



**HAL**  
open science

# Évaluation de l'acceptabilité d'une échelle d'alliance thérapeutique traduite en français, la Working alliance inventory, auprès des internes de médecine générale de Brest : étude descriptive- étude pilote

Margot Gicquel

## ► To cite this version:

Margot Gicquel. Évaluation de l'acceptabilité d'une échelle d'alliance thérapeutique traduite en français, la Working alliance inventory, auprès des internes de médecine générale de Brest : étude descriptive- étude pilote . Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01420464

**HAL Id: dumas-01420464**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01420464>**

Submitted on 20 Dec 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 BRETAGNE OCCIDENTALE*

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

ANNÉE 2016

N°

**THÈSE D'EXERCICE DE DOCTORAT DE MÉDECINE  
DE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Par Mme GICQUEL Margot**

**Née le 4 Juillet 1988, à Saint Briec (Côtes d'Armor)**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**Le 08 Septembre 2016**

---

**EVALUATION DE L'ACCEPTABILITE D'UNE ECHELLE  
D'ALLIANCE THERAPEUTIQUE TRADUITE EN FRANÇAIS, LA  
WORKING ALLIANCE INVENTORY, AUPRES DES INTERNES DE  
MEDECINE GENERALE DE BREST : ETUDE DESCRIPTIVE- ETUDE  
PILOTE**

---

**Président :** **Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE**

**Membres du Jury :** **Monsieur le Professeur Bernard Le FLOCH**

**Monsieur le Docteur Patrice NABBE**

**Monsieur le Docteur Michele ODORICO**

**Monsieur le Docteur Etienne MELOT**

**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*

**DOYEN**

**Professeur C. BERTHOU**

**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<sup>ÈRE</sup> CLASSE

---

<b>BAIL</b> Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
<b>BERTHOU</b> Christian	Hématologie – Transfusion
<b>BLONDEL</b> Marc	Biologie cellulaire
<b>BRESSOLLETTE</b> Luc	Médecine Vasculaire
<b>DE PARSCAU DU PLESSIX</b> Loïc	Pédiatrie
<b>DE BRAEKELEER</b> Marc	Génétique
<b>DELARUE</b> Jacques	Nutrition
<b>DUBRANA</b> Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
<b>FENOLL</b> Bertrand	Chirurgie Infantile
<b>FOURNIER</b> Georges	Urologie
<b>GILARD</b> Martine	Cardiologie
<b>GOUNY</b> Pierre	Chirurgie Vasculaire
<b>HU</b> Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice & esthétique ; brûlologie
<b>KERLAN</b> Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
<b>LACUT</b> Karine	Thérapeutique
<b>LEROYER</b> Christophe	Pneumologie
<b>LE MEUR</b> Yannick	Néphrologie
<b>LE NEN</b> Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
<b>LOZAC'H</b> Patrick	Chirurgie Digestive
<b>MANSOURATI</b> Jacques	Cardiologie
<b>MARIANOWSKI</b> Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
<b>MISERY</b> Laurent	Dermatologie - Vénérologie
<b>NONENT</b> Michel	Radiologie & Imagerie médicale
<b>PAYAN</b> Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
<b>REMY-NERIS</b> Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
<b>SALAUN</b> Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
<b>SARAUX</b> Alain	Rhumatologie
<b>SIZUN</b> Jacques	Pédiatrie
<b>TILLY - GENTRIC</b> Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement
<b>TIMSIT</b> Serge	Neurologie
<b>VALERI</b> Antoine	Urologie
<b>WALTER</b> Michel	Psychiatrie d'Adultes

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2<sup>ÈME</sup> CLASSE**

---

<b>ANSART</b> Séverine	Maladies infectieuses, maladies tropicales
<b>AUBRON</b> Cécile	Réanimation ; médecine d'urgence
<b>BEN SALEM</b> Douraid	Radiologie & Imagerie médicale
<b>BERNARD-MARCORELLES</b> Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>BEZON</b> Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>BOTBOL</b> Michel	Psychiatrie Infantile
<b>CARRE</b> Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
<b>COUTURAUD</b> Francis	Pneumologie
<b>DAM HIEU</b> Phong	Neurochirurgie
<b>DEVAUCHELLE-PENSEC</b> Valérie	Rhumatologie
<b>GIROUX-METGES</b> Marie-Agnès	Physiologie
<b>HUET</b> Olivier	Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale/Médecine d'urgences
<b>LIPPERT</b> Éric	Hématologie ; transfusion : option hématologie
<b>LE GAL</b> Grégoire	Médecine interne
<b>LE MARECHAL</b> Cédric	Génétique
<b>L'HER</b> Erwan	Réanimation Médicale
<b>MONTIER</b> Tristan	Biologie Cellulaire
<b>NEVEZ</b> Gilles	Parasitologie et Mycologie
<b>NOUSBAUM</b> Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
<b>PRADIER</b> Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
<b>RENAUDINEAU</b> Yves	Immunologie
<b>SEIZEUR</b> Romuald	Anatomie-Neurochirurgie
<b>STINDEL</b> Éric	Biostatistiques, Informatique Médicale & technologies de communication

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS - PRATICIEN LIBÉRAL**

---

<b>LE RESTE</b> Jean Yves	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS À MI-TEMPS**

---

<b>BARRAINE</b> Pierre	Médecine Générale
<b>LE FLOC'H</b> 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. »

Serment prononcé par le Docteur Gicquel Margot

Le jeudi 8 septembre 2016

Pour l'Ordre national des médecins,

Le médecin



## **Remerciements**

### **A monsieur le professeur Jean-Yves LE RESTE,**

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Merci de m'avoir proposé ce travail, merci pour vos conseils avisés, vos relectures durant ces derniers mois, et merci pour votre disponibilité.

### **A messieurs les professeurs Bernard LE FLOCH et Patrice NABBE.**

Merci de me faire l'honneur de faire partie du jury de cette thèse.

### **A Messieurs les docteurs Etienne MELOT et Michele Odorico**

Merci de participer au jury de cette thèse.

### **Au groupe de thèse,**

Merci pour votre participation, vos avis et votre aide pour la rédaction du questionnaire de cette thèse. Merci pour l'entraide et la dynamique apporté par ce groupe.

### **A mes proches :**

#### **Maman, papa, Justine**

Merci de m'avoir permis de poursuivre des études de médecine, merci pour votre soutien et votre affection tout au long de ces années.

#### **A Thomas**

Merci pour ton soutien et tes conseils, et surtout pour ta patience depuis toutes ces années...  
Merci pour tes encouragements et ta confiance.

#### **A Nolwenn.**

Merci pour tes relectures, tes critiques et ton aide pour la rédaction de cette thèse. Bon courage à toi qui débute ton cursus médical.

#### **A mes amis depuis la 1<sup>ère</sup> année, Caroline, Justine, Olivier...**

Merci pour votre présence tout au long de ces années, nos soirées, nos confidences.

## Table des matières

<b>Avant propos.....</b>	<b>1</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>10</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>12</b>
<b>Matériels et méthode.....</b>	<b>17</b>
Population.....	17
Déroulement de l'étude.....	18
Choix de la méthode de consensus.....	19
Critère de jugement principal et secondaire.....	19
Validation du questionnaire pré-test.....	20
Schéma de l'étude.....	21
<b>Résultats .....</b>	<b>22</b>
<b>Discussion.....</b>	<b>27</b>
Résultat principal.....	27
Résultats secondaires.....	27
Forces et limites.....	28
Perspectives.....	29
<b>Conclusion.....</b>	<b>30</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>31</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>32</b>

# EVALUATION DE L'ACCEPTABILITE D'UNE ECHELLE D'ALLIANCE THERAPEUTIQUE TRADUITE EN FRANÇAIS, LA WORKING ALLIANCE INVENTORY, AUPRES DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE BREST : ETUDE DESCRIPTIVE- ETUDE PILOTE

## Résumé

**Introduction :** L'apprentissage de la relation thérapeutique et de la communication font peu partie des enseignements actuels en France.(1) Des outils de mesure de l'alliance thérapeutique existent, aucun Gold standard n'est retenu. La Working Alliance Inventory (WAI) a été sélectionné lors d'une précédente étude.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'échelle WAI pour l'autoévaluation des étudiants de deuxième cycle ; puis l'adhésion des internes à l'utilisation de cet outil dans leur pratique courante.

**Méthode :** L'étude s'est déroulée de décembre 2015 à Mars 2016. Il s'agissait d'une étude quantitative, transversale, descriptive menée dans le département du Finistère. La méthode utilisée était une ronde Delphi modifiée. La population interrogée concernait les internes de médecine générale. Ces derniers ont été interrogés par un questionnaire en ligne transmis par courrier électronique.

Le critère de jugement principal était l'acceptabilité de l'outil, l'échelle WAI, dans la formation initiale des étudiants.

**Résultats :** 294 internes dont 100(34%) en 1ère année, 89(30,3%) en 2<sup>ème</sup> année et 105 (35,7%) en 3<sup>ème</sup> année ont été interrogés. 113 internes soit 38,4% de la population interrogée ont répondu au questionnaire. Ils étaient 112 internes de médecine générale Brestois parmi lesquels 23 (20,5%) en 1<sup>ère</sup> année, 32 (28,6%) en 2<sup>ème</sup> année et 57 (50,9%) en 3<sup>ème</sup> année.

Un désaccord est retrouvé concernant l'utilisation pédagogique de cet outil dans la formation initiale des étudiants (36,3%)

**Discussion :** La société exige des médecins plus humains et qui communiquent mieux avec les patients.(2) Plusieurs études ont montré que l'alliance thérapeutique (AT) permettait une amélioration de la prise en charge thérapeutique. La communication médecin malade, l'acquisition d'une alliance thérapeutique de qualité pour favoriser l'observance et la confiance des patients incitent à vouloir aider les étudiant à se perfectionner dans ce domaine malgré leur désaccord.

# EVALUATION OF THE ACCEPTANCE OF A SCALE OF THERAPEUTIC ALLIANCE TRANSLATED IN FRENCH FOR GP TRAINEES, THE WORKING ALLIANCE INVENTORY: PILOT STUDY

## Summary

**Background:** Learning the therapeutic relationship and communication aren't some of the current teachings in France. (1) While many of the therapeutic alliance measurement tool exists no standard Gold is retained. The Working Alliance Inventory (WAI) has been selected from a previous study.

The objective of this study was to evaluate the feasibility and acceptability of the WAI-scale self-assessment of graduate students, and secondarily accession GP trainees use of this tool in their daily practice in general practice.

**Method:** The study was conducted from December 2015 to March 2016. This was a quantitative study, transversal, descriptive conducted in the department of Finistere. The method used was a modified round Delphi. The surveyed population concerned general medicine residents. These were interviewed by an online questionnaire emailed.

The primary endpoint was the acceptability of the tool, the WAI level in the initial training of students.

**Results:** 294 medicine residents including 100 (34%) in the first year, 89 (30.3%) in the second year and 105 (35.7%) in the third year were interrogated. 113 medicine residents or 38.4 % of the surveyed population answered the questionnaire. They were 112 Brest general practice trainees 23 of which (20.5%) in the first year, 32 (28.6%) in the 2nd year and 57 (50.9%) in the 3rd year.

Disagreement is found on the educational use of this tool in the initial training of trainees (36.3%)

**Discussion:** Society needs more human doctors and better communication with patients. (2) Several studies have shown that the therapeutic alliance (TA) allowed an improvement in the therapeutic management. The doctor patient communication, acquisition of a quality therapeutic alliance to promote adherence and patient confidence pushes to go on with TA teaching even without the acceptance of the trainees.

## **Introduction**

Depuis plusieurs dizaines d'années, la pratique médicale a évolué vers un modèle autonomiste. Le médecin généraliste est défini comme tel « ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie». Et «il intègre les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles existentielles mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par les contact répétés.» (3,4,5,6,7). Récemment, la notion de «Soins centrés sur le patient» est apparue comme un concept clé dans la médecine moderne. Cette évolution comprend de façon plus large, non seulement les facteurs biologiques, les facteurs psychologiques, sociaux et culturels. De cela est né un mouvement dans le domaine des sciences de la santé afin d'examiner la relation professionnelle entre les médecins et les patients dans les soins médicaux. Il semblerait que l'alliance thérapeutique soit fortement associée à l'adhésion et la satisfaction des patients dans leur traitement. (8)

Les maladies chroniques sont un problème récurrent et numériquement important en soins primaires (9) Le patient doit devenir un partenaire dans le processus thérapeutique, il participe aux décisions. Ceci non seulement parce que les patients méritent d'être des partenaires dans leurs propres soins de santé, mais aussi, parce que les soins de santé sont plus efficaces si les patients collaborent avec le médecin dans le processus thérapeutique (10). Ceci implique que l'alliance thérapeutique (AT) puisse être un pré requis essentiel de la pratique médicale quotidienne. (11,12) Cette notion connue, évoquée depuis 1913 par Freud et étudiée depuis les années 1960 n'a pourtant pas de définition consensuelle (**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. (13,12)

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». (14). En France la Haute Autorité de Santé évoque elle aussi implicitement la notion d'alliance thérapeutique en citant dans ses recommandations la notion de décision médicale partagée. (15) Quatre leviers sont fréquemment cités par les professionnels de santé pour s'engager dans un processus décisionnel partagé. Ils sont la motivation personnelle, la perception que le partage de la décision permet d'améliorer l'état de santé du patient, la facilitation du parcours de soins et le caractère pratique des supports d'aide à la décision. (15).

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, concernant ses craintes et la subjectivité de la maladie qui raisonne différemment, en fonction du vécu de chacun. 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 et son autonomie, la relation de confiance et l'éthique.(16) La modification de l'accès aux connaissances médicales par les patients démocratise la médecine et modifie de façon significative la relation patient-thérapeute (internet et les réseaux sociaux).(17). La relation médecin malade tend vers un abandon du paternalisme au profit de la décision partagée. 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. Le code de déontologie médicale français témoigne par ses évolutions d'un mouvement de modernisation de la relation thérapeutique. (13, 6,7)

La clé réside probablement dans la communication et la prise en charge holistique des patients. Cependant, l'apprentissage de la relation thérapeutique et de la communication font peu partie des enseignements actuels en France.(1) Ce constat est fait au niveau national et international (18). Récemment, certaines facultés de France s'intéressent à cet apprentissage.

L'alliance thérapeutique a deux composantes complémentaires, la composante générale centrée sur l'émotionnel et la composante spécifique à adapter à chaque projet thérapeutique. La part émotionnelle se définit par le fait d'être écouté, soutenu, et encouragé par son thérapeute. La part spécifique implique la notion de consensus en ce qui concerne les objectifs et moyens d'y parvenir. Pour aller vers une responsabilisation et une autonomisation progressives du patient. Lorsqu'un tel consensus s'avère défectueux avec un patient pris en charge au long cours, il importe que le praticien puisse s'interroger sur la qualité de la composante générale de cette relation et s'efforce de tout mettre en œuvre pour bâtir ou rebâtir une qualité relationnelle de base, non spécifique, suffisamment sûre et solide.(11)

De ce fait, beaucoup d'outil de mesure de l'alliance thérapeutique ont été créés, mais il n'y a actuellement aucun Gold standard. Différents travaux ont permis de s'intéresser à la Working alliance inventory (WAI). C'est un outil qui a été développé selon la théorie de Bordin (1979) selon laquelle l'alliance thérapeutique était fondée sur 3 aspects : le lien (attachement, empathie, confiance), l'accord sur les objectifs et les tâches à réaliser pour y parvenir. Cet outil a été créé à partir d'un pool de 91 items cotés par 7 experts du domaine de l'alliance, se présentait par 36 items avec une échelle de Likert en 7 points, en version thérapeute, patient et observateur. Elle permettait de mesurer l'alliance thérapeutique dans toutes sortes de psychothérapie et existait en version enfant. (Annexe 5)

En 2012, à l'initiative du doyen, des cours de communication intitulés « apprentissage à la communication et à la relation » étaient dispensés aux étudiants de DCEM4 avec mises en situations filmées, à la faculté de médecine de Brest. La première session avait eu lieu le 20 septembre 2012. Par la suite, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Brest avait débuté un projet concernant l'évaluation de la communication médecin-malade.

En 2013, une revue de la littérature avait été réalisée par un groupe d'expert. 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 avaient été sélectionnés. (19)

En 2014, selon une méthode de consensus RAND/UCLA Appropriateness Method avec huit experts universitaires, l'échelle avec la meilleure validité interne (reproductibilité) et externe (fiabilité) avait été sélectionnée. L'échelle WAI était l'outil consensuel le plus adapté pour évaluer l'AT chez l'adulte. (cf. annexes La WAI : description, méthode d'élaboration, échelle originale)

En 2015, selon une méthode de consensus Delphi, une traduction aller-retour Français-Anglais de la WAI avait été réalisée. Il s'agissait également d'adapter l'échelle au contexte socio-culturel français. Pour une utilisation comme outil de formation des étudiants en médecine. (20)

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

L'hypothèse de recherche était qu'une étude pilote était nécessaire avant de commencer une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Elle devait être effectuée dans des circonstances analogues à celles dans lesquelles l'EPP sera réalisée.



L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'échelle WAI en autoévaluation des étudiants de deuxième cycle, et secondairement l'adhésion des internes à l'utilisation de cet outil dans leur pratique courante en médecine générale.

## **Matériels et méthode**

Ce projet est né dans un des groupes de thèse de médecine de l'ERCR SPURBO. Une réunion avait lieu un jeudi par mois à la faculté de médecine de Brest. Il associait des internes, 1 chef de clinique et 1 professeur des universités. Il avait pour objectif de discuter et s'entraider dans l'élaboration de différents travaux de thèse.

### **Population :**

294 internes de médecine générales Brestoises

### **Les critères d'inclusions**

- Internes en médecine générale
- Du 1<sup>er</sup> au 6<sup>ème</sup> semestre ou 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année
- Inscrits à la faculté de médecine de Brest

### **Les critères d'exclusions**

- Internes de spécialités différentes
- Internes ne souhaitant pas répondre pas au questionnaire
- Internes ayant déjà répondu une première fois au questionnaire

### **Nombre de sujets nécessaires :**

\_\_\_\_\_ 30 % de la population des internes était nécessaire pour limiter le biais de sélection, et 70% pouvait l'éviter. (21)

## **Déroulement de l'étude :**

L'étude s'est déroulée de décembre 2015 à Mars 2016.

L'objectif était l'évaluation de l'acceptabilité ou la faisabilité de l'utilisation d'une échelle mesurant l'alliance thérapeutique dans la formation initiale des étudiants en médecine de deuxième cycle.

Il s'agissait d'une étude quantitative, transversale, descriptive menée dans le département du Finistère.

Les internes de médecine générales ont été interrogés par un questionnaire en ligne qui avait été créé sur Google questionnaire et Webquest. Ce questionnaire était transmis par courrier électronique, avec une explication sur l'étude en cours et la traduction de la WAI en Français.(22,23)

Le mailing list Mig 29 ainsi que celui de l'administration ne devait contenir que les mails des internes de médecine générale. (ANNEXES 2, 3,4)

## **Choix de la méthode de consensus :**

La méthode utilisée était une ronde Delphi modifiée car elle permettait d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts, de manière anonyme et sans effet « leader d'opinion » et permettait d'interroger la population sur différents aspects du sujet. (24, 25, 26)

Il était demandé à chaque participant d'évaluer l'acceptabilité des 7 questions par une échelle de Likert. La cotation de cette échelle s'étendait de 1 (tout à fait en désaccord) à 5 (tout à fait d'accord) où 1 représentait l'accord le plus faible et 5 le plus élevé. L'acceptabilité était établie lorsqu'au moins 70% des scores étaient supérieur ou égal à 4, en l'absence de désaccord. (26,22,27,28,29) Un désaccord était défini comme plus de 30 % des scores individuels repartis entre 1 et 2.

## **Critères de jugement principal et secondaires :**

Le critère de jugement principal était l'acceptabilité de l'outil, l'échelle WAI dans la formation initiale des étudiants.

Les critères de jugement secondaires étaient l'acceptabilité de l'échelle WAI concernant son utilisation dans la formation continue des internes, par autoévaluation dans leur pratique quotidienne.

## **Validation du questionnaire pré-test (annexe)**

Le questionnaire a été validé lors d'un groupe de thèse comportant, 8 internes, 1 CCU et 1 Professeur d'université. Il a été modifié en fonction des remarques de chacun. Il comportait 7 questions s'intéressant à l'échelle WAI et 3 questions qui qualifiaient la population (sexe, nombres de semestre validés, spécialité) (annexe).

Les questions étaient les suivantes : (Annexe 3)

### **Questions qui concernaient l'échelle WAI :**

- 1- Je suis prêt(e) à remplir l'échelle WAI pour mes patients.
- 2- Les consignes de l'échelle WAI sont claires.
- 3- L'échelle WAI est pertinente pour évaluer l'alliance thérapeutique.
- 4- L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation initiale des étudiants.
- 5- L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation continue des médecins.
- 6- Je pense que l'échelle WAI peut améliorer la communication avec mes patients.
- 7- L'échelle WAI est complète.

**Questions qui concernait la population étudiée.**

8- Pouvez-vous me préciser votre spécialité?

9- Pouvez-vous me préciser le nombre de semestre validé?

10 - Vous êtes : - Une femme - Un homme

**Les choix de réponses étaient définis de la façon suivante :**

1- Pas du tout d'accord

2- Plutôt d'accord

3- Ni en désaccord, ni en accord

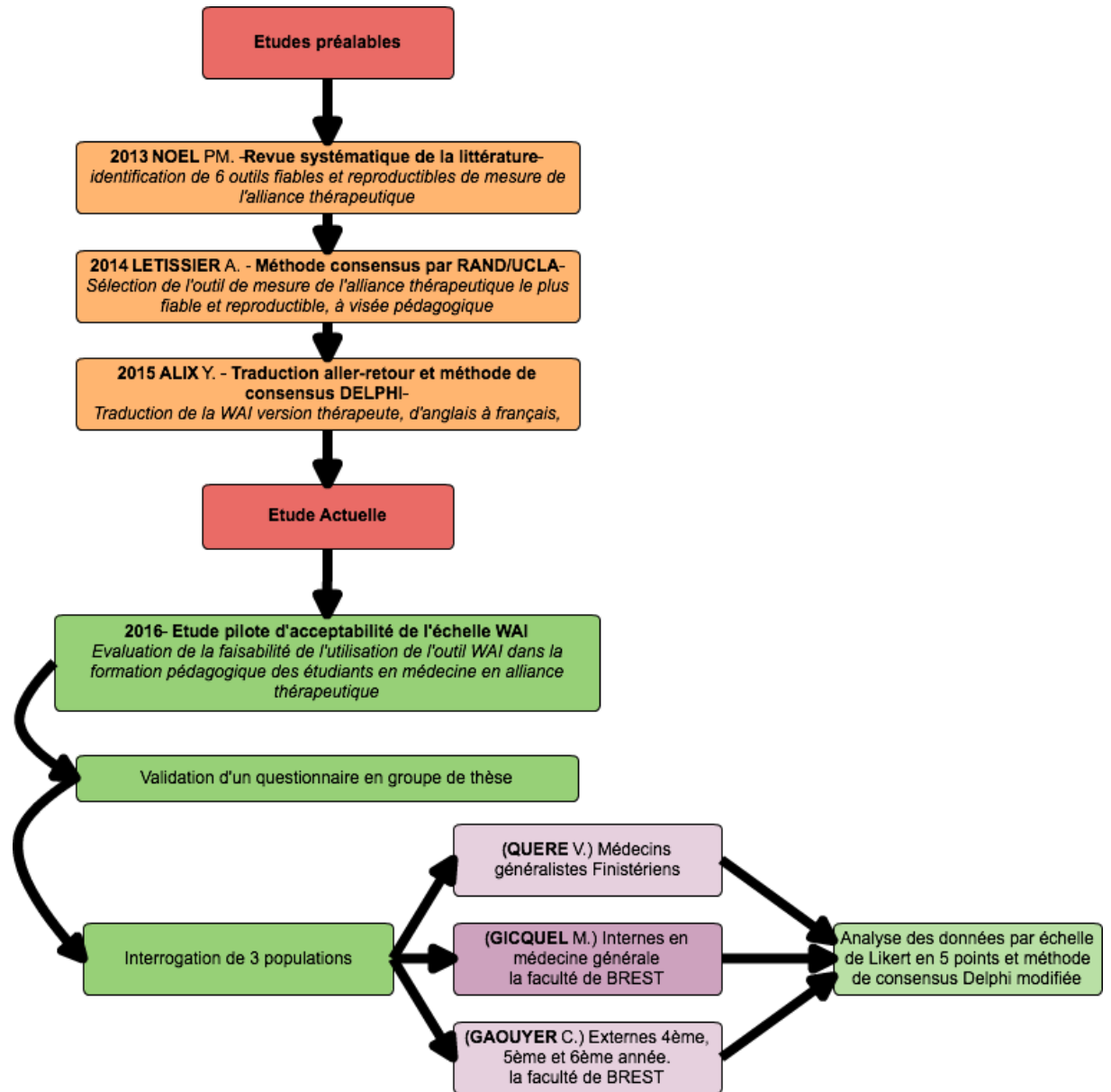
4- Plutôt en accord

5- Tout à fait d'accord

L'échelle de Likert permettait d'apprécier l'intensité des opinions des individus sur un sujet donné. Il a été décidé que l'échelle serait symétrique en 5 points, pour laisser aux participants le choix d'une modalité neutre.

L'étude intervenait après plusieurs études réalisées les années précédentes :

## Schéma de l'étude :



## **Résultats**

L'analyse des résultats a été réalisée sur le logiciel Excel 2008.

294 internes dont 100(34%) en 1<sup>ère</sup> année, 89(30,3%) en 2<sup>ème</sup> année et 105 (35,7%) en 3<sup>ème</sup> année avec une répartition de 56,7% de femmes pour 43,3% d'hommes ont été interrogé.

113 internes soit 38,4% de la population interrogée ont répondu au questionnaire. Ils étaient 112 internes de médecine générale Brestois parmi lesquels 23 (20,5%) en 1<sup>ère</sup> année, 32 (28,6%) en 2<sup>ème</sup> année et 57 (50,9%) en 3<sup>ème</sup> année. 1 interne en 8<sup>ème</sup> semestre de Psychiatrie a répondu mais a été exclu.

Les résultats ont été analysés globalement pour les 3 promotions d'internes, puis en fonction du nombre d'année de formation, soit 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année d'internat.

L'analyse globale des résultats retrouvait :

Un désaccord à la question : L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation initiale des étudiants (36,3%) (Tableau 1)

Un désaccord à la question: seriez-vous prêt à remplir ce questionnaire pour vos patients, (49,6%) (Tableau 1)

Un consensus d'acceptabilité à la question : Les consignes de l'échelle WAI sont claires. (76,1%)

A la question : L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation continue des médecins, aucun consensus n'a été retrouvé, de même pour les questions 3,6 et 7.

**Tableau 1 : Analyse des résultats pour les 3 promotions d'internes :**

Questions	1	2	3	4	5	Total 1+2 : désaccord si >30%	Total 4+5 : Consensus d'acceptabilité si >70%
Q1	12,4%	37,2%	25,7%	19,5%	5,2%	<b>49,6%</b>	24,7%
Q2	1,8%	13,3%	8,8%	52,2%	23,9%	15,1%	<b>76,1%</b>
Q3	0,1%	15%	27,4%	47,8%	9,7%	15,1%	57,5%
Q4	7,1%	29,2%	34,5%	22,1%	7,1%	<b>36,3%</b>	29,2%
Q5	1,7%	23,9%	30,1%	38,1%	6,2%	25,6%	44,3%
Q6	4,5%	24,8%	27,4%	33,6%	9,7%	29,3%	43,3%
Q7	0%	5,2%	31%	49,6%	14,2	5,2%	63,8%

*1-pas du tout d'accord ; 2- plutôt en désaccord ; 3- Ni en désaccord, ni en accord ; 4- plutôt en accord ; 5- Totalemment en accord*



## Analyses secondaires par année de formation :

**Tableau 2: Analyse des résultats pour les internes 1<sup>ère</sup> année :**

Questions	1	2	3	4	5	Total 1 + 2: <b>désaccord</b> si >30%	Total 4+5 : Consensus <b>d'acceptabilité</b> si >70%
Q1	8,1%	39,1%	17,4%	21,7%	13%	<b>47,2%</b>	34,7%
Q2	0%	17,4%	13%	39,1%	30,4%	17,4%	69,5%
Q3	0%	4,4%	39,1%	34,8%	21,7%	4,4%	56,5%
Q4	8,7%	34,8%	13%	21,7%	21,7%	<b>43,5%</b>	43,4%
Q5	4,3%	8,7%	30,4%	52,2%	4,3%	13%	56,5%
Q6	0%	21,7%	26,1%	34,8%	17,4%	21,7%	52,2%
Q7	0%	4,4%	34,8%	39,1%	21,7%	4,4%	60,8%

*1- pas du tout d'accord ; 2- plutôt en désaccord ; 3- Ni en désaccord, ni en accord ; 4- plutôt en accord ; 5- Totalement en accord*

### **En ce qui concerne les internes de 1<sup>ère</sup> année :**

Un désaccord pour la question - Je suis prêt(e) à remplir l'échelle WAI pour mes patients.

(47,2%)

Un désaccord pour la question : L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation initiale des étudiants (43,5%).

Aucun consensus d'acceptabilité n'a été mis en évidence.

**Tableau 3 : Analyses des résultats pour les internes de 2<sup>ème</sup> année :**

Questions	1	2	3	4	5	Total 1+2: désaccord si >30%	Total 4+5: consensus d'acceptabilité si >70%
Q1	6,3%	37,5%	28,1%	21,9%	6,3%	<b>43,80%</b>	28,20%
Q2	3,1%	18,8%	6,3%	59,4%	12,5%	21,90%	<b>71,90%</b>
Q3	0%	12,5%	18,8%	62,5%	6,3%	12,50%	68,80%
Q4	0%	37,5%	46,9%	9,4%	6,3%	<b>37,50%</b>	15,70%
Q5	0%	25%	37,5%	31,3%	6,3%	25,00%	37,60%
Q6	3,1%	28,1%	25%	31,3%	12,5%	<b>31,20%</b>	43,80%
Q7	0%	9,4%	18,8%	59,4%	12,5%	9,40%	<b>71,90%</b>

*1-pas du tout d'accord ; 2- plutôt en désaccord ; 3- Ni en désaccord, ni en accord ; 4- plutôt en accord ; 5- Totalemment en accord*

**En ce qui concerne les internes de 2<sup>ème</sup> année :**

Un désaccord pour les questions 1 : Je suis prêt(e) à remplir l'échelle WAI pour mes patients.  
(43,8%)

Un désaccord pour la question 4 : L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation initiale des étudiants (37,2%)

Un désaccord pour la question 6 : Je pense que l'échelle WAI peut améliorer la communication avec mes patients (31,2%)

Un consensus d'acceptabilité pour la question 2 : Les consignes de l'échelle WAI sont claires  
(71,9%)

**Tableau 4 Analyse des résultats pour les internes de 3<sup>ème</sup> année :**

Questions	1	2	3	4	5	Total 1+2: désaccord si >30%	Total 4+5: Consensus d'acceptabilité si > 70%
Q1	17,2%	36,2%	27,6%	17,2%	1,7%	<b>53,4%</b>	18,9%
Q2	1,8%	8,6%	8,6%	53,4%	27,6%	10,4%	<b>81%</b>
Q3	0%	20,7%	27,6%	44,8%	6,9%	20,7%	51,7%
Q4	10,3%	22,4%	36,2%	29,3%	1,7%	<b>32,7%</b>	31%
Q5	1,7%	29,3%	25,9%	36,2%	6,9%	<b>31%</b>	43,1%
Q6	6,9%	24,1%	29,3%	34,5%	5,2%	<b>31%</b>	39,7%
Q7	0%	3,4%	36,2%	48,3%	12,1%	3,4%	60,4%

*1-pas du tout d'accord ; 2- plutôt en désaccord ; 3- Ni en désaccord, ni en accord ; 4- plutôt en accord ; 5- Totalement en accord*

**En ce qui concerne les internes de 3<sup>ème</sup> année :**

Un désaccord pour la question 1 : Je suis prêt(e) à remplir l'échelle WAI pour mes patients.  
(53,4%)

Un désaccord pour la questions 4 : L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation initiale des étudiants (32,7%)

Un désaccord pour la question 5 : L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation continue des médecins (31%)

Un désaccord pour la questions 6 : Je pense que l'échelle WAI peut améliorer la communication avec mes patients (31%.)

Un consensus d'acceptabilité pour la question 2 : Les consignes de l'échelle WAI sont claires.  
(81%)

## **Discussion**

### **RESULTAT PRINCIPAL :**

Les internes interrogés étaient en désaccord pour l'utilisation de la Working Alliance Inventory dans la formation initiale des étudiants.

### **RESULTATS SECONDAIRES**

Les internes étaient en désaccord pour l'utilisation de cet outil chez leurs patients. Cependant ils étaient d'accords pour dire que les consignes de cette échelle étaient claires, de façon consensuelle. En revanche, concernant l'utilisation de cet outil dans la formation continue des médecins aucune tendance n'est retenue, de même pour la pertinence de cet outil et l'amélioration de la communication médecin-malade. Une réserve pourrait être émise sur ce dernier point, 29,3% des internes étaient en désaccord pour un seuil fixé à 30%.

Les analyses secondaires par année de formation révélaient un désaccord pour l'amélioration de la communication médecin malade avec cet outil, pour les 1<sup>ères</sup> et 3<sup>èmes</sup> année alors que la réponse était moins tranchée pour les 2<sup>èmes</sup> année.

On pourrait alors se poser la question d'une diminution de l'intérêt des étudiants pour la communication en fonction du nombre d'années de pratiques, ou est-ce simplement cet outil qui n'est pas adapté malgré des consignes claires. Une étude sur les externes de 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année avait déjà montré un déclin de l'intérêt des étudiants pour l'éthique au fur et à mesure des années. (30) Ce qui va à l'encontre de ce que la société réclame. Elle exige des médecins plus humains et qui communiquent mieux avec les patients. (2) Plusieurs études ont montré que l'AT permettait une amélioration de la prise en charge thérapeutique. C'est une qualité importante de la relation médecin malade favorisant l'observance thérapeutique. (11,15,31) C'est pour cela que le médecin généraliste est un acteur incontournable de la chaîne de soin et de l'éducation thérapeutique. (1)

Une formation initiale et continue adaptée sur les qualités requises que sont les compétences relationnelles, pédagogiques, d'animation, méthodologiques, organisationnelles ainsi que les compétences biomédicales et de soins est nécessaire. (32) Des guides tel que le Calgary Cambridge font actuellement office de référence et établissent les bases d'un entretien de qualité. (32)

Les travaux des récentes décennies ont permis d'identifier les facteurs-clefs de l'enseignement et de l'apprentissage d'une communication professionnelle efficace dans le domaine de la santé qui sont :

- 1) un référentiel de communication, solide et basé sur les données de la recherche.(2)
- 2) la pratique répétée des habiletés de communication associée à une rétroaction (feed-back) spécifique immédiate.(2)
- 3) un cursus à la communication médecin-patient intégré tout au long des études médicales (2)
- 4) l'évaluation de l'acquisition des habiletés de communication comme critère de promotion ou de certification.(2)
- 5) des activités de connaissance de soi permettant de reconnaître ses propres valeurs et émotions intervenant dans la relation médecin-patient.(2)
- 6) des cliniciens-enseignants qui sont des modèles de rôle d'une communication professionnelle en santé adéquate(2)

## **FORCES ET LIMITES :**

L'étude présente un biais de sélection car la proportion des répondants année par année n'est pas celle de l'ensemble des participants. Certains n'ont pas répondu à la question précisant s'ils étaient une femme ou un homme. Il a été supposé que les internes Bretois étaient comparables aux internes Français, mais il est possible que ce ne soit pas le cas.

Il n'y a pas de biais d'information, chaque participant a répondu à l'ensemble des questions concernant la WAI (en dehors de leur genre...)

Il n'a pas été retrouvé de facteur de confusion, aucune variable n'a été prise pour une autre.

## **PERSPECTIVES**

### **Recherche :**

La mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles semble compromise si on s'en tient aux résultats indiquant que les internes sont plutôt en désaccord pour ce qui concerne l'utilisation de cet outil dans la formation des étudiants et pour l'utilisation chez leurs patients. En revanche, un consensus d'acceptabilité est atteint pour la clarté des consignes.

Dans les analyses en sous groupe, l'avis concernant l'amélioration de la communication et l'utilisation pour la formation des étudiants n'était pas unanime ou alors était proche de la valeur seuil fixée pour un désaccord.

### **Formation :**

Cet outil pour la formation des étudiants de troisième cycle n'est pas accepté, la remarque principale qui peut être faite est la longueur de l'outil, il est possible que ceci effraie les médecins par rapport à son utilisation en consultation, il risque d'être chronophage. Il serait peut être intéressant d'effectuer une étude pilot concernant la version short à 12 items de la

WAI.

**Clinique :**

La communication médecin malade et l'acquisition d'une alliance thérapeutique de qualité pour favoriser l'observance et la confiance des patients ont incité les enseignants à vouloir aider les étudiants à se perfectionner dans ce domaine.

## **Conclusion**

L'objectif était d'observer la faisabilité de l'utilisation d'une échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique pour la formation des étudiants de deuxième cycle en interrogeant des internes de médecine générale.

Le résultat principal de cette étude semble orienter vers un désaccord par rapport à l'utilisation de l'échelle WAI pour la formation initiale des étudiants de deuxième cycle. Les facultés de médecine francophones ont la responsabilité de former des médecins aptes à communiquer avec leurs patients, entre eux et avec les autres membres de l'équipe de soin. Il est essentiel et urgent qu'elles mettent en place les stratégies propres à relever ce défi et à améliorer ainsi le résultat des soins médicaux. (2)

De part l'évolution vers une décision médicale partagée (15) et la disparition du paternalisme (34), les apprentissages de la communication médecin-malade se développant en France (30) et à l'international (18), il sera nécessaire d'avoir des outils pour l'évaluation des étudiants.

L'évaluation de la version short de la WAI permettrait peut être de répondre à cette demande.



## **Bibliographie**

1. ANEMF. Items ECNi .Page web. Disponible à: <http://www.anemf.org/etudes-medicales/epreuves-classantes-nationales/items-ecn-2016.html>. (Consulté le 04/03/2016).
2. Bernard MILLETTE, Marie-Thérèse LUSSIER, Johanne GOUDREAU. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale* 2004; 5:110-126
3. Justin ALLEN, Bernard GAY, Harry GREBOLDER et al. La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de Famille | Wonca Europe. Document web. 2002. Disponible à: <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille> (Consulté le 03/03/2016).
4. LOI n° 2009-879. Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article du code de santé publique. Juillet 2009 .Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr>. (Consulté le 16/04/2016).
5. LOI n° 2002-303 Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article du code de santé publique. 4 mars 2002. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>. Consulté le 03/03/2016.
6. R.4127-36. Article 36 - Consentement du patient. Article du code de santé publique. Page Web. 2004. Disponible à: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>. (Consulté le 05/02/2016)
7. R.4127-35. Article 35 - Information du patient. Article du code de santé publique. Page Web. 2002. Disponible à: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>. Consulté le 05/02/2016).
8. Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, et al. The Physician–Patient Working Alliance and Patient Psychological Attachment, Adherence, Outcome Expectations, and Satisfaction in a Sample of Rheumatology Patients. *Taylor and Francis online*. 2015; 41: 60-68.
9. Labarthe G. Enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2004; 315. Disponible à: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-consultations-et-visites-des-medecins-generalistes-un-essai-de-typologie>. (Consulté le 17/04/2016).
10. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ*. 2000; 320:526–7.
11. Consoli SM. Alliance thérapeutique. Elsevier masson. *Annales d'endocrinologie*. 2006; 67: 645-647
12. Berthoz, A. et Jorland, G. L'empathie, l'alliance thérapeutique. Document web. 2004 Disponible à: [http://psycho.univparis5.free.fr/expo/Empathie\\_etc.doc](http://psycho.univparis5.free.fr/expo/Empathie_etc.doc). (Consulté le 04/02/2016).
13. Bioy A, [Maximilien Bachelart](#). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psy*. 2010; 49: 317-326 ;
14. OMS. L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème

- dans le monde entier. Document web. 2003. Disponible à:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/> (Consulté le 01/02/2016)
15. Haute Autorité de santé. Décision médicale partagée. Document web.2013. Disponible à:  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201310/12iex04decision\\_medicale\\_partagee\\_mel\\_vd.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201310/12iex04decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf).(Consulté le 4 mars 2016)
16. Meissner WW. The concept of the therapeutic alliance. *J Am Psychoanal Assoc.* 1992; 40:1059–87.
17. Fieschi M. Information technology is changing the way society sees health care delivery. *Int J Med Inf.* 2002; 66:85–93.
18. Grace Abi Rizik MZ. L'apprentissage des techniques de communication : attitudes des étudiants en médecine dans un hôpital universitaire au Liban. *Pédagogie médicale.* 2008; 9: 157-165.
19. Noel P. Revue systématique de la littérature sur les moyens d'évaluation de l'alliance thérapeutique par des outils de mesure fiables et reproductibles. thèse de médecine Faculté de médecine. Brest. 2013.
20. 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. thèse de médecine. Faculté de Médecine. Brest. 2015.
21. Kongsved SM, Basnov M, Holm-Christensen K, et al. Response Rate and Completeness of Questionnaires: A Randomized Study of Internet Versus Paper-and-Pencil Versions. *J Med Internet Res.* 2007; 9:e25.
22. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008; 56: e13–21.
23. Skulmoski GJ, Hartman FT, Krahn J. The Delphi Method for Graduate Research. *J Inf Technol Educ* 2007; 6: 2–21.
24. Aguilar MD, Bernstein S, Burnand B, Fitch K, Kahan JP, LaCalle JR, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual [Internet]. Santa Monica, CA: RAND; 2001. Available from: <http://www.rand.org/publications/MR/MR1269/>
25. Letriliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus: quelle méthode utiliser? *Exercer.* 2011; 22(99):170-7.
26. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000; 32:1008-15.
27. Jones, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 1995;311 (7001):376-80.
28. Lazić ĐK, Le Reste J-Y, Murgić L, et al. Say it in Croatian--Croatian translation of the EGPRN definition of multimorbidity using a Delphi consensus technique. *Coll Antropol* 2014; 38: 1027–32.

29. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, *et al.* The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS One* 2015; 10: e0115796.
30. Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Pottier P, Boutoille D. Comparaison des compétences médicales éthiques des étudiants de 3e et de 6e année en stage hospitalier en médecine interne. *Rev Médecine Interne*. 2005; 26:128-36.
31. Attale C, Lemogne C, Sola-Gazagnes A, *et al.* Therapeutic alliance and glycaemic control in type 1 diabetes: a pilot study. *Diabetes Metab*. 2010; 36:499–502.
32. Lussier Marie-Thérèse, Richard Claude, Bourdy C. Le Guide Calgary-Cambridge. L'entrevue Médicale [Internet] 2004. Disponible à: [http://www.rouen.cnge.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=41](http://www.rouen.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=41). (Consulté le 4mars 2016).
33. Suzanne Rameix. DU PATERNALISME DES SOIGNANTS A L'AUTONOMIE DES PATIENTS ? Collection Etudes, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe [Internet] 2000. . Disponible à: [http://www.serpsy.org/actualites/Suzanne\\_Rameix.html](http://www.serpsy.org/actualites/Suzanne_Rameix.html). (Consulté le 5 février 2016).
34. Letissier A. Sélectionner un outil de mesure de l'alliance thérapeutique fiable et reproductible chez l'adulte, méthode de consensus par RAND/UCLA. thèse de médecine, Faculté de médecine. Brest. 2014.

## 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 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) 53

- 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 : Mail envoyé aux internes**

Bonjour,

Je suis interne en 5ème semestre de médecine générale à Brest, dans le cadre de ma thèse, je vous sollicite pour répondre à un court questionnaire.

Ma thèse a pour but d'évaluer si les médecins sont prêts à répondre à un auto-questionnaire d'évaluation de l'alliance thérapeutique.

Cet auto-questionnaire, la WAI (Working Alliance Inventory), est une échelle qui a été traduite de l'anglais lors d'une autre thèse l'an dernier.

Ci joint:

- l'échelle WAI traduite en français (à lire pour ensuite pouvoir répondre au questionnaire de ma thèse) fichier pdf

- le lien vers le questionnaire de ma thèse afin d'évaluer l'acceptabilité de cette échelle,

- pour ceux ayant un compte gmail:

[https://docs.google.com/forms/d/1sMfomv9X3rSxegfR8ERIrPOY4i1xVJUsCDq-Vm34eVQ/viewform?usp=send\\_form#start=publishanalytics](https://docs.google.com/forms/d/1sMfomv9X3rSxegfR8ERIrPOY4i1xVJUsCDq-Vm34eVQ/viewform?usp=send_form#start=publishanalytics)

- pour ceux n'ayant pas de compte gmail:

[http://webquest.fr/?m=11115\\_questionnaire-sur-l-echelle-wai](http://webquest.fr/?m=11115_questionnaire-sur-l-echelle-wai)

Merci de votre aide !

Gicquel Margot.

[margot.gicquel@gmail.com](mailto:margot.gicquel@gmail.com)

### **Annexe 3 : Questionnaire sur l'échelle WAI**

- 1- Je suis prêt(e) à remplir l'échelle WAI pour mes patients
  - 1 pas du tout d'accord
  - 2 plutôt en désaccord
  - 3 ni en désaccord, ni d'accord
  - 4 plutôt d'accord
  - 5 tout à fait d'accord
- 2- Les consignes de l'échelle WAI sont claires
  - 1 pas du tout d'accord
  - 2 plutôt en désaccord
  - 3 ni en désaccord ni d'accord
  - 4 plutôt d'accord
  - 5 tout à fait d'accord
- 3- L'échelle WAI est pertinente pour évaluer l'alliance thérapeutique
  - 1 pas du tout d'accord
  - 2 plutôt en désaccord
  - 3 ni en désaccord, ni d'accord
  - 4 plutôt d'accord
  - 5 tout à fait d'accord
- 4- L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation initiale des étudiants
  - 1 pas du tout d'accord
  - 2 plutôt en désaccord
  - 3 ni en désaccord, ni d'accord
  - 4 plutôt d'accord
  - 5 tout à fait d'accord
- 5- L'échelle WAI est un outil pédagogique intéressant dans la formation continue des médecins
  - 1 pas du tout d'accord
  - 2 plutôt en désaccord
  - 3 ni en désaccord, ni d'accord
  - 4 plutôt d'accord
  - 5 tout à fait d'accord
- 6- Je pense que l'échelle WAI peut améliorer la communication avec mes patients
  - 1 pas de tout d'accord
  - 2 plutôt en désaccord
  - 3 ni en désaccord, ni d'accord
  - 4 plutôt en accord
  - 5 tout à fait d'accord
- 7- L'échelle WAI est complète
  - 1 pas du tout d'accord
  - 2 plutôt en désaccord
  - 3 ni en désaccord, ni en accord
  - 4 plutôt d'accord
  - 5 tout à fait d'accord
- 8- Pouvez-vous me préciser votre spécialité?  
Votre réponse
- 9- Pouvez-vous me préciser le nombre de semestre validé?  
Votre réponse
- 10 - Vous êtes: Une femme Un homme

## Annexe 4 : La WAI traduite en français :

### 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	Occasionnellement	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 REPENDRE 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      Toujours

souvent

---

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	Occasionnellement	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 5 : Méthode d'élaboration de la WAI**

### **Working Alliance Inventory (WAI)(35) :**

Elle était initialement basée sur un pool de 91 items (35 items de lien, 33 pour l'objectif, 23 pour les tâches) et une échelle de Likert à 5 points. Une première évaluation a été réalisée par 3 psychologues ayant des orientations théoriques différentes.

Puis 7 experts (c'est-à-dire ayant publié dans le domaine de l'alliance thérapeutique) ont coté les items pour conserver les plus pertinents et noter à quelle dimension ils appartenaient. Cela a abouti à l'élimination de 21 items et la modification de 11 autres.

Ensuite 21 psychologues ont coté les 70 items restants menant à la conservation des 12 items les plus significatifs par sous-échelle, soit 36 items. Ils ont élaboré une version patient et thérapeute de l'échelle.

Une étude empirique a été menée sur 29 étudiants en programme de conseil psychologique, conduisant à quelques reformulations et la modification en échelle de Likert à 7 points. L'outil contenait 14 items formulés négativement et 22 positivement. Il n'a pas été soumis à une analyse factorielle.



**UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Médecine**

\*\*\*\*\*

**AUTORISATION D'IMPRIMER**

\*\*\*\*\*

Présentée par Monsieur le Professeur LE RESTE Jean Yves

Titre de la thèse

**EVALUATION DE L'ACCEPTABILITE D'UNE ECHELLE  
D'ALLIANCE THERAPEUTIQUE TRADUITE EN FRANÇAIS, LA  
WORKING ALLIANCE INVENTORY, AUPRES DES INTERNES DE  
MEDECINE GENERALE DE BREST : ETUDE DESCRIPTIVE- ETUDE  
PILOTE**

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

OUI

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

Née le 4 Juillet 1988, à Saint Brieuc (Côtes d'Armor)

Fait à BREST, le 23 Aout 2016.

VISA du Doyen de la faculté

A BREST, le 30.08.16 .

Le Doyen,

C. BERTHOUD



Le Président du Jury de Thèse,



**GICQUEL Margot – EVALUATION DE L'ACCEPTABILITE D'UNE ECHELLE D'ALLIANCE  
THERAPEUTIQUE TRADUITE EN FRANÇAIS, LA WORKING ALLIANCE INVENTORY, AUPRES  
DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE BREST : ETUDE DESCRIPTIVE- ETUDE PILOTE**  
Th. : Méd. : BREST 2016

**RESUME**

**Introduction :** L'apprentissage de la relation thérapeutique et de la communication font peu partie des enseignements actuels en France.(1) Des outils de mesure de l'alliance thérapeutique existent, aucun Gold standard n'est retenu. La Working Alliance Inventory (WAI) a été sélectionné lors d'une précédente étude. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'échelle WAI pour l'autoévaluation des étudiants de deuxième cycle ; puis l'adhésion des internes à l'utilisation de cet outil dans leur pratique courante.

**Méthode :** L'étude s'est déroulée de décembre 2015 à Mars 2016. Il s'agissait d'une étude quantitative, transversale, descriptive menée dans le département du Finistère. La méthode utilisée était une ronde Delphi modifiée. La population interrogée concernait les internes de médecine générale. Ces derniers ont été interrogés par un questionnaire en ligne transmis par courrier électronique. Le critère de jugement principal était l'acceptabilité de l'outil, l'échelle WAI, dans la formation initiale des étudiants.

**Résultats :** 294 internes dont 100(34%) en 1ère année, 89(30,3%) en 2<sup>ème</sup> année et 105 (35,7%) en 3<sup>ème</sup> année ont été interrogés. 113 internes soit 38,4% de la population interrogée ont répondu au questionnaire. Ils étaient 112 internes de médecine générale Brestois parmi lesquels 23 (20,5%) en 1<sup>ère</sup> année, 32 (28,6%) en 2<sup>ème</sup> année et 57 (50,9%) en 3<sup>ème</sup> année. Un désaccord est retrouvé concernant l'utilisation pédagogique de cet outil dans la formation initiale des étudiants (36,3%)

**Discussion :** La société exige des médecins plus humains et qui communiquent mieux avec les patients.(2) Plusieurs études ont montré que l'alliance thérapeutique (AT) permettait une amélioration de la prise en charge thérapeutique. La communication médecin malade, l'acquisition d'une alliance thérapeutique de qualité pour favoriser l'observance et la confiance des patients incitent à vouloir aider les étudiant à se perfectionner dans ce domaine malgré leur désaccord.

**MOTS CLES :**

ALLIANCE THERAPEUTIQUE, WAI,  
AUTOEVALUATION,  
ETUDIANTS, ACCEPTABILITE

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE

Membres : Monsieur le Professeur Bernard LE FLOCH

Monsieur le Docteur Patrice NABBE

Monsieur le Docteur Etienne MELOT

Monsieur le Docteur Michele ODORICO

**DATE DE SOUTENANCE** : le jeudi 8 septembre 2016

**ADRESSE DE L'AUTEUR** :