Brest. [Brest] : Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé ; 2016.

27. Quéré V. Evaluation de l'acceptabilité d'une échelle d'auto-évaluation de l'alliance thérapeutique, la WAI, auprès des Médecins généralistes du Finistère. [Brest]: Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé; 2016.
28. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods : review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique*. déc 2008;56(6):415-23.
29. Barrett EM, Hussey J, Darker CD. Feasibility of a physical activity pathway for Irish primary care physiotherapy services. *Physiotherapy* [Internet]. [cité 5 avr 2016]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940616000274>
30. Kongsved SM, Basnov M, Holm-Christensen K, Hjollund NH. Response Rate and Completeness of Questionnaires: A Randomized Study of Internet Versus Paper-and-Pencil Versions. *J Med Internet Res* [Internet]. 30 sept 2007 [cité 18 avr 2016];9(3). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2047288/>
31. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, et al. PLOS ONE: The European General Practice Research Network Presents the Translations of Its Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine in Ten European Languages. *PLoS One* [Internet]. 21 janv 2015 [cité 22 mars 2016]; Disponible sur: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0115796>
32. Chitu Okoli*, Suzanne D. Pawlowski. The Delphi Method as a Research Tool An Example, Design Considerations and Applications. *Inf Manage*. 2004;42:15-29.
33. Hsu & Sandford. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus - v12n10.pdf. *Pract Assess Res Eval* [Internet]. 2007 [cité 5 avr 2016];12(10). Disponible sur: <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>
34. Novack DH, Volk G, Drossman DA, et al. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools: progress, problems, and promise. *JAMA J Am Med Assoc*. 1993;269(16):2101-5.
35. 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.
36. Eeckhout T, Gerits M, Bouquillon D, Schoenmakers B. Video training with peer feedback in real-time consultation: acceptability and feasibility in a general-practice setting. *Postgrad Med J*. 3 févr 2016;postgradmedj - 2015-133633.
37. Van Nuland M, Thijs G, Van Royen P, Van den Noortgate W, Goedhuys J. Vocational trainees' views and experiences regarding the learning and teaching of communication skills in general practice. *Patient Educ Couns*. janv 2010;78(1):65-71.
38. Rees C, Sheard C, Davies S. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Med Educ*. 1 févr 2002;36(2):141-7.

39. Thistlethwaite JE, Raynor DK, Knapp P. Medical students' attitudes towards concordance in medicine taking: exploring the impact of an educational intervention. *Educ Health Abingdon Engl.* nov 2003;16(3):307-17.
40. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* nov 1984;101(5):692-6.
41. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract.* sept 1998;47(3):213-20.
42. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag.* sept 2005;1(3):189-99.
43. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care.* août 1998;36(8):1138-61.
44. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* mars 1989;27(3 Suppl):S110-27.
45. Jaulin M. La décision partagée en médecine générale. Quelle représentation en ont les praticiens? Enquête auprès de 40 médecins généralistes. [Nantes]: Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé; 2004.
46. calgary cambridge guide [Internet]. [cité 28 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>
47. Larsen JH, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract.* 1 août 1997;14(4):295-301.
48. Carroll JG, Monroe J. Teaching Clinical Interviewing in the Health Professions A Review of Empirical Research. *Eval Health Prof.* 1 mars 1980;3(1):21-45.
49. Haskard Zolnierek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care.* août 2009;47(8):826-34.
50. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med.* 25 sept 1995;155(17):1877-84.
51. Rees C, Sheard C. The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic and education-related characteristics. *Med Educ.* 1 nov 2002;36(11):1017-27.

FICHE RESUME (Imprimé n° 3)

NOM & PRENOM : GAOUYER Charlotte

MOTS CLES : Alliance thérapeutique, outil d'auto-évaluation, acceptabilité, étudiants en médecine

Titre de la Thèse (en lettres MAJUSCULE) : EVALUER L'ACCEPTABILITE D'UNE ECHELLE D'AUTO-EVALUATION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ENTRE MEDECINS ET PATIENTS, LA WAI, AUPRES DES ETUDIANTS DU DIPLOME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES MEDICALE DE BREST

Résumé de Thèse :

Introduction : La pratique médicale a évolué vers un modèle autonomiste, impliquant la décision partagée. L'alliance thérapeutique (AT) est devenue un prérequis essentiel. L'AT est un acte de collaboration mutuelle avec engagement réciproque entre médecin et patient pour obtenir une observance thérapeutique. La clé réside dans la communication. L'objectif était l'évaluation de l'acceptabilité de l'échelle d'auto-évaluation de L'AT, la Working Alliance Inventory (WAI), dans la formation initiale des étudiants en médecine brestois.

Matériel et méthodes : La méthode sélectionnée était celle de la ronde Delphi modifiée. Un questionnaire évaluant l'échelle WAI a été établi et validé en groupe de thèse. Les réponses se pondéraient selon une échelle de Likert en cinq points. La population ciblée était interrogée à la sortie des examens, via les mailing-list et un réseau social. Le critère de jugement principal était l'acceptabilité de l'échelle comme outil pédagogique dans leur formation initiale et en utilisation quotidienne avec leurs patients. Le seuil d'acceptabilité par proposition était de 70% de la population interrogée en accord.

Résultats : La population a été interrogée de Janvier à Avril 2016. 169 questionnaires ont été recensés. 60 en DFASM1, 58 en DFASM2 et 51 en DFASM3. Soit respectivement, 32,26%, 30,21% et 30% de chaque population. 50,3% des étudiants étaient favorables à l'utilisation de l'échelle WAI comme outil d'auto-évaluation dans leur formation initiale et 49,7% étaient favorables à son utilisation pour leurs patients. Le seuil d'acceptabilité n'était pas atteint.

Discussion : Il pourrait exister un biais d'information et de sélection. La généralisation de l'échantillon au territoire français ne pouvait être établie. Il existait une prise de conscience des professionnels de santé sur le retentissement de leurs capacités relationnelles. Ils avaient une demande croissante d'améliorer l'enseignement et l'évaluation des techniques de communication. Les étudiants montraient une attitude assez positive, mais cela ne semblait pas être une priorité dans leur formation. Les patients ressentant que leur médecin communiquait bien, avec une prise en charge globale, avaient tendance à être plus adhérents. L'expérience seule était un entraînement insuffisant.

Conclusion : D'autres études pourraient évaluer d'autres outils.

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté De Médecine & Des Sciences De La Santé

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Monsieur le Professeur : Jean-Yves LE RESTE

Titre de la thèse (en MAJUSCULES) : EVALUER L'ACCEPTABILITE D'UNE ECHELLE D'AUTO-EVALUATION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ENTRE MEDECINS ET PATIENTS, LA WAI, AUPRES DES ETUDIANTS DU DIPLOME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES MEDICALE DE BREST

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI :

NON :

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

Madame : Charlotte GAOUYER

Interne en DES de : médecine générale

Fait à BREST, le 06.07.16 .

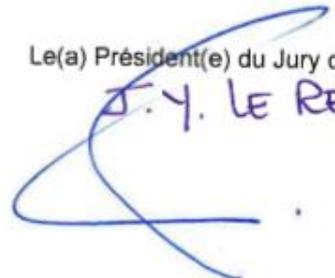
VISA du Doyen de la faculté
A BREST, le 06.07.16 .



Professeur C. BERTHOU



Le(a) Président(e) du Jury de Thèse,

J. Y. LE RESTE


GAOUYER charlotte – EVALUER L'ACCEPTABILITE D'UNE ECHELLE D'AUTO-EVALUATION DE
L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ENTRE MEDECINS ET PATIENTS, LA WAI, AUPRES DES ETUDIANTS
DU DIPLOME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES MEDICALE DE BREST

RESUME :

Introduction : La pratique médicale a évolué vers un modèle autonomiste, impliquant la décision partagée. L'alliance thérapeutique (AT) est devenue un prérequis essentiel. L'AT est un acte de collaboration mutuelle avec engagement réciproque entre médecin et patient pour obtenir une observance thérapeutique. La clé réside dans la communication. L'objectif était l'évaluation de l'acceptabilité de l'échelle d'auto-évaluation de L'AT, la Working Alliance Inventory (WAI), dans la formation initiale des étudiants en médecine brestois.

Matériel et méthodes : La méthode sélectionnée était celle de la ronde Delphi modifiée. Un questionnaire évaluant l'échelle WAI a été établi et validé en groupe de thèse. Les réponses se pondéraient selon une échelle de Likert en cinq points. La population ciblée était interrogée à la sortie des examens, via les mailing-list et un réseau social. Le critère de jugement principal était l'acceptabilité de l'échelle comme outil pédagogique dans leur formation initiale et en utilisation quotidienne avec leurs patients. Le seuil d'acceptabilité par proposition était de 70% de la population interrogée en accord.

Résultats : La population a été interrogée de Janvier à Avril 2016. 169 questionnaires ont été recensés. 60 en DFASM1, 58 en DFASM2 et 51 en DFASM3. Soit respectivement, 32,26%, 30,21% et 30% de chaque population. 50,3% des étudiants étaient favorables à l'utilisation de l'échelle WAI comme outil d'auto-évaluation dans leur formation initiale et 49,7% étaient favorables à son utilisation pour leurs patients. Le seuil d'acceptabilité n'était pas atteint.

Discussion : Il pourrait exister un biais d'information et de sélection. La généralisation de l'échantillon au territoire français ne pouvait être établie. Il existait une prise de conscience des professionnels de santé sur le retentissement de leurs capacités relationnelles. Ils avaient une demande croissante d'améliorer l'enseignement et l'évaluation des techniques de communication. Les étudiants montraient une attitude assez positive, mais cela ne semblait pas être une priorité dans leur formation. Les patients ressentant que leur médecin communiquait bien, avec une prise en charge globale, avaient tendance à être plus adhérents. L'expérience seule était un entraînement insuffisant.

Conclusion : D'autres études pourraient évaluer d'autres outils.

MOTS CLES :

Alliance thérapeutique,
Outil d'auto-évaluation,
Acceptabilité,
Étudiants en médecine

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Bernard LE FLOC'H
Monsieur le Docteur Patrice NABBE
Monsieur le Docteur Etienne MELOT
Monsieur le Docteur Michele ODORICO

DATE DE SOUTENANCE :

8 septembre 2016

ADRESSE DE L'AUTEUR :