



HAL
open science

Quelle grille utiliser pour évaluer la communication des étudiants en santé? Revue systématique de la littérature

Paul Thillard, Victor Ferre

► To cite this version:

Paul Thillard, Victor Ferre. Quelle grille utiliser pour évaluer la communication des étudiants en santé? Revue systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03403767

HAL Id: dumas-03403767

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03403767v1>

Submitted on 26 Oct 2021

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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR MEDECINE ET PHARMACIE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

ANNEE 2021

N°

Présentée et soutenue publiquement le 14 Octobre 2021

Par **Paul THILLARD**

Né le 07 Octobre 1993 à Mont Saint Aignan

Et **Victor FERRE**

Né le 16 Novembre 1992 à Évreux

**Quelle grille utiliser pour évaluer la communication
des étudiants en santé ?
Revue systématique de la littérature**

Président du jury : Pr Jean-Loup HERMIL

Membre du jury : Pr Pascal BOULET

Membre du jury : Dr Emmanuel LEFEBVRE

Invité du jury : Pr Thierry WABLE

Codirectrice de thèse : Dr Lucille PELLERIN

Codirectrice de thèse: Dr Blandine BILLET

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021
U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle A UQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie

Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie

M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE–COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN** (med) Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med) Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med) Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med) Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med) Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med) Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET** Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie **PEZZINO** Orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med) Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN** Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med) Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Sommaire

I. CONTEXTE	22
A. DEFINITION DE LA COMMUNICATION	22
B. LA COMMUNICATION EN SANTE : UNE COMPETENCE PROFESSIONNELLE A ACQUERIR.....	23
C. ENSEIGNEMENT DE LA COMMUNICATION EN SANTE.....	26
1. <i>Nécessité d'un apprentissage de la communication</i>	26
2. <i>Un apprentissage progressif et mixte</i>	27
3. <i>Une formation hétérogène, des enseignements variés</i>	27
4. <i>Des formations encore imparfaites</i>	28
5. <i>Formation à la communication à la Faculté de médecine de Rouen</i>	29
D. L'EVALUATION DE LA COMMUNICATION DES ETUDIANTS EN SANTE	31
1. <i>Une évaluation des apprentissages des étudiants à privilégier, dans une démarche formative</i>	31
2. <i>La grille d'évaluation comme outil principal d'évaluation de la communication</i>	33
3. <i>L'utilisation de l'hétéro et auto-évaluation</i>	35
E. JUSTIFICATION ET OBJECTIF DE L'ETUDE	36
F. BIBLIOGRAPHIE	38
II. ARTICLE	43
INTRODUCTION	46
METHODE.....	49
RESULTATS.....	51
1. <i>Sélection des études</i>	51
2. <i>Caractéristiques des études</i>	53
3. <i>Caractéristiques des grilles</i>	53
DISCUSSION.....	61
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE DE L'ARTICLE.....	71
III. ANNEXES	75
ANNEXE 1 : CRITERES DU CONSENSUS HPCCC UTILISES.....	75
ANNEXE 2 : VERSION FRANÇAISE DE LA GRILLE AMSTAR.....	77
ANNEXE 3 : GRILLES SELECTIONNES DANS LA REVUE	78
IV. RESUME	115

Liste des abréviations par ordre alphabétique

- CEX : Clinical Evaluation Exercice
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- DES : Diplôme d'enseignement spécialisé
- DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Science Médicale
- DUMG : département universitaire de médecine générale
- ECOS : Examen Clinique Objectifs et Structurés
- GEP ; Groupe d'Echange de Pratique
- HPCCC : Health Professions Core Communication Curriculum
- IMG : Interne de médecine générale
- MCU MG : maître de conférence des université de médecine générale
- OSLER : Objective Structured Long Examination Record
- SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé.
- SODEV : Supervision par Observation Direct avec Enregistrement Vidéo
- TCS : Test de concordance de script
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Cette étude est présentée sous la forme d'une thèse d'article à visée de publication dans le journal « pédagogie médicale ». Elle comprend une première partie contextuelle puis l'article intégral. Les recommandations aux auteurs de la revue pédagogie médicale sont les suivantes :

- Utilisation de la police Time New Roman 12 points avec simple interligne. Les locutions étrangères (latin ou anglais) sont dactylographiées en italique.
- Organisation du manuscrit selon la séquence suivante :
 - Page titre
 - Résumé en Français de 250 mots au maximum, structuré avec les rubriques suivantes : contexte, but(s), méthodes, résultats, conclusion, mots clés, résumé en anglais (abstract and key words)
 - Texte en quatre parties : introduction, matériels et méthodes, résultats et discussion. Le texte sera divisé en paragraphes, identifiés chacun par un titre permettant un survol rapide par le lecteur. Les références seront présentées et numérotées par ordre de première citation dans le texte, identifiées en chiffres arabes insérés en exposant.
 - Les tableaux et figures sont rappelés en fin d'article (1 par page). Il ne sera pas accepté plus de 4 iconographies (figures ou photographies, exclusivement en noir et blanc). Les tableaux et iconographies devront être numérotés selon leur ordre d'appel dans le texte, comporter un titre et une légende explicitant les abréviations ainsi qu'un bref commentaire, placé en bas de document.
- La longueur du texte ne doit pas dépasser 40 000 caractères, espaces compris
- Toutes les pages seront numérotées.
- Une page additionnelle peut comporter :
 - La mention que tout ou partie du travail a fait l'objet dans le cadre d'un travail académique (mémoire ou thèse) ;
 - L'approbation éventuelle du protocole de recherche par un comité d'éthique.

I. Contexte

A. Définition de la communication

La communication se définit comme l'action de communiquer, transmettre et informer. Elle comprend les notions d'échange de l'information et permet de développer une relation (1). Le contenu de ces échanges concerne le message que l'on veut faire passer. La relation concerne l'émotion que l'on fait passer avec ce message, la manière dont on doit entendre celui-ci. La relation englobe donc le contenu, le message que l'on veut faire passer et contient les manières de l'interpréter. On parle de métacommunication. Si la relation entre les deux interlocuteurs est bonne, le message peut passer sans déformation (2). Cet aspect de la relation fait appel à différents niveaux de communication : le langage verbal, paraverbal et non verbal (3). P.Watzlawick (4) définit la communication dans une dimension psycho-sociale et en propose une systématisation : il émet l'idée que « On ne peut pas ne pas communiquer ». On communique en permanence, en activité ou inactivité, parole ou silence. La communication peut être intentionnelle ou non, consciente ou inconsciente. La communication au sens large du terme inclus le langage verbal, paraverbal et non verbal. Le langage verbal comprend le sens des mots, la structure du discours. Le paraverbal, ou paralangage, comprend les aspects vocaux mais non verbaux de l'élocution : la voix, le ton, le volume, l'intonation, le timbre. Le langage non verbal peut être défini comme un partage de significations construit par tout ce qui n'est pas du langage parlé, lors d'une interlocution (5). Le langage non verbal comprend des propriétés communicatives variées allant des comportements de relations spatiales avec les autres (rapprochement, prise de distance), les mimiques, les micros-expressions, l'aspect vestimentaire ou le parfum (6,7).

B. La communication en santé : une compétence professionnelle à acquérir

Une communication professionnelle en santé efficace est essentielle à la qualité des soins. Les transformations récentes de la société et du système de santé se sont accompagnées de changements dans les interactions entre les professionnels de santé et les patients. Les professionnels de santé et les patients évoluent dans des univers différents, mais dépendants l'un de l'autre. Une bonne communication verbale et non verbale permet une relation médecin-patient optimale (8-10).

Le médecin, dans sa pratique quotidienne, utilise à la fois des compétences scientifiques et techniques, mais également des compétences personnelles, humaines et relationnelles, aboutissant à la relation médecin-patient (11). Une bonne relation médecin-patient augmente la satisfaction des patients et des médecins (12-13). Elle améliore l'observance et la santé des patients, et diminue le nombre de plaintes (14-16). De nombreux facteurs extrinsèques (stress, temps, environnement, physique) et intrinsèques (âge, sexe, groupe social) peuvent altérer l'efficacité de celle-ci (17). La communication médicale est une compétence clinique essentielle dans la formation d'un médecin (8). Depuis le siècle dernier, cette relation entre le médecin et son patient a évolué. L'évolution des pratiques médicales a entraîné une modification progressive de cette relation, passant d'une relation paternaliste où le médecin prenait l'ensemble des décisions pour le patient, à une approche centrée-patient où la discussion se fait de manière conjointe avec celui-ci. Cette dernière, théorisée dans les années 1950 par Balint (18) prend en compte l'expérience unique vécue par le patient. Le médecin n'est plus seulement amené à poser un diagnostic. Il se doit également de prendre en compte la volonté d'information du patient, son souhait de participation à la prise de décision, et y répondre de façon appropriée. L'entrevue médicale n'a été conceptualisée que plus tard, dans les années 1990, par Bird & Cohen-Cole (19). Cette approche dite « fonctionnelle » met en avant les différentes fonctions associées aux tâches cliniques et communicationnelles. Elle s'oppose à l'approche « traditionnelle » centrée sur le contenu et la structure. Elle s'est déclinée par la suite de plusieurs façons et selon différents modèles, principalement fondés sur 2 principes : l'échange d'informations, ainsi que l'établissement et le maintien d'une relation professionnelle de service et de soutien. Ces deux fonctions sont complémentaires et interdépendantes.

En médecine générale, la réforme du troisième cycle du CNGE intègre ces notions dans un nouveau modèle pédagogique d'apprentissage par compétences (figure 1). Ce modèle est centré sur l'acquisition et le développement de compétences à acquérir dans la formation des médecins généralistes. Parmi celles-ci, la communication est un axe central de la formation. La capacité « communication » est définie dans ce modèle par « la capacité à construire une relation avec tout type de patients [...] en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates » (20).

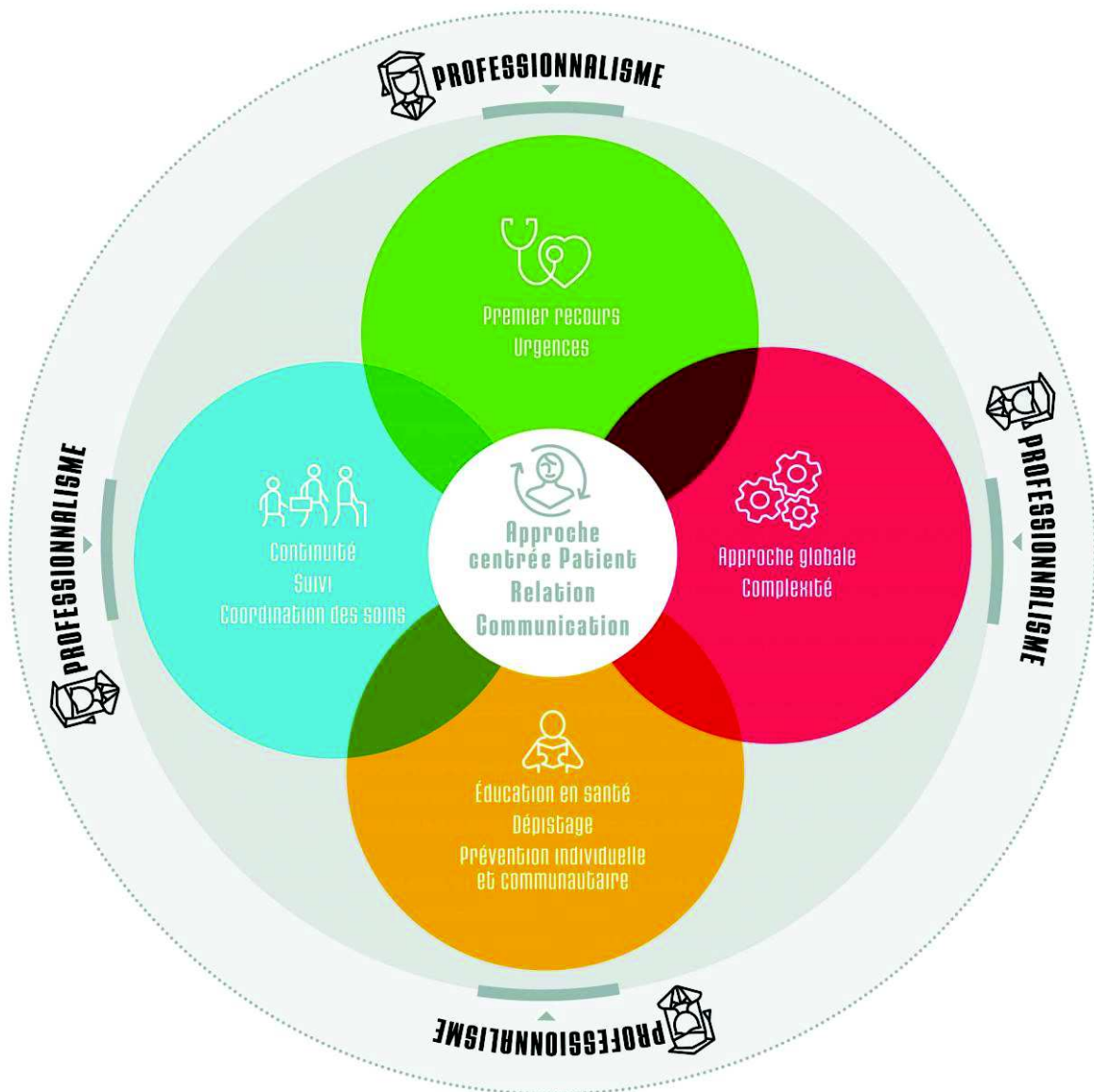


Figure 1. La marguerite des compétences du médecin généraliste.

Au fil des années, différents modèles de communication de plus en plus complexes ont été créés (21). Ils sont utiles pour les étudiants et enseignants, afin d'encadrer l'apprentissage de la communication. Chacun des modèles décrit un cadre de consultation clinique, différentes habilités communicationnelles, ainsi que des étapes clés de la rencontre clinique. Ces modèles ont été développés et modifiés pour aider l'étudiant à appréhender les processus de consultation en suivant les étapes d'un ou de plusieurs modèles, leur permettant de développer leur propre approche clinique. Ces modèles ne sont pas créés afin d'adhérer mécaniquement à une structure rigide. Leurs objectifs sont d'aider l'étudiant et l'enseignant à identifier certaines difficultés et/ou à développer certaines habilités communicationnelles. Le modèle « *Health Professions Core Communication Curriculum* » (HPCCC) a été créé en 2012 par un consensus de 121 experts européens dans l'objectif d'une uniformisation de l'enseignement des habilités relationnelles en couvrant le champ le plus large possible de la communication. Il comprend 61 objectifs d'apprentissage regroupés en trois catégories (A, B et C) : la communication avec le patient (A), la communication inter professionnelle (B) et la communication au sein de l'équipe soignante (C) (22). Ce modèle validé par consensus doit pouvoir servir de support dans l'intégration de nouveaux enseignements dans l'ensemble des professions de santé (*Annexe I*).

C. Enseignement de la communication en santé

1. Nécessité d'un apprentissage de la communication

Chaque jour, les praticiens communiquent avec des patients et leur famille ainsi qu'avec plusieurs autres intervenants. L'approche biomédicale (antécédent, mode de vie, allergie,...) est souvent privilégiée chez les étudiants en terme de communication au détriment de la relation centrée-patient, résultante d'une acquisition de compétences basées sur leurs expériences vécues avec leurs pairs (23). Les étudiants observent la communication verbale et non verbale de leurs pairs et reproduiront celle-ci, de façon intentionnelle ou non, au cours de consultations. L'expérience permet une prise de conscience de ses capacités communicationnelles et de l'importance de ces dernières dans la relation soignant-patient (24). Cependant, l'expérience seule ne permet que rarement une amélioration des compétences du soignant (25). Une thèse de 2018 réalisée sur des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées montrait que 94,2 % des étudiants avouaient avoir rencontré des difficultés relationnelles durant leur cursus (26). Ils exprimaient un besoin pédagogique et ne se sentaient pas suffisamment formés à la communication médecin-patient (26,27). Ce sont principalement des internes de 1ère année qui souhaitent une formation à la communication. Celle-ci était désirée lors du 3ème cycle du cursus universitaire (26). Pour organiser des enseignements de la communication, il est nécessaire que les enseignants soient formés afin de devenir des personnes ressources pour les étudiants et ne pas être en contradiction avec le savoir acquis à la faculté (28). Plusieurs auteurs confirment la nécessité que chaque structure d'enseignement organise des activités dédiées au renforcement des habiletés de communication des cliniciens (24,28). En France, plusieurs facultés ont évalué l'impact d'enseignement spécifique de la communication sur les performances des étudiants en médecine à partir de différentes méthodes. Il en résulte une progression rapide des habiletés communicationnelles chez l'ensemble des étudiants soumis à cet apprentissage (29-31). Par ailleurs, plus la formation est répétée, plus elle est efficace et une intervention unique ne suffit pas à permettre d'acquérir des compétences communicationnelles durables (31). Les différentes composantes de cette compétence ne sont donc pas innées et doivent faire l'objet d'un apprentissage dans la formation médicale. Cet apprentissage doit être progressif et évolutif dans le cursus de formation et doit intégrer des connaissances sur les attitudes et habiletés nécessaires pour une communication efficiente (28).

2. Un apprentissage progressif et mixte

Millette et al. (28) soulignaient en 2004 l'importance de la formation en communication et d'un cursus cohérent, longitudinal et mixte. Ils préconisaient une stratégie basée sur six éléments clefs complémentaires, efficaces pour que les étudiants appréhendent les techniques de communication avec facilité. Parmi ces éléments, on retrouve la nécessité d'une pratique répétée des habiletés communicationnelles avec une rétroaction immédiate, à l'aide d'un référentiel basé sur des données scientifiques et théoriques. Cette formation doit intégrer des activités de « découverte de soi » et l'enseignement doit être soumis à une évaluation. Enfin, les enseignants considérés comme des « modèle de rôle » doivent maîtriser les différents champs de la communication.

Aspegren (32) argumente que l'apprentissage théorique ne suffit pas dans l'enseignement des compétences communicationnelles. L'enseignement peut s'effectuer par l'intermédiaire de cours théoriques ou d'ateliers pratiques. Les cours magistraux théoriques et les exercices sur table permettent une transmission du savoir. Cependant, ils ne garantissent pas l'application de celui-ci lors de situations cliniques réelles (28). L'expérience seule ne suffit pas non plus à l'acquisition des habiletés communicationnelles (28). Un enseignement progressif mêlant cours théoriques et mises en pratique permet une meilleure intégration des outils de communication chez les internes (33).

3. Une formation hétérogène, des enseignements variés

L'apprentissage de la compétence « communication » est actuellement réalisé de différentes manières. La littérature met en évidence 3 méthodes d'enseignement à la communication :

- La méthode traditionnelle : enseignement magistral dans lequel l'enseignant a la place centrale et délivre un contenu de manière descendante.
- La méthode instructive : déroulement et réalisation d'un entretien médical montré à un étudiant, avec ou sans debriefing.
- La méthode expérimentale : réalisation d'un entretien par l'étudiant, seul, sans exemple, enregistré, puis évalué et supervisé (31).

Dans une récente revue de littérature, aucune méthode d'enseignement prise individuellement n'est plus efficace qu'une autre. C'est l'association des trois méthodes qui donne les meilleurs résultats en termes de compréhension et d'application des techniques de communication (31).

Il existe une grande hétérogénéité des types d'enseignement (34, 35). Parmi les 3 méthodes traditionnelle, instructive et instrumentale, une revue de littérature recense 12 techniques différentes d'enseignement à la communication. D'autres travaux retrouvent un nombre et des modalités d'enseignements similaires à cette revue de littérature (jeux de rôles, groupes de travail, observation de vidéos,...) (24, 28). La plupart de ces techniques utilisent des jeux de rôle à l'aide de patients simulés (34). Boulé et son équipe en 2000 (36) affirmaient que la mise en situation avec supervision au cours de l'action est la technique d'enseignement la plus efficace, notamment si elle est réalisée avant l'application à la pratique clinique. Une étude comparative randomisée de 2003 évaluait l'impact d'une formation à la communication dans plusieurs écoles américaines de médecine. L'intervention était centrée sur un enseignement expérimental durant trois ans. Deux groupes d'étudiants, l'un ayant bénéficié de l'intervention et l'autre non, étaient évalués par ECOS au début et à la fin de l'intervention. Les résultats montraient une amélioration significative des habiletés communicationnelles dans le groupe interventionnel par rapport au groupe témoin (26). Une étude française de 2017 retrouvait des résultats similaires après avoir étudié l'impact d'une formation par jeux de rôle sur les compétences de communication (37, 38). Il est prouvé que l'auto-formation seule n'est pas efficace (8).

4. Des formations encore imparfaites

La communication est l'un des 3 objectifs de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), un des 4 axes directeurs de la médecine familiale du collège des médecins de famille du Canada, et un des 7 objectifs de formation du CNGE (8,39). Malgré la création de formations en communication en France et en Europe ces dernières années, celles-ci demeurent imparfaites et améliorables (28,40). En France, en 2012, le temps alloué à la formation à la communication ne représentait que 11% de l'enseignement théorique du troisième cycle (41). En comparaison, à l'université de Laval (Québec-Canada), chaque résident bénéficiait en 2004 de 40 à 60 heures de formation spécifique à l'apprentissage de la communication médicale au cours des 2 années de formation. De plus, certains formateurs en hospitaliers et facultaires, notamment francophone, considèrent comme suffisant l'organisation de discussions sur la relation médecin-patient et ne s'impliquent pas suffisamment dans la formation à la

communication (28). Il y a en France un retard de prise de conscience sur la nécessité de formation à la communication.

5. Formation à la communication à la Faculté de médecine de Rouen

La communication en santé est enseignée aux étudiants en médecine de la faculté de Rouen tout au long de leur parcours universitaire. L'enseignement débute la deuxième année de médecine et concerne l'ensemble des étudiants. Dix-huit séances (27 heures au total) sont assurées par un professeur de communication pendant le premier cycle des études de médecine (DFGSM 2 et 3) (40). Pendant l'externat, l'enseignement à la communication est facultatif en quatrième (DFASM1) et cinquième (DFASM2) année de médecine depuis 2018. Il concerne 50 étudiants pour un volume horaire annuel d'une trentaine d'heures. La formation est entièrement réalisée sous la forme de jeux de rôles. Des scénarios préexistants sont joués par les étudiants. Le debriefing est assuré par le professeur de communication. Des médecins sont régulièrement invités pour intervenir et apporter leur expertise en complément pour le debriefing selon le thème étudié (40). Pour les étudiants ayant validé ce niveau 1 de l'enseignement de la communication, un niveau 2 est désormais proposé à 20 étudiants de DFASM2 (24h) afin qu'ils puissent approfondir et parfaire leur savoir-être, savoir-faire et savoir-dire. Pendant l'internat de médecine générale, la formation à la communication est intégrée dans plusieurs enseignements (40) :

- Les traces d'écriture rédigées par les internes autour de problématiques rencontrées pendant leurs stages, qui peuvent s'axer dans le champ de la communication.
- Les Groupes d'Échanges de Pratiques (GEP) entre internes de médecine générale. Ce sont des groupes animés par un médecin senior dans lequel les internes se réunissent pour discuter de récits cliniques vécus. Ils discutent ensemble sur différentes problématiques autour du cas, notamment de communication, et rapportent une solution au problème.
- La Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV), outil pédagogique de formation en communication et d'évaluation de la compétence

relationnelle en stage à l'aide d'une consultation filmé d'un patient réel, enregistré, puis débriefé par le maître de stage en fin de journée.

- Les Ateliers de Communication permettant un développement des habiletés relationnelles nécessaires à la prise de décision partagée. Ils sont créés autour de situations authentiques vécues par les internes, axés sur une problématique communicationnelle. Les internes effectuent des jeux de rôles où l'un prend le rôle du médecin, et un pair le rôle du patient. Cet enseignement représente trois séances de quatre heures de formation en communication par étudiant sur l'ensemble de l'internat de médecine générale (40). Les deux enseignants sont des cadres ou chefs de clinique/assistants du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Rouen.

D. L'évaluation de la communication des étudiants en santé

1. Une évaluation des apprentissages des étudiants à privilégier, dans une démarche formative

L'évaluation des compétences des étudiants est importante dans leur formation. Elle influence les apprentissages des étudiants en renforçant notamment leur motivation (42). Elle donne aux étudiants un moyen de prendre conscience de leur progression et de leurs méthodes d'apprentissage et de les corriger si nécessaire. Elle permet aux enseignants de vérifier que le contenu de l'enseignement est suffisant et adéquat. En fonction des résultats, l'enseignant vérifie la compréhension des étudiants, planifie et oriente l'enseignement tout en fournissant une rétroaction utile aux étudiants (43). Le recueil des renseignements à la suite de l'évaluation informe sur les résultats de l'apprentissage à un moment précis, permet de guider l'enseignement et de planifier de futures interventions (42). L'évaluation est un processus qui consiste à recueillir un ensemble d'informations pertinentes, valides et fiables. Elles sont comparées à des critères choisis adéquatement afin d'établir un jugement ou une prise de décision. L'évaluation recouvre des procédures extrêmement hétérogènes, notamment dans le milieu de la santé du fait de la nature et la complexité des compétences visées, et des attentes sociétales fortes à l'égard des compétences des soignants.

On différencie deux principales approches d'évaluation d'un apprentissage : l'évaluation sommative et l'évaluation formative. L'évaluation sommative a pour fonction l'attestation ou la reconnaissance des apprentissages et survient souvent au terme d'un processus d'enseignement. L'évaluation formative favorise la progression des apprentissages et renseigne l'étudiant et l'enseignant sur les acquis ou les éléments à améliorer. Elle se réalise au cours d'une formation et montre les progrès des étudiants. Elle permet aux étudiants de comprendre la nature de leurs erreurs et des difficultés rencontrées (42,44). En 1998, Black et William (45) ont montré que l'évaluation formative permet une progression des étudiants et renforce la motivation des étudiants et la confiance dans l'enseignant . Elle permet à l'enseignant d'avoir un retour sur l'état d'acquisition de ses étudiants sur l'enseignement en cours. Il peut alors ajuster ses façons d'enseigner, refaire des précisions, reformuler, et proposer une nouvelle évaluation à distance. L'évaluation agit alors comme un processus de développement

personnel. La plupart des experts considère aujourd'hui l'évaluation formative comme une composante indispensable du processus d'apprentissage et d'évaluation (31,46).

Dans son travail, Jouquan (42) propose une approche en trois phases pour l'évaluation des apprentissages :

- Le recueil d'informations relatives aux apprentissages réalisés par un étudiant pendant puis à l'issue d'une séquence de formation. Ces renseignements peuvent être des mesures (score quantitatif) effectuées à l'issue d'un test par exemple.
- L'interprétation de ces informations pour porter un jugement concernant l'apprentissage en question. L'interprétation de la mesure peut être normative (le score est comparé à celui des autres étudiants) ou critériée (le score est comparé à un critère prédéterminé, à un objectif de formation).
- La prise de décision, de nature variable, fondée sur le jugement porté. Elle aboutit à une note, qui traduit l'appréciation quantitative et/ou qualitative portée selon un barème, sur les apprentissages d'un étudiant.

L'interprétation critériée est habituellement privilégiée pour une évaluation formative permettant de déceler plus aisément les lacunes des étudiants et de participer à son cheminement individuel (42,47). L'interprétation normative sera préférée dans l'évaluation sommative en comparant les étudiants entre eux et en contribuant à des prises de décision pour l'ensemble d'un groupe.

Il est nécessaire d'utiliser un dispositif d'évaluation global favorisant les apprentissages en profondeur. La méthode d'évaluation se doit d'être fiable et validée. L'enseignant doit connaître les forces et limites de sa méthode d'évaluation. Elle doit lui permettre de se renseigner sur le niveau réel de compétences des étudiants. L'enseignant doit la répéter régulièrement et de façon variée. Cela permet d'augmenter la validité de l'évaluation et de suivre la progression des étudiants afin de corriger sa méthode d'enseignement et de préciser certains éléments non acquis. La répétition de ces évaluations permet une acquisition plus précoce des habiletés communicationnelles des étudiants (31). La méthode d'évaluation doit également prendre en compte les limites possibles à sa réalisation, comme les coûts humains, financiers, et leur acceptation par les étudiants et les enseignants. Avant un enseignement, il est indispensable que l'enseignant, mais aussi l'étudiant soient informés des objectifs et des modalités d'évaluations sommatives et formatives (42). L'évaluation formative est donc un

élément central à l'apprentissage de la communication permettant aux étudiants de prendre connaissance de leurs capacités communicationnelles et de réaliser une introspection sur celles-ci (31,46). Afin d'évaluer la communication médicale, différents outils d'évaluation existent afin de permettre la reproductibilité et l'uniformisation des évaluations et des enseignements.

2. La grille d'évaluation comme outil principal d'évaluation de la communication

La grille d'évaluation est l'un des outils les plus fréquemment utilisés pour l'évaluation dans l'enseignement de la communication (48). Elle peut évaluer les questions dont la réponse n'est pas simplement bonne ou mauvaise (49). Du fait de la complexité de la relation et des situations, elle est particulièrement adaptée lors de la réalisation de tâches complexes par l'étudiant (48). Les grilles d'évaluation renforcent la perception d'équité de jugement et de perception en utilisant des critères explicites à travers un instrument uniforme et en communiquant les attentes souhaitées à l'étudiant (49). Elles renforcent aussi la fidélité et la validité de l'évaluation. Elles sont adaptées à la pratique de la rétroaction dans les évaluations formatives et sommatives.

Celles-ci varient considérablement dans leur contenu et leur facilité d'utilisation (50). Plusieurs outils en langue anglophone et francophone existent déjà (11,31, 51-53). Certaines de ces grilles ne sont pas « scientifiquement validée », d'autres prennent du temps à être complétées ou évaluent des champs de compétence différents (54).

La présentation sous forme de grille d'évaluation se caractérise par un document subdivisé en critères et en éléments observables. La maîtrise de chacun de ces éléments est définie par une échelle, elle-même constituée d'échelons (fig.2.1) (48).

Critères	Éléments observables	Échelle			
		Échelon	Échelon	Échelon	Échelon

Fig 2.1 : Exemple de grille d'évaluation (48)

Il existe 2 types de grilles d'évaluation : les listes de vérifications et les échelles d'appréciation (48). La liste de vérification se définit comme une grille avec une échelle dichotomique (oui/non). L'évaluateur vérifie la présence ou l'absence des caractéristiques ou comportements recherchés. Elles sont faciles d'utilisation mais ne sont utilisables que si l'item à évaluer est présent (31,48). Les échelles d'appréciation sont uniformes ou descriptives. Dans les échelles uniformes, l'échelon est le même pour tous les critères. Dans l'échelle descriptive, les échelons sont décrits de façon précise à l'aide d'un énoncé. Les échelles uniformes peuvent être quantitatives. La progression est alors indiquée par des chiffres (échelle numérique), des lettres (échelle alphabétique), ou des pictogrammes. Elles semblent peu fiables et reproductibles (31,48). Les échelles uniformes peuvent également être qualitatives. L'évaluation attribue une qualité ou une appréciation aux comportements observés ou aux caractéristiques recherchées (pas du tout, un peu, ...). Elles sont plus précises mais leur interprétation reste évaluateur dépendant (48).

Élément observable	Échelle uniforme quantitative			
	Numérique	Alphabétique	Graphique	Pictographique
L'étudiant utilise à bon escient le matériel a sa disposition	1 2 3 4 5	A-B-C-D-E	- ———+ ——— +	☹️ 😐 😊

Fig 2.2 : Exemples d'échelles uniformes quantitatives (48)

Élément observable	Échelle uniforme qualitative
L'étudiant explore les motifs cachés	Systématiquement / Parfois / Jamais
L'étudiant fait attention à son langage paraverbal	Pas du tout / Assez peu / Un peu / Beaucoup

Fig 2.3 : Exemples d'échelles uniformes qualitatives (48)

Les échelles descriptives sont les grilles les plus reproductibles, car elles fournissent à la personne qui évalue une description détaillée et typique de ce qui est attendu. Elle est plus difficile à concevoir, mais permet un jugement plus uniforme entre les évaluateurs. Elle nécessite en revanche un niveau d'expertise plus avancé et un niveau de formation supérieur des évaluateurs. Les items sont plus difficiles à comprendre et nécessitent souvent une notice (31,48).

Élément observable	Échelle descriptive		
	Novice	Intermédiaire	Compétent
Concernant la prévention et la promotion à la santé, l'étudiant	Connaît des outils ou supports pertinents utilisables en contexte de prévention.	Maîtrise l'explicitation des outils / supports au patient.	Utilise de façon opportune des outils / supports adaptés à ses démarches de prévention / éducation.

Fig 2.4 : Exemple d'échelle descriptive (48)

De nombreuses grilles d'évaluation explorent et évaluent les différentes dimensions de la communication (31,42,51,55-57). Elles sont utilisées dans des contextes différents (faculté, milieu professionnel) par divers observateurs (étudiant ou médecin en auto-évaluation, patient, enseignant,...). On retrouve des différences de validité ou fiabilité et des degrés variables d'interprétabilité, de compréhension et de faisabilité (57). Certaines grilles de communication ont été élaborées à partir de modèles de communication déjà existants (Calgary Cambridge, SEGUE Framework,...) (58).

3. L'utilisation de l'hétéro et auto-évaluation

Dans le processus d'évaluation de l'étudiant, plusieurs travaux ont montré l'efficacité de l'hétéroévaluation (29,31). Associée à la supervision, elle permet une meilleure acquisition des habiletés communicationnelles de l'étudiant en santé par rapport à l'auto-évaluation seule (31). Le résultat de l'hétéroévaluation n'est pas impacté qu'elle soit réalisée par un médecin enseignant ou par un patient simulé externe (31). Quant à l'auto-évaluation seule, la reproductibilité de celle-ci montrait des résultats médiocres et les étudiants soumis à cette évaluation se sur ou sous-estimaient (59,60). Les internes de médecine générale n'étaient

majoritairement pas en faveur de l'utilisation de ce type d'évaluation seule (61). Une revue systématique de 2008 a évalué l'efficacité de l'auto-évaluation en termes d'impacts sur l'identification des besoins d'apprentissage, l'activité d'apprentissage, la performance clinique et la santé des patients (59). Les résultats ont montré qu'il n'existe aucune étude de bonne qualité méthodologique permettant de juger de l'efficacité de l'auto-évaluation sur ces critères (59). L'hétéroévaluation est un élément moteur de l'apprentissage et représente le type d'évaluation le plus efficace dans l'évaluation formative à l'heure actuelle (31). Son application se fait à l'aide d'un outil d'évaluation qui servira de support lors de la supervision.

E. Justification et objectif de l'étude

Une réflexion est menée autour de la communication en santé et de son enseignement auprès des internes de médecine générale au DUMG de la faculté de Rouen. Il est réfléchi un nouveau format d'enseignement à la communication progressif et mixte au cours des 3 années de DES, ayant pour objectif l'amélioration de la communication des internes de médecine générale. Le nouveau format s'appuie sur la littérature précédemment citée qui met en évidence qu'un enseignement est plus efficace lorsqu'il est de différents types et répété fréquemment (31). Il propose des outils d'enseignement de la communication complémentaires pour permettre une approche globale, interactive et progressive.

La Consultation Simulée avec Rétroaction (CoSiR) est un nouvel outil créé et testé en 2020, qui est en cours d'implantation dans les DES. Il comprend une phase de briefing où la mise en situation est expliquée à l'étudiant, puis une consultation simulée avec l'interne dans le rôle du médecin et un comédien dans le rôle du patient, puis une rétroaction immédiate avec le comédien et un enseignant formé en communication. Une étude qualitative a permis de mettre en évidence que la CoSiR permettait aux internes de médecine générale de prendre conscience de leurs habilités communicationnelles et de l'importance de l'apprentissage de la communication. Il fallait donc qu'elle soit mise en place en début de cursus. Il manquait au décours de cette CoSiR des outils pratiques et théoriques pour travailler les habiletés. Des ateliers thématiques sur des composantes spécifiques de la communication sont en cours d'élaboration, avec un format d'enseignement permettant d'associer des notions théoriques et une mise en pratique immédiate, avec l'aide de comédiens. La SODEV, déjà bien implantée en fin de cursus en SASPAS permet une mise en situation authentique avec le patient, au plus proche de la réalité. Ce nouvel enseignement de la communication pour les internes de

médecine générale de Rouen comprendrait donc une CoSiR en début de cursus puis plusieurs ateliers thématiques optionnels en fonction des besoins repérés et du rythme de l'étudiant, pour finir par une SODEV.

Cet enseignement longitudinal doit être de qualité, reproductible et évaluable facilement (31). Dans ce nouveau format d'enseignement et comme précédemment décrit, l'évaluation est un moteur incontournable de l'apprentissage. L'évaluation formative semble la plus adaptée car elle permet d'analyser les progrès des étudiants réalisés tout au long d'un enseignement et de réaliser des adaptations pédagogiques répondant aux besoins de l'étudiant (45,46). Ceci permet une meilleure progression des étudiants. L'enseignant a donc besoin d'avoir un outil d'évaluation formatif adapté (28). L'évaluation de l'étudiant doit rester centrée sur la compétence communicationnelle afin de ne pas complexifier l'évaluation par l'exploration d'autres champs de compétence (empathie, professionnalisme,..). Le modèle HPCCC élaboré en 2012 par consensus a été créé afin d'uniformiser l'enseignement de la communication sur le territoire européen (22). Il a pour vocation de servir de modèle pour l'élaboration de grille d'évaluation comportant l'ensemble des compétences communicationnelles. Selon ce modèle, la maîtrise par les soignants du langage non verbal est une des compétences indispensables à la bonne compréhension du contenu du message par les patients. C'est un facteur significatif dans la satisfaction des patients, dans l'observance et l'adhésion à la prise en charge (6,7). Au sein du modèle HPCCC, cette compétence est définie par l'item A9 décrit ainsi « *Sait tenir compte de la communication non-verbale des deux interlocuteurs (du patient et du soignant et sait y répondre adéquatement (p.ex: contact visuel, gestes, expression faciale, posture, etc)* » (22). L'hétéroévaluation est préférentiellement utilisée dans l'évaluation formative devant une meilleure efficacité de celle-ci dans l'acquisition des compétences communicationnelles des étudiants par rapport à l'autoévaluation seule (31,59,60). Parmi les grilles d'évaluation existantes, les échelles d'appréciation uniforme qualitative sont les plus efficaces pour évaluer la communication. Elles sont un intermédiaire entre la précision et la reproductibilité d'une part et la spécificité et la facilité de remplissage d'autre part (31,48). Ce type d'échelle semble la plus adaptée pour un évaluateur qui n'est pas formé à l'enseignement de la communication.

A l'aide de ces différents critères définis par la littérature, il apparaît nécessaire de réaliser une revue systématique de la littérature de façon à identifier une grille permettant d'évaluer de manière efficace et formative la communication des internes de médecine générale pendant leur parcours de DES. L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier les grilles

d'hétéroévaluation uniformes qualitatives permettant l'évaluation formative des compétences communicationnelles des soignants.

F. Bibliographie du contexte

1. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2010;11(4):255-72.
2. Watzlawick Paul, 1972, *Une logique de la communication*, Seuil, 280 pages.
3. Joly, Bruno. *La communication*. De Boeck Supérieur, 2009
4. Dortier, Jean-François. « Théories et Modèles », Jean-François Dortier éd., *La Communication. Des relations interpersonnelles aux réseaux sociaux*. Éditions Sciences Humaines, 2016, pp. 83-86.
5. Hennel-Brzozowska A. La communication non-verbale et paraverbale -perspective d'un psychologue-. 2008;10.
6. Bertet-rollande M, Quels sont le ressenti et les attentes des patients sur la communication non verbal de leur médecin traitant. [Thèse d'exercice en vue du diplôme d'état de docteur en médecine] Rennes janvier 2020
7. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2010 Feb;60(571):83-7
8. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. 2°. Montréal: Pearson; 2016. 828 p. (ERPI médecine).
9. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 1 janv 2002;15(1):25-38.
10. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/06-18-importance-de-la-communication-dans-la-relation-soignant-soigne/>
11. Guichard F, Philippe M. Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecine générale. 24 avr 2014;279.
12. Mikesell L. Medicinal relationships: caring conversation. *Medical Education*. 2013;47(5):443-52.
13. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43.
14. Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, Lyles CR, Heisler M, Moffet HH, et al. Communication and medication refill adherence: the Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med*. 11 févr 2013;173(3):210-8.
15. Haskard Zolnierok KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*. août 2009;47(8):826-34.

16. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, Talsky AM, Sobocinski KA, Schiedermayer DL. A Survey of Sued and Nonsued Physicians and Suing Patients. *Archives of Internal Medicine*. 1 oct 1989;149(10):2190-6.
17. Moussaoui-Bournane F, Clavel S. La communication: un des piliers de la prévention. In: Sancho-Garnier H, éditeur. *Au-delà de l'information, la prévention* [Internet]. Paris: Springer Paris; 2007 [cité 11 févr 2021]. p. 19-34. (Dépistage et cancer). Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-2-287-33281-4_3
18. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature. *Sante Publique*. 2007;Vol. 19(5):413-25.
19. Richard C, Lussier M-T. Chapitre 8, Les fonction de l'entrevue médicale. In: *La communication professionnelle en santé*. 2°. Montréal: Pearson; 2016. p. 828. (ERPI Medecine).
20. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:148-55.
21. Modi JN, Anshu, Chhatwal J, Gupta P, Singh T. Teaching and Assessing Communication Skills in Medical Undergraduate Training. *Indian Pediatr*. 2016 Jun 8;53(6):497-504.
22. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. oct 2013;93(1):18-26
23. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2003;78(8):802-9.
24. Al Odhayani A, Ratnapalan S. Enseigner l'art de la communication. *Can Fam Physician*. oct 2011;57(10):e398-400.
25. Kurtz SM. Doctor-patient communication : principes and practices. *Can. J. Neurol. Sci*. juin 2002;29 Suppl 2:S23-29.
26. Larapiedie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2122/>
27. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain J-C. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Médecine*. 1 oct 2011;7(8):381-5.
28. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2004;5(2):110-26.
29. Castillo J-M, Hardouin J-B, Planchon B, Pottier P. Développement des habiletés sémiologiques et relationnelles. Implantation d'un dispositif pédagogique recourant à des

patients standardisés pour les étudiants en troisième année à la faculté de médecine de Nantes. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2015;16(4):205-17.

30. Guigot M, Menard J-F, Weber J, Colin R. Mesure de l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à la communication orale d'étudiants en médecine de 2e année. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2002;3(1):8-13.

31. Gilles de la Londe J. Quelles sont les compétences acquises lors des enseignements à la communication pour les étudiants en santé ? *Revue systématique de la littérature, exercer 2020 ;162.pdf* - Espace de stockage Drive · Université de Rouen Normandie. [cité 11 déc 2020]

32. Aspegren K. Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach*. 1999;21(6):563-70

33. Mercier C, Arnould P, Rainieri F. Enseignement de la communication aux internes de médecine générale de la faculté de médecine, Paris Sud. *Pédagogie Médicale*. 2019;20(2):101-6.

34. Dragomir AI, Julien CA, Bacon SL, Boucher VG, Lavoie KL, Canadian Network for Health Behavior Change and Promotion (CAN-Change). Training physicians in behavioural change counseling: A systematic review. *Patient Educ Couns*. janv 2019;102(1):12-24.

35. Johnson J, Panagioti M. Interventions to Improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med*. sept 2018;93(9):1400-12.

36. Boulé R, Girard G, Clavet D, Bernier C. Stratégies d'animation de groupe sur la communication patient-médecin-famille. *Pédagogie Médicale*. 1 oct 2000;1(1):13-22.

37. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*. 3 sept 2003;290(9):1157-65.

38. Dumot P. Impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle sur la compétence communication des étudiants en médecine [thèse]. Orléans. Présentée et soutenue publiquement le 05 décembre 2017.

39. Les compétences du médecin généraliste | Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/les-competences-du-medecin-generaliste>

40. Soudais B. Enseignement de la communication en santé à l'UFR Santé de Rouen : Bilans et perspectives. DIU pédagogie science de la santé [Internet]. 2019 [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://mail.google.com/mail/u/0/?pli=1#label/Med+G%C3%A9%2FTh%C3%A8se?projector=1>

41. Hocry C. Etat des lieux de l'enseignement théorique de la Relation/Communication médecin-malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés en France en 2012-2013. Thèse de médecine. Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2014, 75p.

42. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. <http://dx.doi.org/101051/pmed:2002006>. 1 févr 2002;3.

43. Gérard, François-Marie. « L'évaluation au service de la régulation des apprentissages : enjeux, nécessités et difficultés », *Revue française de linguistique appliquée*, vol. xviii, no. 1, 2013, pp. 75-92.
44. L'évaluation formative et sommative [Internet]. Enseigner à l'Université Laval. 2015 [cité 18 juill 2021]. Disponible sur : <https://www.enseigner.ulaval.ca/ressources-pedagogiques/l-evaluation-formative-et-sommative>
45. Black P. and D. Wiliam (1998), "Assessment and Classroom Learning", *Assessment in Education: Principles, Policy and Practice*, CARFAX, Oxfordshire, Vol. 5, No. 1, pp. 7-74.
46. Lomenede M. APPORT DE LA CONSULTATION SIMULÉE AVEC RÉTROACTION (CoSiR) DANS L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION CHEZ LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE ROUEN [thèse]. Rouen. Présentée et soutenue publiquement le 01 juillet 2021.
47. Roegiers X. Chapitre 2. Un cadre de référence en matière d'évaluation des acquis des élèves. *Pedagog En Dev.* 2010;2e éd.:51-108.
48. Côté R, Tardif J, Munn J. Elaboration d'une grille d'évaluation : atelier pédagogique à l'intention des enseignants universitaires. [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <http://pedagogie.uquebec.ca/outils/elaboration-dune-grille-devaluation>
49. D'amours G., Les grilles d'évaluation, HEC Montréal [Internet] [cité le 24 Septembre 2021] . Disponible sur : <https://hecmonreal.padlet.org/daip2/evaluation>
50. Schirmer J, Mauksch L, Lang F, Marvel M, Zoppi K, Epstein R, et al. Assessing communication competence: A review of current tools. *Family medicine.* 1 avr 2005;37:184-92.
51. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* avr 1995;40(7):903-18.
52. Eveleigh RM, Muskens E, Ravesteijn H van, Dijk I van, Rijswijk E van, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *Journal of Clinical Epidemiology.* 1 janv 2012;65(1):10-5.
53. Boucher VG, Gemme C, Dragomir AI, Bacon SL, Larue F, Lavoie KL. Evaluation of Communication Skills Among Physicians: A Systematic Review of Existing Assessment Tools. *Psychosom Med.* mai 2020;82(4):440-51.
54. Côté L, Savard A, Bertrand R. Évaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. Elaboration et validation d'une grille. *Can Fam Physician.* mars 2001;47:512-8.
55. Kraan H, Crijnen A, Van der Vleuten CPM, Imbos T. Evaluation instruments for medical interviewing skills. Dans: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, rédacteurs. *The medical interview.* New York, NY: Springer-Verlag; 1995. p. 460-72.
56. Boon H, Stewart M. Patient-physician assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns* 1998;35:161-76.
57. Brouwers M, Rasenberg E, van Weel C, Laan R, van Weel-Baumgarten E. Assessing patient-centred communication in teaching: a systematic review of instruments. *Med Educ.* nov 2017;51(11):1103-17.

58. Egener B, Cole-Kelly K. Satisfying the patient, but failing the test. *Acad Med.* 2004 Jun;79(6):508-10
59. Dory V, de Foy T, Degryse J-M. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? : Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale.* 2009;10(1):41
60. Shapiro SM, Lancee WJ, Richards-Bentley CM. Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto. *BMC Med Educ.* déc 2009;9(1):11.
61. Guessoum I. Opinions d'internes en médecine générale sur l'évaluation de leur compétence de communicateur au moyen d'un guide d'auto-évaluation à la communication. 18 févr 2016;57.

II. Article

**Quelle grille utiliser pour évaluer la communication
des étudiants en santé ?**

Revue systématique de la littérature

*Which scale may be used to assess health student's
communication ?*

Systematic review of the literature

Paul Thillard¹, Victor Ferre¹, Blandine Billet¹, Lucille Pellerin¹

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

1. Département universitaire de médecine générale de Rouen

Résumé :

Contexte : La communication en santé est une compétence déterminante dans la relation médecin-patient et le soin, nécessitant un apprentissage. Un enseignement de la communication se développe au département de médecine générale de Rouen. L'évaluation formative renseigne l'étudiant et l'enseignant sur les acquis ou éléments à améliorer. La grille d'évaluation est l'outil le plus fréquemment utilisé. Le modèle HPCCC peut aider à l'élaboration de grille d'évaluation comportant l'ensemble des compétences communicationnelles. L'objectif était d'identifier les grilles d'hétéroévaluation uniformes qualitatives permettant l'évaluation formative des compétences communicationnelles des soignants.

Méthode : Une revue systématique de littérature a été réalisée selon les critères PRISMA et AMSTAR-2. PubMed, Embase, Excerpta Medica et Sudoc ont été interrogés entre 1990 et 2021. Les références ont été sélectionnées à partir de critères de sélection et triangulées. Une analyse descriptive des données des études a été réalisée. Le modèle HPCCC a permis d'explorer les grilles.

Résultats : Trente-quatre études ont été sélectionnées parmi 3989 références, identifiant 31 grilles d'évaluation. L'évaluation concernait un étudiant en santé dans 27 études (79%) et était réalisée lors d'une consultation avec un patient simulé dans 20 études (59%). Les grilles comportaient en moyenne 14,96 items (+/- 7,6). Au moins 50% des objectifs HPCCC étaient explorés dans 4 grilles (Calgary Cambridge simplifiée, KalRad, GCRS et MAAS Global). Trois grilles avaient moins de 20% de répétition d'objectifs HPCCC (gBAS, MAAS Global et grille « Boguet et Ariot »).

Conclusion : Bien qu'il n'existe pas de grille idéale pour l'évaluation de la communication, plusieurs grilles sont de qualité et peuvent être analysées selon des critères spécifiques, en s'appuyant sur un consensus tel que le modèle HPCCC. A l'aide de ces critères, 3 grilles de cette revue semblent efficaces dans l'évaluation formative de la communication des soignants : « Calgary Cambridge simplifiée », « MAAS Global » et « Boguet et Ariot ». Ces grilles évaluent le champ le plus large possible de la communication, tout en étant les moins redondantes possible dans les objectifs d'apprentissage de la communication, avec un nombre d'items cohérent. Les propriétés psychométriques, la facilité d'utilisation et la faisabilité de ces grilles restent à évaluer.

Mots-clés : relation médecin-patient ; communication ; psychométrie ; évaluation ; enseignement ; revue de la littérature

Abstract :

Context : Health communication is a determining skill in physician-patient relation and care. It needs to be learned. A communication teaching is creating in GP-Departement. Formative evaluation learning may help student and teacher to know student's amelioration axes and validated elements. The evaluation scale is the more using tool. HPCCC Model may help to create evaluation scale with all communication competencies. Finding all uniform qualitative hetero-evaluation scales evaluation formative health's communication competency was the review's objective.

Method : A systematic review was made with Prisma & AMSTAR criterions. PubMed, Embase, Exercer and Sudoc were questionning from 1990 to 2021. References were selectionnated with controled selection's criterion.

Results : Among the 3889 references, 34 studies were finally included. It was identified 31 evaluation rating scales. Evaluation treated about student in 27 studies (79%), and was make with a simulated patient in 20 studies. Evaluation scale mean's items was 14.96 items (+/- 7.6). At least 50% HPCCC's objectives were investigated in 4 scales. (Calgary Cambridge simplifiée, KalRad, GCRS and MAAS Global). Three Evaluation rating scales had less than 20% HPCCC objective's repetition. (gBAS, MAAS Global and « Boguet et Ariot » scale).

Conclusion : They are not existing absolute scale to evaluate communication. Most of scales are quality and can be assess with specific criterions, using HPCCC's model. Helping criterions, 3 rating scales in this review may effective to assess formative caregivers evaluation's communication : « Calgary Cambridge simplifiée », « MAAS Global » and « Boguet & Ariot » scale. These scales evaluating most scope from communication with lower items numbers repetability. Psychometrics and feasibility in dealy use had to be evaluated.

Keywords: Physician-patient relation ; Communication ; psychometric; évaluation ; teaching ; review

Introduction

La communication fait partie intégrante de notre quotidien. Elle se base sur des échanges verbaux et non-verbaux permettant la transmission d'un message entre deux interlocuteurs (1). En médecine, la relation médecin-patient implique autant l'utilisation pour le praticien de compétences techniques que de qualités de communication professionnelle (2). Depuis les années 1950, la relation paternaliste a laissé la place à l'approche centrée-patient, qui se base sur l'expérience vécue par le patient et met en avant l'échange d'informations (3). Une communication professionnelle de qualité améliore la satisfaction du médecin et du patient et diminue le nombre de plaintes (4-8). Les étudiants privilégient souvent l'approche biomédicale (antécédents, allergies...) à l'approche centrée patient et observent la communication verbale et non verbale de leurs pairs, qu'ils reproduiront au cours de leurs consultations (9). Or, l'expérience seule ne permet pas l'acquisition d'une communication efficace (10). Les étudiants en médecine expriment un besoin de formation à la communication devant des difficultés relationnelles ressenties avec les patients (11,12). La communication est une compétence indispensable de la formation d'un soignant qui nécessite un apprentissage (13). Les étudiants doivent bénéficier d'une formation en communication tout au long du cursus médical avec une pratique répétée des habiletés communicationnelles et une rétroaction immédiate. L'apprentissage théorique ne suffit pas dans l'enseignement des compétences communicationnelles (14). L'enseignement progressif (théorique et pratique) permet une meilleure intégration des concepts de communication (15). Plusieurs travaux ont montré une amélioration significative des compétences communicationnelles suite à des ateliers pratiques (jeux de rôle, consultation filmée,...) (11,13,16-18). L'évaluation des compétences des étudiants est importante dans leur formation. Elle influence les apprentissages des étudiants en leur permettant une prise de conscience de leur progression et en renforçant leur motivation (19). L'évaluation recouvre des procédures hétérogènes, notamment dans le milieu de la santé du fait de la nature et la complexité des compétences visées, et des attentes sociétales fortes à l'égard des compétences des soignants. Les évaluations formatives et sommatives sont les deux principales évaluations d'un apprentissage. L'évaluation sommative a pour fonction l'attestation ou la reconnaissance des apprentissages notamment au terme d'un processus d'enseignement. L'évaluation formative, considérée comme une composante continue du processus d'apprentissage et d'évaluation, permet une progression des étudiants dans un

processus de développement personnel (20,21). Elle renseigne l'étudiant et l'enseignant sur les acquis ou les éléments à améliorer afin de mettre en place une action de soutien (19). Dans le processus d'évaluation en communication, la grille d'évaluation est l'outil le plus fréquemment utilisé (22). Elle propose des critères explicites à travers un outil unique pour communiquer les attentes souhaitées à l'étudiant (23). La grille d'évaluation se subdivise en critères et en éléments observables, définis par une échelle, elle-même constituée d'échelons. Il existe 2 types de grilles d'évaluation : les listes de vérification et les échelles d'appréciation (22). La liste de vérification est une grille avec une échelle dichotomique (oui/non). Elles sont faciles d'utilisation mais utilisables que si l'item à évaluer est présent (20,22). Les échelles d'appréciation sont uniformes ou descriptives. Dans les échelles uniformes, l'échelon est le même pour tous les critères. Dans l'échelle descriptive, les échelons sont décrits de façon précise à l'aide d'un énoncé.

Une réflexion est menée autour de l'enseignement de la communication au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la faculté de Rouen, dans un objectif d'amélioration de la communication en santé des internes. Un nouveau format d'enseignement de la communication au cours du Diplôme d'enseignement de spécialité (DES) de médecine générale propose des outils d'enseignements complémentaires permettant une approche globale, interactive et progressive (CoSiR, ateliers thématiques, groupes d'échanges de pratique, SODEV). Cet enseignement doit être de qualité, reproductible et évaluable facilement (20). Dans la littérature, l'évaluation formative semble la plus adaptée car elle analyse les progrès des étudiants réalisés tout au long d'un enseignement et permet la réalisation d'adaptations pédagogiques répondant aux besoins de l'étudiant (21,24). Dans l'évaluation de la communication de l'étudiant, seule la compétence communicationnelle doit être explorée pour en permettre une analyse fine et exclusive. De nombreuses grilles d'évaluation explorent et évaluent les dimensions de la communication (19,20,25-28), avec des différences de validité, fiabilité, interprétabilité, compréhension et faisabilité (28). Le modèle HPCCC, élaboré en 2012, propose une définition des différentes composantes de la communication. Il a été créé par un consensus de 121 experts impliqués dans l'enseignement, l'évaluation des compétences en communication et/ou dans des programmes de formation, afin d'uniformiser l'enseignement de la communication sur le territoire européen (29). Il a pour but l'élaboration de grilles d'évaluation comportant l'ensemble des compétences communicationnelles. Il était intéressant d'explorer les grilles d'évaluation de la communication dans cette étude en utilisant ce modèle. Ce modèle se compose de 61 objectifs de communication répartis en 3 catégories : l'évaluation

de la communication du médecin avec le patient (A), la communication intra et interpersonnelle (B) et la communication dans des équipes de soins (C). La catégorie A comporte 34 objectifs d'apprentissage de la communication (*Annexe1*). Le langage non-verbal est un facteur significatif de satisfaction des patients, de l'observance et de l'adhésion à la prise en charge (30,31). Il représente un des objectifs définis dans le modèle HPCCC (objectif A9 : « *Sait tenir compte de la communication non-verbale des deux interlocuteurs (du patient et du soignant) et sait y répondre adéquatement (p.ex : contact visuel, gestes, expression faciale, posture, etc.)* ») (29). Parmi les types de grilles d'évaluation existantes, les échelles d'appréciation uniformes qualitatives apparaissent comme les plus efficaces pour évaluer la communication. Elles sont un intermédiaire entre la précision et la reproductibilité d'une part, et la spécificité et la facilité de remplissage d'autre part (20,22). L'hétéroévaluation est plus efficace dans l'acquisition des compétences communicationnelles des étudiants dans l'évaluation formative par rapport à l'autoévaluation seule (20,32,33). L'objectif de cette revue systématique de la littérature est d'identifier les grilles d'hétéroévaluation uniformes qualitatives permettant l'évaluation formative des compétences communicationnelles des soignants.

Méthode

Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir de mars 2021. Quatre moteurs de recherche ont été interrogés : MedLine, Embase, Sudoc et Exercer. L'ensemble des références publiées entre le 01/01/1990 et le 21/03/2021 a été étudié. Une recherche dans la littérature grise a été effectuée. Une équation de recherche a été élaborée sur la base de données MedLine : ("Physician-Patient Relations*") AND ("Communication"[Mesh] OR "communica*" OR "teach*" OR "consultation competence*") AND ("Educational Measurement"[Mesh] OR "Clinical skill*" OR "Psychometrics"[Mesh]). L'équation de recherche a été modifiée pour la base donnée Embase : ('doctor patient relationship'/exp) AND ('communication skill'/exp OR 'nonverbal communication'/exp OR 'persuasive communication'/exp OR 'verbal communication'/exp OR 'communication':ti,ab,kw OR 'teaching':ti,ab,kw OR 'consultation competence':ti,ab,kw) AND ('clinical education'/exp OR 'clinical supervision'/exp OR 'medical school'/exp OR 'physician assistant education'/exp OR 'residency education'/exp OR 'teaching round'/exp OR 'psychometry'/exp OR 'clinical skill':ti,ab,kw). Deux recherches différentes ont été effectuées et agrégées avec les mots clefs suivants sur le catalogue de bibliothèques universitaires Sudoc : « relation médecin patient communication » et « relation médecin patient évaluation ». Une recherche a également été effectuée sur le portail de la revue Exercer avec les mots clef « enseignement » et « communication ».

Les critères de sélection des articles ont été les suivants :

- L'article traite de la communication
- L'article comporte une grille disponible d'évaluation de la communication
- L'article comporte une évaluation formative de la communication
- L'évaluation est faite sur une population de soignants se formant à la communication
- L'article est publié en français ou en anglais
- La grille est en langue française ou anglaise
- La grille évalue exclusivement de la communication
- La grille évalue au moins 2 critères HPCCC dont le critère non verbal A9
- L'évaluation doit être faite par un hétéro-évaluateur
- La grille comporte une échelle d'appréciation uniforme qualitative

Les références ont été sélectionnées et triées selon plusieurs étapes, et illustrées à l'aide d'un diagramme de flux. Les sélections ont été effectuées en double aveugle par deux chercheurs. En cas de désaccord, une triangulation par un autre chercheur était réalisée. Les doublons ont été supprimés à l'issue de la première étape de regroupement des références. Les références ont été sélectionnées selon les titres puis selon les abstracts. Les études restantes ont été lues intégralement par les deux chercheurs et incluses en fonction des critères de sélection. Une analyse descriptive des études sélectionnées a été effectuée. Les données ont été collectées sur un fichier Excel. Les grilles sélectionnées ont été regroupées, décrites et analysées. La catégorie A d'objectifs HPCCC « Communication avec le patient » du modèle HPCCC a été utilisée pour mettre en évidence les différentes composantes de la communication explorées par les grilles. La revue de la littérature a été réalisée selon les critères PRISMA et la liste de contrôle AMSTAR-2 afin de garantir la qualité de la recherche (*Annexe 2*).

Résultats

1. Sélection des études

Les différentes sources ont permis d'identifier 3989 références. Deux articles ont été identifiés par la littérature grise. La lecture et suppression des doublons ont exclu 318 références. Sur les 3673 références retenues à l'étape du regroupement des sources, la lecture des titres et abstracts a exclu 3134 références. Sur les 539 références restantes, 505 ont été exclues suite à la lecture intégrale des études. Quatre études ne traitaient pas de communication. Neuf études n'incluaient pas d'évaluation. Vingt et une études n'incluaient pas d'hétéroévaluation. Cent-quarante-huit études n'avaient pas de grille. Deux études avaient une grille dans une autre langue que le français ou l'anglais. Cent vingt-cinq études avaient une grille n'évaluant pas que de la communication. Trois études avaient une grille n'évaluant qu'un seul objectif d'apprentissage HPCCC. Quatre-vingt-huit études avaient une grille n'évaluant pas d'objectif non verbal. Soixante-et-onze études avaient une grille dont l'échelle n'était pas uniforme qualitative. Quatorze études comportaient une grille dont l'objectif n'était pas formatif. Un total de 34 études a été sélectionné, comportant 31 grilles correspondant aux critères d'inclusion. Trois études ont été exclues ensuite car elle comportait une grille doublon. Lors de la phase de lecture des titres, la reproductibilité inter chercheurs calculée par le Kappa Cohen était de 0,49. La reproductibilité était de 0,50 lors de la phase de lecture des abstracts. Le diagramme de flux ci-dessous illustre ce protocole de sélection des références.

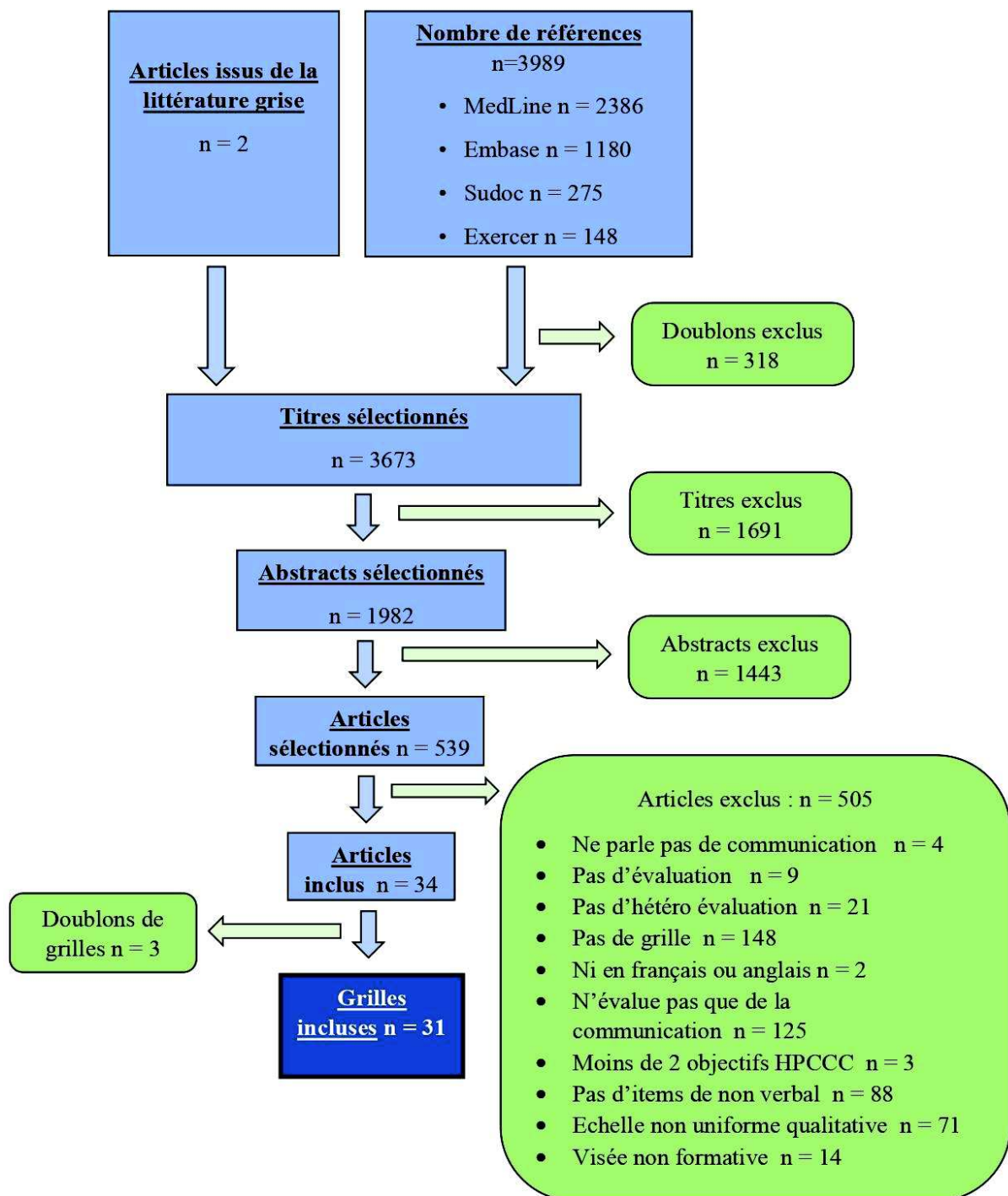


Figure 1. Diagramme de flux

2. Caractéristiques des études

Trente-quatre études qui utilisaient des grilles d'hétéroévaluation uniformes qualitatives permettant l'évaluation formative des compétences communicationnelles des soignants ont été incluses à la phase finale de sélection. Les études étaient publiées entre 2001 et 2020. Cinq études étaient écrites en langue française (15%), 29 en langue anglaise (85%). Elles étaient publiées dans une revue médicale pour 30 d'entre elles (88%). Quatre études étaient des thèses (12%). Les 34 études incluses ont permis l'analyse de 31 grilles d'évaluation de la communication. L'évaluation concernait un étudiant en santé dans 27 études (79%), un professionnel de santé en formation dans 6 études (18%), et l'ensemble des deux dans 1 étude (3%). Concernant l'évaluateur, la mesure était réalisée par un patient simulé dans 15 études (44%), par un enseignant dans 11 études (32%), par un pair dans 8 études (24%), par un des auteurs de l'étude (investigateur) dans 5 études (14%), et par le patient dans une seule étude (3%). Dans 7 études (21%), cette évaluation était conjointe par deux types d'évaluateurs différents, par exemple patient simulé et enseignant. Cet évaluateur était formé ou habitué à l'évaluation de la communication dans 12 études (35%), était novice de cette évaluation dans 16 études (47%). Le statut de formation ou non à la communication de l'évaluateur n'était pas mentionné dans 9 études (26%). L'évaluation était réalisée dans 20 études (59%) lors d'une consultation avec un patient simulé. Elle était réalisée dans 7 études (21%) lors d'une consultation avec un patient réel. Dans 7 études (21%), la grille était utilisée lors d'un ECOS (Examen clinique objectif et structuré) avec rétroaction. Les caractéristiques des études sont détaillées dans le tableau 1.

Nom étude	Premier auteur	Revue	Année	Grille	Population étudiée	Evaluateur	Formation de l'évaluateur	Dispositif d'évaluation
1. Evaluation of the physician-patient relationship competence. Development and validation of an assessment instrument]	L. Côté	Can Fam Physician	2001	NC	Professionnel + étudiant	Pair	NC	Entretien simulé filmé
2. A listening skill educational intervention for pediatric rehabilitation clinicians: A mixed-methods pilot study	G. King	Developmental rehabilitation	2015	ELICS-AR	Professionnel	Patient simulé	NC	Entretien simulé avec patients simulés
3. Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice	A. W.M. Kramer J. Burt	Med Educ	2004	MAAS global	Etudiant	Pair	NC	Consultations réelles filmées
4. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview	M. Ju	BMJ open	2014	Global consultation rating Scale (GCRS)	Professionnel	Pair	Oui	Entretien simulé médecins / patients simulés
5. Assessing interpersonal and communication skills in radiation oncology residents: a pilot standardized patient program		International journal of radiation oncology	2014	Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist-Adapted (KEECC-A)	Etudiant	Enseignant et patient simulé	Non	Entretien simulé avec patients simulés
6. Assessing medical student competency in communication in the pre-clinical phase: Objective structured video exam and SP exam	O. S. Karabilgin	Patient Education and Counseling	2012	OSVE SP Interview Form	Etudiant	Enseignant en communication	Oui	Évaluation écrite + entretien simulé
7. Assessing patient perceptions of hospitalist communication skills using the Communication Assessment Tool (CAT)	D. E. Ferranti	Journal of Hospital Medicine	2010	CAT	Professionnel	Patient	Non	Évaluation avec patients réels
8. Assessment of medical students' integrated clinical communication skills: development of a tailor-made assessment tool	M. Brouwers	BMC medical education	2019	BOOC Tool	Etudiant	Pair	NC	ECOS + rétroaction
9. Assessors for communication skills: SPs or healthcare professionals?	S. C. Liew	Medical teacher	2014	Calgary Cambridge checklist modifiée	Etudiant	Patient simulé et pair	Oui et Non	ECOS avec patients simulés + rétroaction
10. Clinical Skills and Professionalism: Assessing Orthopaedic Residents With Unannounced Standardized Patients	D. P. Taormina	Journal of surgical education	2018	NC	Etudiant	Patient simulé	Non	Entretien simulé avec patients simulés
11. Communicating wisely: teaching residents to communicate effectively with patients and caregivers about unnecessary tests	G. Minkerji	BMJ medical education	2017	NC	Etudiant	Patient simulé	Non	ECOS avec patients simulés + rétroaction
12. Communication skills in medical students - An exploratory study before and after clerkships	I. T. Gomes	Porto biomedical journal	2016	SEGUE adaptée	Etudiant	Enseignant	Oui	Entretien simulé avec patients simulés filmés.
13. Communication skills of tutors and family medicine physician residents in Primary Care clinics	F. J. V. Bolivar	Atención Primaria	2016	Connect, Identify, Understand, Agree and Assist (CICAA)	Professionnel	Investigateur	NC	Consultation filmée patients réels
14. Comparison of Resident Self-Evaluation to Standardized Patient Evaluators in a Multi-Institutional Objective Structured Clinical Examination: Objectively Measuring Residents' Communication and Counseling Skills	B. J. Diaczok	Simulation in Healthcare	2020	KEECC-A	Etudiant	Patient simulé	Non	ECOS + rétroaction
15. Construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale	C. Bognet, C. Anot	SUDOC	2015	NC	Etudiant	Enseignant	Oui	Visiogramme de consultation filmé avec patient réel
16. Development of a Standardized Kalamazoo Communication Skills Assessment Tool for Radiologists: Validation, Multisource Reliability, and Lessons Learned	S. D. Brown	AJR Am J Roentgenol	2017	KalRad	Professionnel	Pair	Non	Entretien simulé filmé avec patient simulé
17. Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation : un retour d'expérience	C. Margo	SUDOC	2019	NC (basée sur Calgary et Kalamazoo)	Etudiant	Pair	Non	Entretien simulé filmé étudiant-patient simulé
18. Evaluation of a communication skills seminar for students in a Japanese medical school: a non-randomized controlled study	K. Mukohara	BMC Medical education	2004	NC	Etudiant	Enseignant	Oui	Entretiens filmés patient simulé ECOS
19. Impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle sur la compétence communication des étudiants en médecine	P. Duunot	SUDOC	2017	Calgary Cambridge simplifiée	Etudiant	Investigateur	Oui	Jeux de rôle à différents moments d'une formation

20. Impact of focused training on communication skills of final-year medical students in a medical school in india	N. Iqbal	Australas Med J	2015	NC	Etudiant	Enseignant	Oui	Evaluation à différents temps d'un enseignement multiple.
21. Impact of student ethnicity and primary childhood language on communication skill assessment in a clinical performance examination	A. Fernandez	J Gen Intern Med	2007	PPI Common Ground Instrument	Etudiant	Patient simulé	Non	ECOS avec patients standardisés + rétroaction
22. Inconsistency of residents' communication performance in challenging consultations	J.C Wouda	Patient Educ Couns	2013	CELI instrument	Etudiant	Pair et investigateur	Oui	Jeux de rôle avec patient simulé
23. Learning to communicate using the Calgary - Cambridge framework	C. Harrison	The clinical teacher	2007	NC	Etudiant	Enseignant	Oui	Entretien étudiant-patient simulé avec supervision. ECOS en fin de formation
24. Outcome of parent-physician communication skills training for pediatric residents	C. Nikendei	Patient Education and Counseling	2011	Calgary Cambridge modifié.	Etudiant	Investigateur	NC	ECOS filmés avec scénario de pédiatrie.
25. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative sur l'hétéro-évaluation auprès d'internes	L. Dumange	SUDOC	2014	Calgary Cambridge modifiée	Etudiant	Enseignant	Non	Consultation filmée par SODEV avec patient réel
26. Simulated patient's feedback to improve communication skills of clerkship students	A.A Qureshi	BMC Medical Education	2020	The Liverpool Communication Skills Assessment Scale	Etudiant	Enseignant et patient simulé	NC	ECOS étudiant avec supervision ou non
27. Teaching and evaluating breaking bad news: a pre-post evaluation study of a teaching intervention for medical students and a comparative analysis of different measurement instruments and raters	J. Schildmann	Patient Education and Counseling	2012	Global BAS (gIBAS)	Etudiant	Patient simulé et investigateur	NC	Jeux de rôle étudiant / patient simulé
28. Teaching Medical Students the Important Connection between Communication and Clinical Reasoning	D.M Windish,	Journal of General Internal Medicine	2005	30-item interpersonal checklist rating behaviors	Etudiant	Patient simulé	Non	Jeux de rôle avec réflexion et supervision
29. The application of the Practitioners in Applied Practice Model during breaking bad news communication training for medical students: à case study	R. Dunning	Scott Med J	2015	CAT	Etudiant	Patient simulé	Non	Consultations filmées.
30. The impact of clinical visits on communication skills training	S. Turan	Patient Education and Counseling	2009	Standardized patient encounter (SPE) evaluation form.	Etudiant	Pair et enseignant	Oui et Non	Groupe discussion sur la communication + consultation filmée avec patient simulé et supervision
31. The value of SPaCE in delivering patient feedback	L. Clapham	THE CLINICAL TEACHER	2015	Simulated patient candidate evaluation (SPaCE) tool	Etudiant	Patient simulé	Non	Entretien étudiant-patient simulé avec rétroaction
32. Using the communication assessment tool in family medicine residency programs	L. Myerholtz	Fam Med	2010	CAT	Etudiant	Patient simulé	Non	Consultation patient réel
33. Verbal communication of students with high patient-physician interaction scores in a clinical performance examination assessed by standardized patients	H.R Rohl	Korean J Med Educ	2017	Patient-Physician Interaction Rating Scale (PPI)	Etudiant	Patient simulé	NC	Entretien patient simulé avec supervision et ECOS en fin de formation
34. Working experience is not a predictor of good communication: Results from a controlled trial with simulated patients	A.B Kruse	Eur J Dent Educ	2020	NC	Professionnel	Enseignant et patient simulé	Oui et Non	Entretien filmé avec patient simulé et supervision

NC : Non connu ; ECOS : Examens cliniques objectifs et structurés ; SODEV : Supervision par observation direct avec enregistrement vidéo

Tableau 1 : Caractéristiques des études

3. Caractéristiques des grilles

Trente et une grilles ont été identifiées dans les 34 études incluses. Les caractéristiques de ces grilles sont détaillées dans le tableau 2.

Grille	Nombre d'items de la grille	Nombre d'échelons différents de la grille	Nombre et proportion d'objectifs décrits dans la grille (n=34)	Type d'objectif HPCCC*	Validation de la grille	Proportion d'objectifs répétés dans la grille (en %)**
30 Items Interpersonal Checklist Rating Behaviors	15	5	13 (38%)	A1 ; A2(x3)** ; A3 ; A4 ; A5 ; A6(x2) ; A7(x4) ; A9 ; A17 ; A19(x2) ; A25 ; A26 ; A28	NR	35
BOOC Tool	30	4	9 (26%)	A1 ; A2 ; A4(x9) ; A5(x2) ; A7(x3) ; A9(x6) ; A10(x2) ; A12(x2) ; A21	Oui	66,67
Calgary Cambridge Checklist modifiée	20	4	11 (32%)	A1(x2) ; A2(x4) ; A3 ; A4(x2) ; A5(x3) ; A7(x3) ; A9 ; A10 ; A11 ; A12 ; A32	Non	47,62
Calgary Cambridge modifiée 20 items	20	3	9 (26%)	A1 ; A2 ; A3(x2) ; A4 ; A5(x3) ; A7(x6) ; A9 ; A10(x3) ; A11	Non	52,63
Calgary Cambridge modifiée 10 items	10	4	7 (21%)	A1 ; A2 ; A4 ; A5(x2) ; A7(x4) ; A9(x3) ; A11	Non	46,15
Calgary Cambridge simplifiée	16	3	21 (62%)	A1 ; A2(x4) ; A3 ; A4(x3) ; A5 ; A6(x2) ; A7(x4) ; A8 ; A9(x2) ; A10(x2) ; A12(x2) ; A15 ; A16 ; A17 ; A19 ; A20 ; A22 ; A24 ; A25 ; A26 ; A28	Non	36,36
CELI instrument	4	4	15 (44%)	A1 ; A2 ; A4 ; A6(x2) ; A7(x3) ; A8 ; A9 ; A10(x2) ; A11 ; A22 ; A25 ; A26 ; A28 ; A29 ; A30	Oui	21,05
Communication Assessment tool	14	5	14 (41%)	A1 ; A2(x4) ; A4 ; A5 ; A6 ; A7(x3) ; A9 ; A10 ; A12 ; A17 ; A19 ; A25 ; A26 ; A28	Oui	54,55
Connect, Identify, Understand, Agree and Assist (CICAA)	29	3	15 (44%)	A1 ; A2(x4) ; A4(x3) ; A5(x4) ; A6(x3) ; A7(x5) ; A8 ; A9(x2) ; A11 ; A17 ; A19 ; A25(x2) ; A26 ; A28(x2) ; A29 ; A31(x2)	NR	26,32
ELICS-AR	24	5	12 (35%)	A2 ; A3 ; A4(x2) ; A5(x6) ; A6 ; A7(x4) ; A9 ; A12(x3) ; A18 ; A22 ; A24 ; A26(x4)	NR	45,45
G Bas	5	5	5 (15%)	A2 ; A6 ; A7(x2) ; A9 ; A17	Non	16,67
Global Consultation Rating scale	12	3	17 (50%)	A1(x2) ; A2(x2) ; A3(x2) ; A4 ; A5 ; A7(x3) ; A9(x2) ; A10 ; A11 ; A17 ; A18 ; A19 ; A20(x2) ; A21 ; A25 ; A26(x2) ; A28	Oui	32
Grille « Luc Coté »	15	4	14 (41%)	A1 ; A2 ; A3 ; A4 ; A5(x5) ; A6 ; A7(x3) ; A9(x2) ; A11 ; A12 ; A18 ; A19 ; A25 ; A28	Oui	33,33
Grille « Anne Kruse »	11	3	5 (15%)	A2(x3) ; A4(x2) ; A5 ; A7(x4) ; A9	Non	58,33
Grille « Bognet et Ariot »	14	3	12 (35%)	A1 ; A2(x2) ; A3(x2) ; A4 ; A5(x2) ; A6 ; A7(x3) ; A9(x2) ; A15 ; A16 ; A24 ; A26	Non	20
Grille « Christelle Margo »	26	4	15 (44%)	A1 ; A2(x3) ; A4(x3) ; A5(x2) ; A6 ; A7(x8) ; A9(x3) ; A10 ; A11 ; A19(x2) ; A24 ; A25 ; A26(x2) ; A27 ; A28	Non	51,61

Grille « Christopher Harrison »	5	4	9 (26%)	A2(x3) ; A3 ; A4(x2) ; A5 ; A6 ; A7(x5) ; A9 ; A10 ; A11	Non	40
Grille « Nayyar Iqbal »	10	3	9 (26%)	A1 ; A2(x3) ; A4 ; A6 ; A7(x2) ; A9 ; A25 ; A26 ; A28	NR	40
Grille « Kei Mukohara »	16	4	7 (21%)	A1 ; A2(x3) ; A4(x5) ; A5(x2) ; A7(x4) ; A9 ; A11	Non	58,82
Grille « David Taomina »	12	5	10 (29%)	A1 ; A2(x2) ; A3 ; A4 ; A5 ; A6 ; A7(x2) ; A9 ; A11 ; A26	Oui	41,17
Grille « Mukerji »	19	3	7 (21%)	A1 ; A2(x2) ; A5(x4) ; A6 ; A7(x4) ; A9 ; A26	Oui	30
KalRad (variant Kalamazoo)	34	5	20 (58%)	A1 ; A2(x3) ; A4 ; A5(x3) ; A6(x2) ; A7(x8) ; A9(x2) ; A11(x3) ; A12 ; A16 ; A17(x2) ; A18 ; A20 ; A21 ; A23 ; A25 ; A26 ; A28 ; A29 ; A30	Non	44,44
KEECC-A (variant Kalamazoo)	7	5	14 (41%)	A1 ; A2(x2) ; A3 ; A4 ; A5 ; A7(x2) ; A9 ; A10 ; A11 ; A15 ; A16 ; A24 ; A26(x2) ; A29	Oui	22,22
Liverpool CSAS	12	5	8 (24%)	A1 ; A2(x4) ; A3 ; A5 ; A6 ; A7(x4) ; A9(x2) ; A11	Oui	46,67
MAAS-Global	13	7	17 (50%)	A2(x2) ; A3 ; A4(x2) ; A5(x2) ; A6 ; A7 ; A9(x2) ; A10 ; A12 ; A14 ; A17 ; A19 ; A21 ; A25 ; A26 ; A27 ; A28	Oui	19,05
OSVE SP Interview Form	13	5	6 (18%)	A1 ; A2(x2) ; A3(x2) ; A7(x4) ; A9(x3) ; A11	NR	53,85
Physician-Patient Interaction Rating Scale	5	5	10 (29%)	A1(x2) ; A2 ; A3 ; A5 ; A6 ; A7(x4) ; A9 ; A11 ; A12 ; A17	NR	28,57
PPI Common Ground Instrument	7	5	11 (32%)	A1 ; A2(x3) ; A3 ; A4 ; A5(x2) ; A7(x3) ; A9(x2) ; A11 ; A12 ; A19 ; A21	Oui	35,29
SEGUE adaptée	20	5	8 (24%)	A2(x5) ; A3(x2) ; A4(x6) ; A5 ; A7(x3) ; A9 ; A11(x2) ; A14 ;	Oui	61,90
Space tool	13	3	10 (29%)	A2(x3) ; A3 ; A4 ; A6 ; A7(x3) ; A9 ; A12(x2) ; A18 ; A25 ; A28	Non	33,33
SPE evaluation form	13	5	10 (29%)	A1 ; A2 ; A4 ; A5(x3) ; A6(x2) ; A7(x3) ; A9(x2) ; A11(x2) ; A17 ; A19	NR	41,18

*Cf annexe 1

** Nombre de répétition de l'objectif dans la grille

*** $\frac{\text{Nombre total de répétition d'un objectif d'une grille}}{\text{Nombre et proportion d'objectifs décrits dans la grille}} \times 100$

Tableau 2 : Caractéristiques des grilles

Vingt-deux grilles avaient un nom spécifique (71%), 9 grilles étaient définies par le nom du premier auteur de l'étude correspondante (29%). Sept grilles étaient des adaptations de grilles originales (23%). Les grilles comportaient en moyenne 14,96 items (+/- 7,6). Le nombre d'échelons des échelles de mesure était compris entre 3 et 7 avec une moyenne de 4,23 échelons par grille. La majorité (74%) contenait des échelles impaires : 13 grilles (42%) avaient 5 échelons, 9 grilles (29%) avaient 3 échelons, et une grille (3%) avait 7 échelons. Huit grilles (26%) comportaient 4 échelons.

Onze objectifs HPCCC étaient explorés en moyenne dans l'ensemble des grilles (32% +/-12). Quatre grilles (Calgary Cambridge Simplifiée, KalRad, Global Consultation Rating Scale et MAAS-Global) exploraient au moins 50% des objectifs HPCCC existants, soient 17 objectifs. La grille Calgary Cambridge Simplifiée explorait 62% d'objectifs HPCCC, la grille KalRad explorait 58% des objectifs et les deux dernières en exploraient 50%. Trois grilles exploraient moins de 20% des objectifs HPCCC. La répartition de ces objectifs d'apprentissage est illustrée par la figure 2.

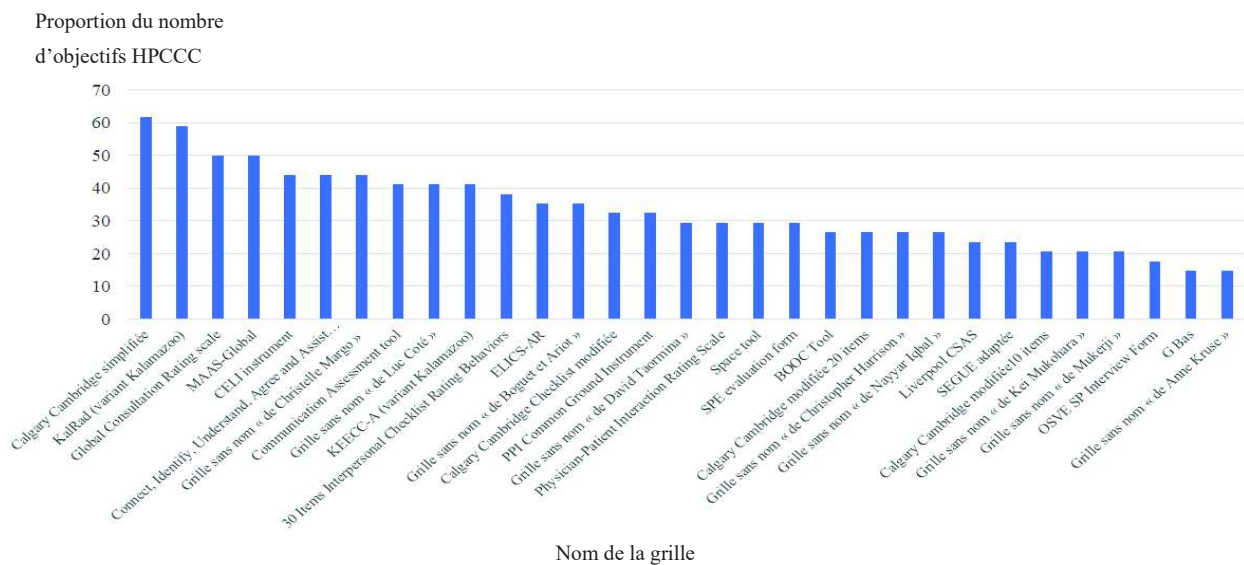


Figure 2. Proportion du nombre d'objectifs HPCCC par grille

Cinq objectifs HPCCC (A2, A4, A5, A7, A9) étaient retrouvés dans au moins 80% des grilles. Parmi eux, les objectifs A2 « Utilise des outils pour développer et entretenir une relation

empathique tout au long de l'entretien et s'assure que le patient se sente écouté et pris en compte. », A7 « Utilise l'écoute active (p.ex. le reflet, la paraphrase, le résumé, des outils verbaux ou non-verbaux, saisit les perches que tend le patient, etc). » et A9 « Sait tenir compte de la communication non-verbale des deux interlocuteurs (du patient et du soignant) et sait y répondre adéquatement (p.ex : contact visuel, gestes, expression faciale, posture, etc.) » étaient identifiées dans toutes les grilles. Moins de 10% des grilles comportaient un item évaluant l'un des objectifs A14, A23, A27, A30, A31 ou A32. Les objectifs HPCCC A13, A24, A33 et A34 n'étaient retrouvés dans aucune grille. La répartition de la proportion de grille évaluant un type d'objectif HPCCC donné est illustré dans la figure 3.

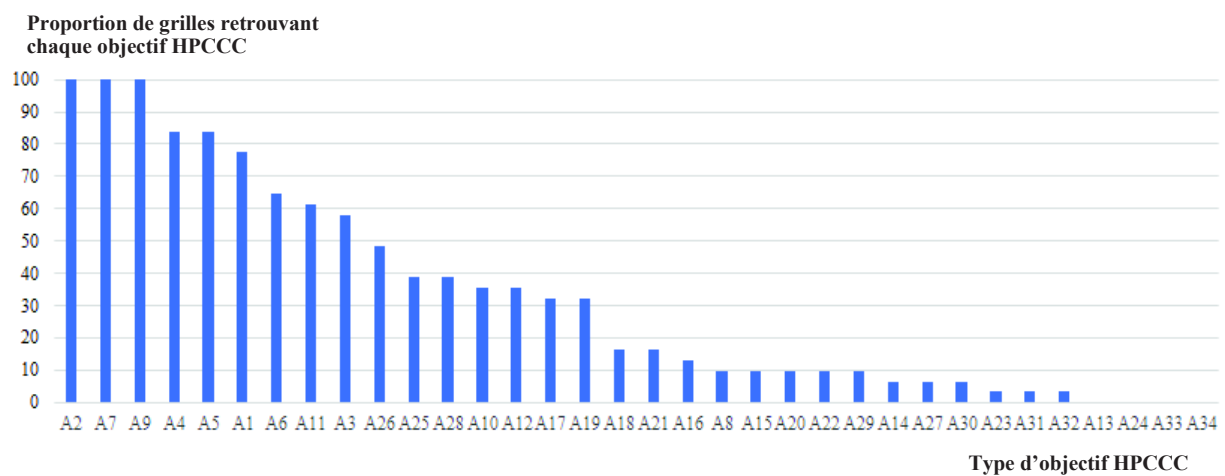


Figure 3. Proportion du type d'objectif HPCCC retrouvés dans l'ensemble des grilles.

Douze grilles (39%) étaient validées. La validation de la grille n'était pas connue pour 23% des grilles. Chaque item d'une grille pouvait explorer plusieurs objectifs d'évaluation HPCCC et un objectif HPCCC pouvait être retrouvé dans plusieurs items de la grille. Des objectifs HPCCC répétés étaient donc retrouvés dans les grilles. La proportion d'objectifs HPCCC répétée a été calculée en divisant le nombre de fois où un objectif est répété sur le nombre d'objectifs HPCCC explorés au total sur une grille. Cette moyenne sur l'ensemble des grilles est de 40% (+/-13,50). Trois grilles (la « Gbas », la « MAAS Global » et la grille « Boguet et Ariot ») avaient moins de 20% de répétition d'objectifs d'évaluation. Les grilles « SEGUE adapté » et « BOOC tool » avaient un taux de répétition d'objectifs HPCCC totaux supérieur à 60%. La figure 4 ci-dessous illustre la répartition des grilles selon ce pourcentage de répétition.

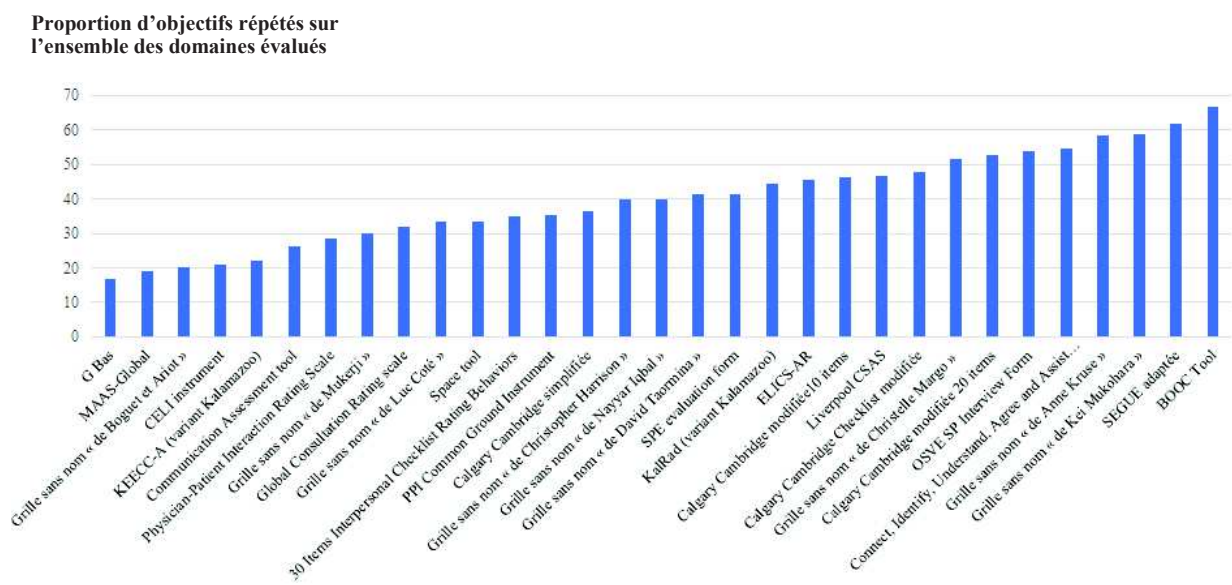


Figure 4. Pourcentage de répétition des objectifs par grille

Discussion

L'évaluation formative des enseignements de la communication nécessite une recherche de critères spécifiques et une uniformisation des grilles

Cette revue systématique de la littérature a pour objectif d'identifier les grilles d'hétéroévaluation uniformes qualitatives, dans un but d'évaluation formative des compétences communicationnelles des soignants. Elle a identifié à l'issue des étapes de sélection 31 grilles différentes présentes dans 34 études. Les recherches sur la communication en santé et son évaluation se sont accentuées ces dernières années, ce qu'illustre le nombre important des 3989 références identifiées à la première étape de sélection. La communication apparaît comme une compétence fondamentale à acquérir dans la formation d'un étudiant en santé, qui nécessite un apprentissage capable d'explorer tous les champs de la communication (29). L'enseignement de la communication en santé évolue et de nombreuses institutions, à l'image du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Rouen, tentent d'élaborer un format d'enseignement varié, progressif avec des outils complémentaires, dont des consultations simulées avec rétroaction entre un interne dans le rôle du médecin et un comédien dans le rôle du patient (CoSiR) (24). Cette revue de littérature retrouve une majorité d'enseignements réalisés avec des patients simulés (59% des études de cette revue). Cette importance est renforcée par les résultats des différentes revues systématiques de la littérature où la consultation simulée est mise en avant, en combinant rétroaction et grille d'évaluation (20,34,35). Cependant, la multiplicité des enseignements existants témoigne de la difficulté d'explorer l'ensemble des champs de la communication et de la nécessité d'associer plusieurs enseignements complémentaires pour obtenir une formation efficace (36,37). Ces enseignements nécessitent une évaluation formative afin de s'assurer de l'acquisition des habiletés communicationnelles par l'étudiant, de vérifier sa progression, et d'adapter l'enseignement à ses besoins. La grille d'évaluation est un outil particulièrement adapté à l'évaluation des tâches complexes réalisées par un étudiant en utilisant des critères explicites communiqués à l'étudiant (22,23). De nombreuses grilles d'évaluation, souvent issues de modèles de la communication, ont été élaborées depuis les années 1990 (27,34,38). Elles sont hétérogènes dans leur format et leur contenu, ainsi que dans leurs conditions d'utilisation. Un grand nombre sont des versions modifiées de grilles originales, comme le montrent les 23% des grilles modifiées de cette revue de littérature et sont les témoins de besoins d'évolution (34). Les revues de la littérature qui cherchaient à mettre en évidence une grille d'évaluation de la

communication n'ont pas permis de déterminer une grille idéale. Elles reconnaissent un manque d'uniformisation des critères de recherche et des grilles d'évaluation. Elles recommandent une meilleure rigueur méthodologique dans le développement de nouveaux outils, dans la synthèse d'outils existants, et une validation des grilles ayant des propriétés psychométriques adaptées (20,27,34). Le modèle HPCCC qui propose une uniformisation de l'évaluation de la communication paraissait intéressant pour analyser et explorer les grilles incluses dans cette revue de littérature. Les catégories B et C évaluant respectivement la communication intra et interprofessionnelle pour l'une et la communication dans les équipes de soins pour l'autre, il est normal de ne retrouver que des objectifs de la catégorie A (Communication avec le patient) dans les grilles incluses. Il a été suggéré dans la littérature que la recherche de grilles d'évaluation de la communication ne se restreigne pas aux articles publiés et aux grilles validées car il n'existe pas de « gold standard » ni de grille idéale (20). Puisque plusieurs équipes essaient d'obtenir cette uniformisation afin de trouver une grille optimisée, il était important de ne pas méconnaître de potentielles grilles pertinentes qui auraient été publiées mais n'auraient pas encore été validées. Cette revue a donc inclus toutes les grilles, qu'elles soient validées ou non, et a élargi la population à l'ensemble des soignants en formation ou susceptibles de se former à la communication afin de rendre cette recherche plus exhaustive. Une récente revue de littérature rapportait une inclusion trop restrictive aux médecins et étudiants. Ils ne pouvaient pas généraliser leurs résultats aux autres professionnels de santé (34).

Plusieurs critères permettent l'élaboration d'une bonne grille d'évaluation formative de la communication

Dans cette revue, le nombre moyen d'items par grille était de 14.96 (+/-7.6). Le nombre d'items dans une grille d'évaluation est important car un trop grand nombre d'items peut faire évaluer des éléments accessoires au détriment de l'objectif principal d'évaluation, et allonger le temps d'évaluation (22). Les items de ces grilles doivent être indépendants, chaque item n'évaluant qu'un seul objectif d'apprentissage précis. Il n'a pas été trouvé de recommandation du nombre d'items minimal ou maximal. Certains auteurs évoquent le seuil de 10 items par grille. Il n'existe pas de recommandations pour déterminer le nombre d'items d'une grille (22,39). Dans cette revue, 7 grilles possédaient 10 items ou moins : les grilles « Calgary Cambridge modifiée », « CELI Instrument », « gBAS », « Christopher Harrison », « Grille Nayar Iqbal »,

« KEECC-A », « Physician-Patient Interaction Rating Scale » et « PPI Common Ground Instrument ».

La majorité des grilles (74%) contenaient des échelles avec un nombre d'échelons impair : 13 grilles (42%) avaient 5 échelons. Les échelles paires avaient toutes 4 échelons. Il n'y a pas de consensus retrouvé dans la littérature sur le nombre d'échelons que doit posséder l'échelle d'une grille d'évaluation. Souvent, il suffit de trois échelons pour constituer une échelle d'utilisation facile et efficace (22,40). En règle générale, plus le nombre d'échelons augmente, plus il est difficile pour l'évaluateur de porter un jugement (40).

Ces nombres d'items et d'échelons sont variables selon les grilles et ne constituent pas à eux seuls des critères suffisants de grille d'évaluation efficiente. Chaque grille doit évaluer un champ d'évaluation large de la communication, qui peut être analysé par les objectifs du consensus HPCCC. Dans cette revue de littérature, 3 objectifs HPCCC étaient retrouvés dans toutes les grilles : l'objectif A9, A7 et A2. L'objectif A9 « *Sait tenir compte de la communication non-verbale des deux interlocuteurs (du patient et du soignant et sait y répondre adéquatement (p.ex : contact visuel, gestes, expression faciale, posture, etc.)* » explore la composante non verbale de la communication, qui est un critère d'inclusion de cette revue, car essentiel à la relation médecin-patient. Une bonne communication non verbale améliore la santé des patients, la satisfaction du patient et du médecin, l'adhésion au traitement, et diminue les plaintes (30,31). L'objectif A7 « *Utilise l'écoute active (p.ex. le reflet, la paraphrase, le résumé, des outils verbaux ou non-verbaux, saisit les perches que tend le patient, etc)* » explore l'écoute active et a été retrouvé dans toutes les grilles. L'écoute active est un aspect fondamental de la relation médecin-patient permettant de mieux comprendre les pensées du patient, d'accéder à son expérience et à la représentation qu'il se fait de sa santé. La communication non verbale est la composante majoritaire de la transmission d'un message verbal et fait partie intégrante de l'écoute active (41). L'écoute active est donc un objectif indissociable et attendu dans une grille de communication de qualité, comprenant la communication non verbale. L'objectif A2 « *Utilise des outils pour développer et entretenir une relation empathique tout au long de l'entretien et s'assure que le patient se sente écouté et pris en compte* » traite de la relation empathique du médecin avec son patient. L'empathie, définie comme la capacité à se mettre à la place d'autrui et à percevoir ce qu'il ressent, contribue à l'alliance thérapeutique dans la relation médecin-patient en augmentant la satisfaction de ce dernier et sa compliance dans la prise en charge proposée (42,43). C'est un objectif important

pour les auteurs du consensus HPCCC, puisqu'il fait partie des objectifs faisant l'unanimité. Quatre objectifs n'ont pas du tout été retrouvés dans les grilles de la revue de littérature : les objectifs A13 (*Utilise des stratégies adéquates pour résoudre des conflits (par ex. feedback sur la perception, les souhaits ou l'impact)*), A24 (*Vérifie quelle implication le patient souhaite dans la responsabilité des choix et les décisions à prendre*), A33, (*Parle ouvertement au patient de l'incertitude et formule des manières pour la gérer*) et A34 (*Explique au patient quelle information est nécessaire pour minimiser l'incertitude dans le processus de prise de décision*). Cette absence pourrait s'expliquer par des attentes différentes entre un professionnel expérimenté dans le domaine de la communication et celles d'un professionnel plus novice dans ce domaine. Un travail de thèse explorant les attentes des médecins généralistes sur la relation médecin patient ne retrouvait pas non plus ces 4 objectifs (2). Un travail similaire réalisé auprès de patients n'a retrouvé que l'item A13 parmi les 4 sus-cités (44). Certains objectifs d'apprentissage HPCCC semblent donc importants à évaluer pour les experts du consensus mais ne semblent pas attendus par les médecins et les patients. Il serait intéressant de recueillir l'avis des enseignants et des étudiants concernant leurs attentes de la communication afin de comparer les résultats avec ceux des experts du consensus HPCCC, les médecins généralistes, et les patients. Les objectifs d'apprentissage HPCCC A13, A24, A33 et A34, les moins retrouvés dans cette revue de littérature, semblent être des objectifs spécifiques à certaines situations précises. Cela pourrait montrer que certains objectifs d'enseignements ne semblent pas pouvoir être évalués dans toutes les situations de communication (45).

Les grilles Calgary Cambridge Simplifiée, KalRad, Global Consultation Rating Scale et MAAS-Global exploraient le plus grand nombre d'objectifs HPCCC, avec au moins 50% des 34 objectifs de la catégorie A du consensus HPCCC explorés. Ces grilles semblaient donc être celles qui évaluaient le plus d'habiletés communicationnelles différentes (29). Cette revue de littérature a quantifié le nombre d'objectifs HPCCC évalués plusieurs fois dans une même grille. Ce nombre d'objectifs répétés plusieurs fois peut entraîner une perte d'efficacité d'une grille par un temps de remplissage plus long sans gagner en couverture d'objectifs d'apprentissage. Un objectif évalué plusieurs fois peut aussi avoir un impact plus important que les autres items sur l'évaluation globale (22). Il est également prouvé que les items trop généraux recouvrant plusieurs objectifs différents n'évaluent pas de façon reproductible les étudiants (46). Trois grilles (« gBAS », « MAAS Global » et la grille « Boguet et Ariot ») avaient moins de 20% de répétition d'objectifs d'évaluation et semblent les grilles les plus appropriées pour éviter les redondances d'évaluation.

Dans cette revue, 16 évaluateurs (47%) étaient non formés à l'évaluation de la communication. Parmi ces évaluateurs non formés, 75 % étaient des patients réels ou simulés. Devant des évaluateurs non formés à la communication, il faut que la grille soit simple, compréhensible et attractive (34). Cependant, le fait de ne pas être formé à l'utilisation d'une grille ne semble pas problématique puisqu'il est démontré que les étudiants sont aussi bien évalués par des patients simulés ou des enseignants que des spécialistes en communication (20).

Enfin, l'outil de mesure doit pouvoir s'utiliser dans des conditions réelles d'enseignement. La facilité d'utilisation, ainsi que la faisabilité et le temps de remplissage de l'outil par les enseignants sont être des critères importants (22,34). La facilité d'utilisation est la capacité d'un individu à utiliser un outil conformément à son utilisation prévue. Elle peut s'évaluer par un ensemble de critères ergonomiques normés ISO (46) Ces informations n'ont pas pu être trouvées pour les grilles des études incluses. La faisabilité de ces études, correspond à la durée totale de l'évaluation ainsi qu'aux ressources et moyens disposés pour la mise en œuvre du dispositif d'évaluation (47). Elle n'a pas été retrouvée dans ces études. De plus, il serait intéressant d'évaluer les propriétés psychométriques de ces grilles. Cela correspond à la qualité de la mesure par la précision (reproduction, sensibilité, spécificité, fidélité), et la validité de la grille. (48)

Il n'existe pas de grille idéale, mais 6 grilles rassemblent des critères identifiés comme efficaces dans l'évaluation formative de la communication

La grille de Calgary Cambridge simplifiée possède 17 items répartis dans 6 catégories : Débuter l'entrevue (3 items), Recueillir l'information (3 items), Expliquer et planifier (4 items), Construire la relation (3 items), Structurer l'entretien (2 items), Terminer l'entrevue (2 items) (18). Cette grille a été utilisée pour une évaluation des étudiants lors d'un enseignement par un évaluateur externe formé en communication et entraîné pour l'utilisation de cette grille. Il n'est pas précisé la provenance de cette grille. Elle n'a été retrouvée qu'une seule fois dans cette étude, mais a également été utilisée dans un travail de thèse non inclus selon les critères de sélection (47). Cette grille est issue du modèle Calgary Cambridge, qui est reconnu comme le référentiel international en termes de techniques de communication et est utilisé dans de nombreux enseignements. Cette version simplifiée est déjà utilisée par de nombreux DUMG français (50-52). Son trop grand nombre d'items (64 items) incite à utiliser des grilles modifiées plus courtes comme cette grille simplifiée (52,53). Celle-ci évalue un grand nombre (62%)

d'objectifs d'apprentissage du consensus HPCCC. Les objectifs sont assez redondants car répétés à 36%. Ces différents arguments posent l'hypothèse d'un temps de remplissage de cette grille long. Ce temps de remplissage n'a pas été retrouvé dans la littérature (50). La littérature n'a pas permis de savoir si cette grille a été validée.

La grille « KalRad » a été créée par ronde Delphi à partir d'une grille déjà modifiée, issue du consensus de Kalamazoo qui a introduit les éléments essentiels de la communication (54). Elle comporte 34 items répartis dans 9 catégories : *Capacité à établir un rapport* (4 items), *Capacité à commencer la discussion* (3 items), *Capacité à obtenir et rechercher des informations complémentaires* (4 items), *Capacité à comprendre les attentes du patient et de sa famille* (2 items), *Capacité à partager l'information* (4 items), *Capacité à parvenir à un accord* (4 items), *Capacité à communiquer des informations précises* (4 items), *Capacité à éprouver de l'empathie* (4 items), *Capacité à terminer l'entrevue* (5 items). Cette grille n'a pas été validée par les auteurs. Elle est intéressante par son nombre élevé d'objectifs HPCCC différents (41%), mais son nombre important de 34 items et la répétition de 44% de ses objectifs d'apprentissage allonge probablement son temps de remplissage. Ce temps n'a pas été retrouvé dans la littérature.

La grille « Global Consultation Rating Scale » a été créée à partir du Guide de Calgary Cambridge (55). Elle est évaluée par une échelle à 3 échelons (Bon, adéquat, non fait/faible, plus un échelon « non applicable »). Elle est divisée en 9 catégories, elles-mêmes subdivisées en 37 sous-items au total. Douze « scores intermédiaires » sont répartis au sein des 9 catégories suivantes : *Initier l'entrevue* (4 items) ; *Recueil d'informations* (11 items) ; *Construire la relation* (4 items) ; *Structurer* (2 items) ; *Fournir la bonne quantité/type d'informations au patient* (3 items) ; *Aide au rappel et à la compréhension* (3 items) ; *Planifier : faire la décision partagée* (3 items) ; *Parvenir à une compréhension commune : intégrer le point de vue du patient* (3 items) ; *Clôturer l'entretien* (4 items). La présence ou non de ces items dans l'entrevue médicale permettait de réaliser l'évaluation du « score intermédiaire ». Malgré les 9 catégories évaluées en apparence, la grille décrit en réalité 37 items, ce qui peut allonger le temps d'utilisation de la grille mais permettait d'intégrer plus d'objectifs d'évaluation (50% des objectifs HPCCC). Elle présente une proportion de répétition des objectifs de 32% ce qui est inférieur à la moyenne de 40% de l'ensemble des grilles. L'association entre des catégories, des scores intermédiaires évalués et des sous-items nombreux rend la structure de cette grille complexe et pourrait être difficile à appréhender par un évaluateur non expert (34). La

formation de l'évaluateur d'un enseignement est donc à prendre en compte lors du choix de cette grille.

La grille « MAAS Global » a été élaborée et validée par J.V Thiel et al (56) et comporte 17 items, répartis-en 3 catégories. Le nombre d'items utilisés peut cependant varier d'un auteur à l'autre (57). L'étude incluse dans cette revue n'a sélectionné que les 2 premières catégories de la grille initiale, soit les 13 premiers items puis deux items ont été combinés pour obtenir une grille à 11 items. Elle se compose de 7 échelons d'évaluation : absent, mauvais, insuffisant, incertain, suffisant, bon, excellent. Cette grille est intéressante car elle évalue un champ de communication parmi le plus large des grilles (50%), avec des objectifs peu redondants (19%). Dans cet article, des étudiants s'évaluaient mutuellement par des consultations enregistrées. Un guide d'utilisation de cette grille était publié par l'auteur et les étudiants étaient entraînés à ce type d'évaluation, ce qui laissait supposer qu'une formation était nécessaire pour l'évaluateur (57).

La grille « gBAS » a été créée pour l'évaluation de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Elle comporte 5 items. C'est une version courte de la « mBAS » à 22 items, elle-même tirée de la « Breaking Bad News Assesment » (BAS) (56). Elle a une faible proportion d'objectifs répétés (15%) mais n'évalue que 5 objectifs d'apprentissage du consensus HPCCC, soit 15% de l'ensemble des objectifs. Cette grille très spécifique, centrée sur la communication en contexte de mauvaise nouvelle, ne paraît pas adaptée pour l'évaluation globale de la communication.

La grille « Boguet et Ariot » a été construite par régression successive de 39 items d'attentes de la relation médecin patient auprès de médecins généralistes en focus-groupe. Dans un deuxième temps, 3 rondes Delphi ont été réalisées par des experts en communication afin de réduire le nombre d'items à 14, ce qui est proche de la moyenne des items des grilles de la revue (2,53). Elle présente néanmoins 35% des objectifs d'apprentissage du consensus HPCCC, avec 5 objectifs répétés 2 fois (20 %). Les items de cette grille ont été réfléchis par des médecins généralistes puis par des experts en communication, ce qui en fait une grille intéressante, notamment pour des évaluateurs non experts en communication. Le travail de validation de cette grille était initialement prévu, mais n'a pas abouti à ce jour (53,59).

Six grilles ont été analysées dans cette discussion. La grille « gBas » évalue un faible nombre d'objectifs HPCCC et est centrée sur une seule problématique, l'évaluation de la communication de la mauvaise nouvelle. La grille « KalRad » a un nombre élevé d'objectifs

HPCCC différents (41%), mais n'est pas validée, comporte un grand nombre d'items (34 items), et une répétition importante d'objectifs d'apprentissages HPCCC (44%), ce qui peut augmenter le temps de remplissage de la grille.

La grille « Global Consultation Rating Scale » identifie 50% des objectifs HPCCC mais comporte un grand nombre d'items en incluant les sous-items (37 sous-items). Sa présentation est complexe. La grille Calgary Cambridge Simplifiée comporte un nombre cohérent de 17 items avec une proportion d'objectifs HPCCC intéressante (62%) mais a aussi une répétition de ces objectifs conséquente (36%), ce qui peut impacter le temps de remplissage de la grille d'évaluation. Elle reste très utilisée au sein des DUMG français, ce qui en fait une grille intéressante. La grille MAAS-Global a peu d'items (11 items) et est un bon compromis entre une proportion d'objectifs HPCCC élevée (50%) et un faible taux de répétition (19%), ce qui en fait une grille intéressante. Elle peut être plus difficile à appréhender pour des évaluateurs novices avec une nécessité de formation à l'utilisation de celle-ci. La grille de « Boguet et Ariot » retrouve une proportion d'objectifs HPCCC plus faible que la « MAAS-Global » (35%) avec une proportion de répétition similaire (20%), et un nombre d'items proche (14 items). Elle a pour avantage d'avoir été élaborée avec l'aide de médecins généralistes afin de rendre les items de la grille les plus compréhensibles possible en vue d'une utilisation dans la pratique courante. En revanche, contrairement à la « MAAS-Global », la validité de la grille « de Boguet et Ariot » n'a pas encore été établie. Cela pourrait être l'objectif de futurs travaux.

Trois grilles dans cette revue semblent donc efficaces dans l'évaluation formative de la communication des soignants : la grille « Calgary Cambridge simplifiée », la « MAAS Global » et la grille « de Boguet et Ariot ». Ces grilles évaluent le champ le plus large possible de la communication, tout en étant les moins redondantes possible dans les objectifs d'apprentissage de la communication, avec un nombre d'items cohérent. Leurs propriétés psychométriques, leur faisabilité (durée totale de l'évaluation, ressources et moyens disposés pour la mise en œuvre du dispositif d'évaluation), et la facilité d'utilisation restent encore à évaluer pour argumenter d'avantage le choix des grilles d'analyse sélectionnées.

Forces et limites :

Seuls 4 moteurs de recherche ont été interrogés, de par les ressources humaines et matérielles à disposition. Les études écrites dans des langues non française ou anglaise ont été exclues, pouvant restreindre les résultats de la recherche et entraîner un biais de sélection. La précision des critères d'inclusion (sélection d'un item non verbal, l'échelle uniforme qualitative, le but formatif, la communication exclusive) a sélectionné un faible nombre de grilles mais permettait un ciblage des grilles jugées pertinentes. Certaines études n'ont pas pu être récupérées dans leur version intégrale. La reproductibilité des auteurs sur les phases de sélection était moyenne et peut être expliquée par le manque de formation des deux chercheurs. Une amélioration a cependant été notée au fur et à mesure des inclusions et une triangulation a permis d'augmenter la validité interne de l'étude. Cela a tout de même pu créer un biais d'interprétation. Malgré ces différentes limites, cette étude est un travail original car il n'a pas été trouvé de revue de littérature dont l'objectif était d'identifier les grilles existantes pour une évaluation formative de la communication des soignants, incluant des grilles non validées. Des référentiels de qualité de revue de littérature (Prisma, et Amstar) ont été utilisés.

Conclusion

Cette étude est à notre connaissance la seule revue de littérature à avoir identifié des grilles d'hétéroévaluation de la communication en santé à visée formative à l'aide d'une échelle qualitative. Il existe une grande hétérogénéité de grilles d'évaluation de la communication dans la littérature mais aucune n'est idéale. Des critères spécifiques ont été explorés pour permettre leur analyse, en s'appuyant sur un consensus tel que le HPCCC. A l'aide de ces critères, 3 grilles de cette revue semblent efficaces dans l'évaluation formative de la communication des soignants : la grille « Calgary Cambridge simplifiée », la « MAAS Global » et la grille « de Boguet et Ariot ». Ces grilles évaluent le champ le plus large possible de la communication, tout en étant les moins redondantes possible dans les objectifs d'apprentissage de la communication, avec un nombre d'items cohérent. Même si ces grilles sont intéressantes pour l'évaluation des soignants en formation, leurs propriétés psychométriques, faisabilité d'utilisation et faisabilité sur le terrain restent encore à évaluer.

Bibliographie de l'article

1. Joly, Bruno. La communication. De Boeck Supérieur, 2009
2. Guichard F, Philippe M. Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecin générale. 24 avr 2014;279.
3. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Sante Publique. 2007;Vol. 19(5):413-25.
4. Mikesell L. Medicinal relationships: caring conversation. Medical Education. 2013;47(5):443-52.
5. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. Ochsner J. 2010;10(1):38-43.
6. Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, Lyles CR, Heisler M, Moffet HH, et al. Communication and medication refill adherence: the Diabetes Study of Northern California. JAMA Intern Med. 11 févr 2013;173(3):210-8.
7. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. Med Care. août 2009;47(8):826-34.
8. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, Talsky AM, Sobocinski KA, Schiedermayer DL. A Survey of Sued and Nonsued Physicians and Suing Patients. Archives of Internal Medicine. 1 oct 1989;149(10):2190-6.
9. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med J Assoc Am Med Coll. août 2003;78(8):802-9.
10. Kurtz SM. Doctor-patient communication : principles and practices. Can. J. Neurol. Sci. juin 2002;29 Suppl 2:S23-29.
11. Larapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2122/>
12. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain J-C. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. Médecine. 1 oct 2011;7(8):381-5.
13. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. 1 mai 2004;5(2):110-26.
14. Aspegren K. Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. Med Teach. 1999;21(6):563-70
15. Mercier C, Arnould P, Rainieri F. Enseignement de la communication aux internes de médecine générale de la faculté de médecine, Paris Sud. Pédagogie Médicale. 2019;20(2):101-6.
16. Al Odhayani A, Ratnapalan S. Enseigner l'art de la communication. Can Fam Physician. oct 2011;57(10):e398-400.

17. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*. 3 sept 2003;290(9):1157-65.
18. Dumot P. Impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle sur la compétence communication des étudiants en médecine [thèse]. Orléans. Présentée et soutenue publiquement le 05 décembre 2017.
19. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. <http://dx.doi.org/101051/pmed:2002006>. 1 févr 2002;3.
20. Gilles de la Londe J. Quelles sont les compétences acquises lors des enseignements à la communication pour les étudiants en santé ? Revue systématique de la littérature, exercer 2020 ;162.pdf - Espace de stockage Drive · Université de Rouen Normandie. [cité 11 déc 2020]
21. Black P. and D. Wiliam (1998), "Assessment and Classroom Learning", *Assessment in Education: Principles, Policy and Practice*, CARFAX, Oxfordshire, Vol. 5, No. 1, pp. 7-74.
22. Côté R, Tardif J, Munn J. Elaboration d'une grille d'évaluation : atelier pédagogique à l'intention des enseignants universitaires. [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <http://pedagogie.quebec.ca/outils/elaboration-dune-grille-devaluation>
23. D'amours G., Les grilles d'évaluation, HEC Montréal [Internet] [cité le 24 Septembre 2021] . Disponible sur : <https://hecmontreal.padlet.org/daip2/evaluation>
24. Lomenede M. APPORT DE LA CONSULTATION SIMULÉE AVEC RÉTROACTION (CoSiR) DANS L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION CHEZ LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE ROUEN [thèse]. Rouen. Présentée et soutenue publiquement le 01 juillet 2021.
25. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. avr 1995;40(7):903-18.
26. Kraan H, Crijnen A, Van der Vleuten CPM, Imbos T. Evaluation instruments for medical interviewing skills. Dans: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, rédacteurs. *The medical interview*. New York, NY: Springer-Verlag; 1995. p. 460-72.
27. Boon H, Stewart M. Patient-physician assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns* 1998;35:161-76.
28. Brouwers M, Rasenberg E, van Weel C, Laan R, van Weel-Baumgarten E. Assessing patient-centred communication in teaching: a systematic review of instruments. *Med Educ*. nov 2017;51(11):1103-17.
29. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. oct 2013;93(1):18-26
30. Bertet-rollande M, Quels sont le ressenti et les attentes des patients sur la communication non verbal de leur médecin traitant. [Thèse d'exercice en vue du diplôme d'état de docteur en médecin] Rennes janvier 2020
31. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2010 Feb;60(571):83-7
32. Dory V, de Foy T, Degryse J-M. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? : Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale*. 2009;10(1):41

33. Shapiro SM, Lancee WJ, Richards-Bentley CM. Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto. *BMC Med Educ.* déc 2009;9(1):11.
34. Boucher VG, Gemme C, Dragomir AI, Bacon SL, Larue F, Lavoie KL. Evaluation of Communication Skills Among Physicians: A Systematic Review of Existing Assessment Tools. *Psychosom Med.* mai 2020;82(4):440-51.
35. Estelle Nogues - Enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine. Revue systématique de la littérature. - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/62168>
36. Dragomir AI, Julien CA, Bacon SL, Boucher VG, Lavoie KL, Canadian Network for Health Behavior Change and Promotion (CAN-Change). Training physicians in behavioural change counseling: A systematic review. *Patient Educ Couns.* janv 2019;102(1):12-24.
37. Johnson J, Panagioti M. Interventions to Improve the Breaking of Bad or Difficult News by Physicians, Medical Students, and Interns/Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med.* sept 2018;93(9):1400-12.
38. Schirmer J, Mauksch L, Lang F, Marvel M, Zoppi K, Epstein R, et al. Assessing communication competence: A review of current tools. *Family medicine.* 1 avr 2005;37:184-92.
39. Step 3: Identify the Criteria (Authentic Assessment Toolbox) [Internet]. [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: <http://jfmuellet.faculty.noctrl.edu/toolbox/howstep3.html>
40. Dominguez, Maitre & Pouille, Comment réaliser pas à pas une grille d'évaluation critériée ? [Internet] [cité le 06 Octobre 2021] Disponible sur : https://unil.ch/cse/files/live/sites/cse/files/shared/Evaluation/creation_grille_evaluation_criteriee
41. Olivier Roustant, L'écoute active [Internet] [cité le 03 Octobre 2021] Disponible sur : https://www.acreunion.fr/fileadmin/ANNEXES/missiontutorat/livretboiteaoutils_FO_E_coute_Active.pdf
42. Halpern J. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med.* août 2003;18(8):670-4.
43. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* sept 2004;27(3):237-51.
44. Maud Napol, Sarah Kuhn. Critères de qualité selon les patients, de la communication médecin-patient en médecine générale. *Médecine humaine et pathologie.* 2018. ffdumas-01849019
45. Kramer AWM, Düsmann H, Tan LHC, Jansen JJM, Grol RPTM, van der Vleuten CPM. Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice. *Med Educ.* févr 2004;38(2):158-67.
46. Bach, C., Brangier, E., Scapin, D.L., (2005). Comment s'assurer de la facilité d'utilisation d'une nouvelle technologie ? In LévyLeboyer, C, Louche, C., & Rolland, J-P (Eds)., *Management des organisations*, Paris : Éditions d'organisation. 413-428.
47. Council of Europe. Cadre européen commun de référence pour les langues : Apprendre, enseigner, évaluer. Strasbourg janvier 2001 Les Éditions Didier, Paris 2001 ISBN 227805075-3

48. Le Corff Y, Yergeau E. Psychométrie à l'Udes. [Internet]. Scherbrooke [cité 07 oct 2021]. Disponible sur : <http://psychometrie.espaceweb.usherbrooke.ca/>
49. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores: Reliability of objective structured clinical examination scores. *Med Educ*. 2011 Dec;45(12):1181–9
50. Gurtner G, Milazzo M. Evaluation des compétences en communication d'étudiants en médecine inscrits en médecine au diplôme de formation approfondie en sciences médicales : pertinence de critères verbaux et non verbaux [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2017 [cité 7 oct 2021]. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932152>
51. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1996;30:83–9.
52. Cumer-Marques S. Etat des lieux de la formation à la relation médecin-patient en France en 2018-2019 dans le DES de médecine générale [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 7 oct 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2894/>
53. Boguet C, Ariot C. Construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale. 12 juin 2015;96.
54. Rider EA. Interpersonal and Communication Skills. In: Rider EA, Nawotniak RH. *A Practical Guide to Teaching and Assessing the ACGME Core Competencies*, 2nd edition. Marblehead, MA: HCPro, Inc., 2010, pp 1-137
55. Burt J, Abel G, Elmore N, Campbell J, Roland M, Benson J, et al. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. *BMJ Open*. 6 mars 2014;4(3):e004339.
56. Thiel J, Ram P, Dalen J. *Maas-Global Manual 2000*. 1 janv 2000
57. Essers G, van Dulmen S, van Es J, van Weel C, van der Vleuten C, Kramer A. Context factors in consultations of general practitioner trainees and their impact on communication assessment in the authentic setting. *Patient Educ Couns*. déc 2013;93(3):567-72.
58. Miller S J, Hope T, Talbot D C. The development of a structured rating schedule (theBAS) to assess skills in breaking bad news. *Brit J Cancer* 1999;80:792–800)
59. Lucas J. Évaluation d'une grille métrologique dans l'hétéroévaluation de la compétence relationnelle médecin-patient chez les étudiants en médecine générale à Nantes. 2019. 1 vol. (31 f.).

III. Annexes

Annexe 1 : critères du consensus HPCCC utilisés

A. Communication with patient:	
Core communication objectives	
> The student...	
A1	Adapts own communication to the level of understanding and language of the patient, avoiding jargon.
A2	Use techniques to build up and maintain rapport and an empathic relationship and ensures that the patient feels attended and listened to
A3	Relates to the patient respectfully including ensuring confidentiality, privacy and autonomy and recognizes the patient as a partner in shaping a relationship.
A4	Elicits and explores the content of the patient's bio-psycho-social history (e.g., Gathers relevant information, ensures understanding, relays information understandably, verbalizes emotional content).
A5	Encourages the patient to express own ideas, concerns, expectations, and feelings and accepts legitimacy of patient's views and feelings.
A6	Gives information to the patient (Oral, written, electronic and over the phone) in a timely, comprehensive and meaningful manner.
A7	Uses techniques of active listening (e.g., reflection, picking up patient's cues, paraphrasing, summarizing, verbal and nonverbal techniques)
A8	Recognizes difficult situations and communication challenges (e.g., crying, strong emotional feelings, interruptions, aggression, anger, anxiety, embarrassing or sensitive issues, cognitive impairment, delivering bad news) and deals with them sensitively and constructively.
A9	Shows awareness of the nonverbal communication of both the patient and the healthcare professional (e.g., eye contact, gestures, facial expressions, posture) and respond to them appropriately.
A10	Shapes a conversation from beginning to end with regard to structure (e.g., introduction, initiating the conversation, gathering and giving information, planning, closing interview, setting up next meeting; time management)
A11	Use different types of questions (e.g., open, closes and focused) According to the situation.
More detailed specific objectives, depending on context and situation:	
> Shaping of relationship: The student involves the patient in the interaction to establish a therapeutic relationship using a patient-centered approach.	
A12	Identifies patient expectations with respect to the role of the health care professional
A13	Use adequate strategies to solve conflicts (e.g., feedback on perception, impact, wishes)
> Patient's perspective and health belief: The student orients own communication in line with the actual needs and concerns of the patient	
A14	Elicits the needs and culpabilities of the patient (e.g., information, autonomy, truth and responsibility) and adapts the plan/intervention to patient's resources and strengths.

A15	Considers somatic, mental, social, gender, cultural, ethical and spiritual element in the care and assessment of the patient and perceives divergences between own values and norms and the patient's
A16	Respond to the patient's health belief and theories of illness and contrasts and integrates these into own theories of illness as a health care professional
> Information: the student effectively collects and communicates relevant information for reasoning and decision-making	
A17	Find out how much information the patient requires and gives the appropriate amount of information
A18	Provides information in a patient-centered way and shares it with the patient's consent (e.g., colleagues, family and others)
A19	Elicits and synthesizes information for patient care
A20	Inquiries about the patient's level of knowledge about the illness
A21	Considers different elements of a patient history (history of illness, history of health care professional-patient relationship, history of the patient)
A22	Knows about the importance of supplementing verbal information with diagrams, models, written information and instructions and applies the information appropriately
A23	Seek out and synthesizes relevant information from other sources (e.g., patient's family, caregivers and other professionals), if necessary and available
> Reasoning and decision making: The student considers the extent to which individuals are involved and responsible in the reasoning and decision-making process	
A24	Ascertain how much involvement and responsibility the patient is willing and able to take for decision-making
A25	Discusses with the patient the likely advantages, disadvantages and expected outcomes
A26	Encourage active participation by the patient in decision-making and explains choices or rights to the patient in a patient-centered manner.
A27	Clarifies own role in a decision-making process
A28	Discusses with the patient the spectrum of possible consequences of a decision and explains to the patient the likely consequences of not choosing diagnostic and therapeutic measures
A29	Inquiries about the relevant psychological and social resources the patient has available for making a decision
A30	Offers the patient the option to include other people in the decision-making process and clarifies with the patient how and when a decision must be made.
A31	Discusses decision with colleagues, patient and their relatives as appropriate and regularly reassesses own decision and revises them if necessary
A32	Identifies own opinion clearly to the patient if asked
> Uncertainty: The student respects uncertainty as an integral part of reasoning and decision making	
A33	Talks openly to the patient about uncertainty and formulates ways of dealing with it
A34	Explains to the patient which information is needed to minimize uncertainty in the decision-making process

Annexe 2 : Version française de la grille AMSTAR

	A-t-on fourni un protocole <i>a priori</i> du travail ?
1	La recherche à l'étude et les critères d'inclusion doivent être établis avant l'exécution de la revue systématique. Existe-t-il un protocole publié de l'étude, l'approbation par un comité d'éthique ou des objectifs prédéterminés ?
	La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites en double ?
2	Il doit y avoir au moins deux extracteurs de données indépendants et un mécanisme pour arriver à un consensus dans les cas de divergences.
	A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ?
3	La recherche doit porter sur au moins deux sources électroniques. Le rapport doit inclure les années et les bases de données utilisées (ex. : Central, EMBASE et MEDLINE). Les auteurs doivent fournir les mots clés et/ou les termes utilisés pour la recherche et au mieux la stratégie de recherche. Toutes les recherches doivent être complétées par une consultation de revues, de manuels, de registres spécialisés ou de spécialistes du domaine et par une revue des références contenues dans les études.
	Est-ce que la nature d'une publication (ex. : littérature grise) a servi de critère d'inclusion ?
4	Les auteurs doivent déclarer avoir recherché des rapports d'études sans égard au type de publication. Ils doivent aussi dire s'ils ont exclu des rapports à cause de la nature de la publication, de sa langue, etc. Il doit y avoir une recherche explicite de la littérature « grise », comme par exemple la base OpenGrey.
	Les auteurs ont-ils fourni la liste des études incluses et des études exclues ?
5	Les auteurs doivent fournir la liste des études incluses et des études exclues. Un lien électronique vers ces listes est acceptable.
	Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ?
6	Présentées sous une forme condensée comme un tableau, les données de l'étude originale doivent inclure les participants, les interventions et les résultats. L'étude doit rendre compte des différentes caractéristiques de toutes les études analysées (ex. : âge, sexe, données socioéconomiques pertinentes, état de la maladie, durée, sévérité ou autres maladies).
	La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été analysée et documentée ?
7	Le choix des types d'études éligibles doit être précisé et justifié (par exemple les essais contrôlés randomisés, les essais en double insu, les essais comparatifs avec placebo, d'autres types d'études). La qualité de chaque étude a-t-elle été analysée ? (score de Jadad, risque de biais..).
	La qualité des études incluses a-t-elle été prise en compte de façon appropriée dans la formulation des conclusions ?
8	Les résultats concernant la qualité scientifique des études incluses doivent être pris en compte dans l'analyse et les conclusions de la revue, et doivent être mentionnés explicitement dans la formulation des recommandations. Par exemple « les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de la faible qualité des études prises en compte ».
	Les méthodes d'analyse des résultats étaient-elles appropriées ?
9	Lorsqu'on regroupe des résultats, on doit d'abord vérifier si les études sont combinables en appliquant un test d'homogénéité (p. ex., le test I ²). S'il existe de l'hétérogénéité, on devrait utiliser un modèle d'analyse des effets aléatoires et/ou considérer la pertinence de regrouper les résultats des études (est-il approprié de les regrouper ?). Les auteurs doivent expliquer la raison de leur mode de présentation des résultats.
	A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ?
10	L'analyse d'un biais de publication doit comprendre une représentation graphique (p. ex., graphique en entonnoir) et/ou des analyses statistiques (p. ex. : le test de régression de Egger).
	A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ?
11	Les sources potentielles de soutien doivent être clairement présentées, pour les auteurs de la revue systématique et pour chacune des études incluses dans la revue.

Annexe 3 : Grilles sélectionnés dans la revue

30 items interpersonnal checklist rating behaviors

Appendix 1. Sample Questions Contained in the Communication Skills Observation Guide Used During Student Role-play Encounters*

Initiating the session

1. Does the physician greet the patient?
2. Does the physician's opening question encourage the patient express all of their concerns?

Gathering information

1. Does the physician encourage the patient to tell his/her story in own words?
2. Does the physician use leading questions? Do they occur as a "string of questions"?
3. Does the physician use medical jargon?
4. Does the physician use summary statements to check understanding of patient's story?
5. Does the physician explore the patient's social history?

Building the relationship

1. How does the physician show empathy?
2. What behaviors does the physician display that suggest he/she is listening to the patient?
3. How does the physician explore verbal and non-verbal cues?
4. How does the physician handle sensitive and potentially embarrassing information?

* Adapted from The Calgary Cambridge Guide to the Medical Interview. Kurtz SM et al (1998).
Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press (Oxford).

Median and interquartile range (IQR) for ratings of proficiency: 0=no exposure, 1=familiar with concept, 2=can perform skill somewhat, 3=can perform skill well, and 4=can teach to other students

Booc Tool

Table 3 Final version of the BOCC-tool

	Good	Mod-Rate	Poor	Not Shown
Problem clarification				
Reason for visit				
Cognition (attribution, expectations)				
Emotion				
Behaviour				
Social				
Specific history				
Introduction him/herself				
Somatic information				
Main problem				
Time start				
Evolution in time				
Other symptoms				
Influence problem				
Circumstances that worsen problem				
Circumstances that alleviate problem				
Effort to relieve problem				
Communication skills				
Follows patient (open-ended questions, exploration, affirmation)				
Dealing with emotions: reflection, paraphrases, uses silence				
Directs patient (closed-ended questions, multiple choice questions)				
Tests own ideas (closed-ended questions, multiple choice questions)				
Asks concretizing questions				
Responds adequate: non-suggestive, rhetoric, multiple, yes-buts, medical jargon				
Integration skills				
Gives summary at end				
Integrates problem clarification with specific history				
Finishes system review main problem				
Treatment patient		MODERATE		POOR
Judgement on treatment patient				
ONLY FILL OUT WHEN TREATMENT NEEDS ATTENTION				
External presentation conform behavioural code				
Facial expression				
Paraverbal features*				
Spatial proximity/distance, touch				
Looks at patient				
Body position				
Body movement and gestures				
Final Grade (1-10)				

*tone of voice, intonation, speed of speaking, pauses

Calgary Cambridge modifiée

Appendix 1. Modified Calgary-Cambridge guide.

Student number

Initiating the session

1. Greet patient
2. Introduce and clarify role
3. Demonstrate interest and respect
4. Encourage patient to tell story in own words

Gathering information- *Exploration of problem*

1. Listen attentively
2. Use open and closed questions appropriately
3. Use easily understood questions
4. Understand sequences of events
5. Facilitates response
6. Picking up cues
7. Appropriate use of language
8. Time framing

Gathering information-*Understanding patient's perspectives*

1. Determine and acknowledge patient's ideas
2. Explore concern
3. Elicit expectations

Building relationship

1. Emphasise with and support patient
2. Demonstrate appropriate non-verbal behaviour
3. Share thinking when appropriate

Closing interview

1. Encourage patient to discuss any additional points
2. Close interview by summarising briefly

TOTAL

3 = Good; 2 = Satisfactory; 1 = Attempted but not adequate; 0 = Not attempted.

Calgary Cambridge modifiée 20 items

Domain	Single domain items	IG/CG	Mean	SD	p
Domain I "exploration of problems"	-Encourages patient to tell story -Appropriately moves from open to closed questions -Listens attentively	IG	2.58	±0.17	<.081
	-Facilitates patient's responses verbally & non-verbally -Uses easily understood questions and comments -Clarifies patient's statements -Establishes dates	CG	2.51	±0.12	
Domain II "understanding parents' perspective"	-Determines and acknowledges patient's ideas re cause -Explores patient's concerns re problem	IG	2.25	±0.17	<.254
	-Encourages expression of emotions -Picks up verbal and non-verbal cues	CG	2.17	±0.20	
Domain III "providing structure to consultation"	-Summarizes at end of a specific line of enquiry -Progresses using transitional statements	IG	2.36	±0.20	<.627
	-Structures logical sequence -Attends to timing	CG	2.40	±0.18	
Domain IV "building the relationship"	-Demonstrates appropriate verbal behavior -If reads, writes doesn't interfere with dialogue	IG	2.80	±0.12	<.024
	-Is not judgmental -Empathises with and supports patient -Appears confident	CG	2.72	±0.08	

Raters were thus required to judge a total of 20 items on a Likert-scale ranging from 1 to 3 (1 = insufficient, 2 = indifferent, 3 = satisfying). The domains 'initiating the session' (opening dialogue) and 'closing the session' (closing dialogue) were excluded from assessment, since the OSCE stations were mainly created with the aim of addressing specific details of historytaking and counseling.

Calgary modifiée 10 items

Annexe 7 : Extrait de la grille de Calgary-Cambridge, pour les ECA-MSU

I- DEBUTER L'ENTREVUE

C- Identifier la (les) raisons de consultation

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a écouté attentivement les énoncés de départ du patient sans l'interrompre ou orienter sa réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II- RECUEILLIR L'INFORMATION

A- Exploration des problèmes du patient

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé la technique des questions ouvertes et fermées (en commençant par des questions ouvertes puis fermées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'interne a facilité non verbalement les réponses du patient (hochement de tête, froncement de sourcils, petit sourire...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III - STRUCTURER L'ENTREVUE

A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a fait un résumé, à la fin de chaque sujet exploré, pour en confirmer la compréhension avant de procéder à la prochaine étape	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV-CONSTRUIRE LA RELATION MEDECIN-MALADE

A-Utiliser un comportement non-verbal approprié

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé des indices vocaux adaptés (débit, volume et tonalité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé un contact visuel adapté (il regarde vers le patient pendant l'écoute et les explications, s'il utilise des notes ou l'ordinateur il le fait d'une façon qui n'interfère pas avec la relation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B- Développer une relation chaleureuse et harmonieuse

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé l'empathie verbale (il a reconnu les points de vue et les émotions du patient et il lui a montré qu'il les avait compris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'interne a utilisé l'empathie non verbale (buste penché dans l'axe du dialogue, expressions faciales adaptées aux émotions exprimées par le patient, posture en miroir (adopter une attitude similaire à celle du patient),...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V-EXPLIQUER ET PLANIFIER

B- Aider le patient à retenir et comprendre les informations

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, et évité le jargon médical ou du moins il l'a expliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C- Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a relevé les indices non verbaux (il a détecté que le patient voulait prendre la parole pour donner une information ou poser des questions, il a relevé les signes de surcharge d'information chez le patient, il a été attentif aux indices d'inconfort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calgary Cambridge simplifiée

2. Échelle Calgary-Cambridge simplifiée

Notation 0 à 2 : 0 non fait, 1 fait de manière incomplète, 2 complètement fait.

I – Débuter l’entrevue (3 items)	/6
A – Préparer l’entrevue	/2
B – Établir le 1er contact (accueil)	/2
Saluer le patient, obtenir son nom, se présenter, préciser son rôle, la nature de l’entrevue, obtenir le consentement du patient si nécessaire, montrer du respect et de l’intérêt au patient, veiller à son confort.	
C – Identifier la/les raison/s de consultation	/2
II – Recueillir l’information : explorer les problèmes du patient pour découvrir... (3 items)	/6
A – La perspective biomédicale	/2
B – La perspective du patient	/2
C – Les informations de base et le contexte	/2
III – Expliquer et planifier (4 items)	/8
A – Fournir la quantité et le type adéquat d’informations	/2
Fournir l’information par portions gérables à des moments appropriés, évaluer ses connaissances et ses besoins en information.	
B – Aider le patient à comprendre et retenir les informations	/2
Organiser les explications logiquement, utiliser la répétition et les résumés, utiliser un langage adapté, des aides visuelles, vérifier la compréhension.	
C – Intégrer la perspective du patient	/2
Relier ses explications aux opinions du patient, fournir au patient des opportunités pour participer, relever les indices verbaux et non-verbaux, faire exprimer au patient ses croyances et émotions.	
D – Prendre les décisions de manière partagée	/2
Partager ses réflexions cliniques, impliquer le patient après s’être assuré du degré d’implication qu’il souhaite, explorer les différentes options d’action, discuter d’un plan mutuellement acceptable, vérifier l’accord du patient.	

IV – Construire la relation (3 items)	/6
<p>A – Utiliser un comportement non-verbal approprié</p> <p>Afficher un comportement non verbal approprié (posture, contact visuel, expression faciale, indices vocaux tels que débit, volume, tonalité), faire en sorte que la lecture ou la prise de note ou l'utilisation de l'ordinateur n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation, afficher une confiance appropriée.</p>	/2
<p>B – Développer une relation chaleureuse et harmonieuse</p> <p>Accueillir sans juger les idées et émotions du patient, utiliser l'empathie (reconnaître ouvertement les points de vue et émotions du patient) ; exprimer son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider, reconnaître les efforts du patient, travailler en partenariat ; agir avec délicatesse lors des discussions de sujets embarrassants, durant l'examen physique, en cas de douleur physique...</p>	/2
<p>C – Associer le patient à la démarche clinique</p> <p>Partager ses réflexions cliniques avec le patient, expliquer les raisons des questions et des parties de l'examen clinique, expliquer le déroulement de l'examen physique, et demander la permission.</p>	/2
V – Structurer l'entretien (2 items)	/4
<p>A – Rendre explicite l'organisation de l'entretien</p> <p>Faire un résumé à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, annoncer verbalement les transitions.</p>	/2
<p>B – Prêter attention au déroulement de l'entretien</p> <p>Structurer l'entretien selon une séquence logique, être attentif au temps disponible, maintenir l'entretien ciblée sur les tâches à accomplir.</p>	/2
VI – Terminer l'entretien (2 items)	/4
<p>A – Planifier les prochaines étapes.</p>	/2
<p>B – Préparer la fin de l'entretien</p> <p>Résumer la session, vérifier l'accord du patient.</p>	/2
TOTAL	/34

CELI Instrument

Appendix A. Summary of patient education skills

C - Control and rapport

- invitational start of the consultation
- summary of the foregoing (resume)
- agreement upon the goal and subjects of the consultation
- guiding the course of the conversation, keeping the prescribed conversational structure
- control of patient's attention to the conversation
- control of attention and participation when more than one interlocutor is present
- extensive summary when changing to a new subject or closing the consultation
- general verbal and nonverbal presentation of genuineness, empathy, care and competence
- announcing and explaining activities, such as physical examination or writing
- reinforcement of patient behaviour which benefits the conversation and relationship
- social conversation in order to show interest in the patient and put the patient at ease
- a clear and friendly completion of the consultation

L - Active listening

- verbal and nonverbal attending behaviour, minimal encourages to talk
- use of silence
- paraphrasing
- reflection of feelings and opinions
- asking correct open and closed questions to elicit facts, feelings and opinions
- acquiring relevant information
- concretizing
- shading and confronting
- summarizing the patient's story

E - Explaining

- true in contents, realistic
- use of clear and comprehensible language (choice of words, short sentences)
- concise and structured with an introduction, paragraphs and short summaries
- interactive with pauses for reaction, dosed, guided by response - emotional or other
- fitting in to the frame of reference of the patient
- convincing, vivid with appealing examples, referring to patients' experiences
- repetition and support with visual aids
- comprehension checks

I - Influencing (= instruction, advice, counselling, shared decision-making, support)

- offering suggestions (and no orders), leaving room for contemplation
- useful and acceptable phrasing of instructions and advice
- reinforcement of patient problem-solving behaviour
- realistic presentation of advice, possibilities, promises and limitations
- taking into account the 'bad news' nature of some information and advice
- counselling, assisting with difficult decisions
- constructive negotiation
- rephrasing a problem into a shared problem
- promoting the mutual acknowledgement of feelings and opinions
- phasing the decision process, offering time for contemplation
- making clear agreements and contingency plans
- checks of approval of suggestions, instructions, advice, decisions and agreements
- offering educational material (leaflets, internet) and/or useful contact addresses
- offering personal support or professional help after the consultation

The performance of a skill is assessed on a four-point scale: -2 = bad, -1 = inadequate, +1 = adequate, +2 = good.

Communication Assessment tool

Communication Assessment Tool Item	Percent Excellent Scores
1. Greeted me in a way that made me feel comfortable	54.9
2. Treated me with respect	66.3
3. Showed interest in my ideas about my health	58.2
4. Understood my main health concerns	57.4
5. Paid attention to me (looked at me, listened carefully)	64.1
6. Let me talk without interruptions	66.3
7. Gave me as much information as I wanted	56.0
8. Talked in terms I could understand	64.2
9. Checked to be sure I understood everything	57.1
10. Encouraged me to ask questions	53.2
11. Involved me in decisions as much as I wanted	52.9
12. Discussed next steps including any follow-up plans	58.2
13. Showed care and concern	63.8
14. Spent the right amount of time with me	57.0

5-point scale (1 = poor, 2 = fair, 3 = good, 4 = very good, 5 = excellent).

Connect, Identify, Understand, Agree and Assist (CICAA)

<i>Task 1</i>			
1. To what extent did the professional adequately welcome the patient?	90.3	88.4	92.1
2. To what extent did the professional use the computer or logbook without it affecting the level of communication?	89.9	93.7	86.5
3. To what extent was the professional polite and friendly during the interview?	99.5	99.5	99.6
4. To what extent did the professional make an appropriate use of non-verbal language?	89.0	83.0	94.3
5. To what extent was the professional empathetic towards the patient when possible?	57.5	63.2	52.3
6. To what extent did the professional adequately bring the interview to a close?	90.0	88.9	91.1
<i>Task 2</i>			
7. To what extent was the professional adequately responsive?	95.6	94.7	96.5
8. To what extent did the professional facilitate dialogue with the patient?	98.9	98.5	99.1
9. To what extent did the professional establish and maintain visual eye contact during the interview?	86.4	86.4	86.5
10. To what extent did the professional understand and respond to the patient's questions?	94.7	95.7	93.9
11. To what extent did the professional ask open questions?	27.1	32.4	22.3
12. To what extent did the professional explore the personal ideas of the patient surrounding the origins and or the causes of their symptoms?	82.1	82.8	81.5
13. To what extent did the professional explore the emotions and feelings that the symptoms or process had caused in the patient?	35.4	39.1	32.0
14. To what extent did the professional explore how the symptoms or process had affected the patient in their everyday, social, family or working life?	77.4	79.1	75.8
15. To what extent did the professional explore the patient's expectations of the consultation?	95.2	97.1	93.4
16. To what extent did the professional explore the state of mind of the patient?	22.3	28.2	17.0
17. To what extent did the professional explore possible stressful life events that may have occurred to the patient?	22.9	24.2	21.8
18. To what extent did the professional explore the patient's social or family situation?	34.0	39.6	28.9
19. To what extent did the professional explore risks factors or carry out preventative actions that were not related to the specific consultation?	57.6	60.9	54.6
20. To what extent did the professional summarise the information gathered from the patient?	11.7	11.1	12.2
<i>Tasks 3 and 4</i>			
21. To what extent did the professional attempt to explain the main symptom or process of the patient's complaint?	83.4	87.4	79.7
22. To what extent did the professional attempt to explain the stage that would follow after the process?	81.4	85.4	77.8
23. To what extent did the professional offer personalised information that was adapted to the problems and needs of the patient?	87.9	90.2	85.9
24. To what extent did the professional present information clearly?	85.6	87.7	83.7
25. To what extent did the professional give the patient an opportunity and encourage them to participate in the decision-making process during the consultation?	55.1	57.8	52.6

	Total (%)	Preceptors (%)	Resident Physicians (%)
26. To what extent did the professional allow the patient to express his or her doubts?	100	100	100
27. If there was at any point a disagreement between the patient and the professional, to what extent did the professional come to a compromise? (entering into a discussion and taking the patient's opinions into consideration).	50.0	50.0	50.0
28. To what extent did the professional ensure that the patient had understood the information given?	80.1	79.1	81.1
29. To what extent did the professional reach a compromise with the patient regarding how to proceed with the treatment?	70.5	72.8	68.3

* Sufficient achievement of tasks is considered to be at 1 or 2 points in the item.
† p < 0.05; Chi-square.

0 points (unability to carry out The scheduled tasks), 1 point (ability to carry out the scheduled tasks sufficiently) and 2 points ability to completely or almost completely carry out all the scheduled tasks)

ELICS-AR

TYPE OF LISTENING	Instructions: For each of the behaviours listed below, please check the extent that you observed the therapist displaying each behaviour. Not At All: did not demonstrate this behaviour Rarely: hardly ever demonstrated this behaviour Occasionally: demonstrated this behaviour once in a while Frequently: demonstrated this behaviour most of the time Consistently: always demonstrated this behaviour	Not At All	Rarely	Occasionally	Frequently	Consistently	Not Applicable
		0	1	2	3	4	N/A
To what extent did the listener...		0	1	2	3	4	N/A
RECEPTIVE	1. ...acknowledge that people's concerns were legitimate (to make people feel heard)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2. ...try to be open to what people were saying to her/him?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3. ...listen to what was not being said?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4. ...try to fully understand other people's perspectives?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5. ...try to be present in the moment with other people?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	6. ...try to be aware of when people want to be engaged and when they do not?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EXPLORATORY	7. ...try to keep people talking about their issues, even when she/he was having a busy day?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	8. ...encourage people to ask questions?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	9. ...provide information, education, and instruction?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	10. ...challenge people who seemed stuck on an issue, to encourage them?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	11. ...explore people's worries and concerns?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	12. ...identify this person's greatest worry or concern about an issue, and the reason why?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	13. ...challenge people when she/he thought that it would be helpful in assisting them to take a next step?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONSENSUS-ORIENTED	14. ...pay particular attention to nonverbal cues when she/he first meets people?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	15. ...explain reasons or rationales for the things she/he proposed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	16. ...clarify agreed-upon goals?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	17. ...try to ensure that the person understood what had been achieved or agreed upon in the encounter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	18. ...check that the other person had understood what she/he said?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	19. ...brainstorm ideas with people?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	20. ...try to reach a shared perspective or jointly agreed upon decision?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACTION-ORIENTED	21. ...encourage people to lead the direction and pace of intervention?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	22. ...engage in action planning to establish the next step?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	23. ...prioritize issues with people?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	24. ...work to create a shared vision of the desired end outcome?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G Bas

Global BAS (glBAS)^b	Global BAS (glBAS)																				
<p>This section looks at whether the doctor facilitated an initial rapport <i>before breaking the bad news</i>. This can be done by providing an environment which allows private and comfortable communication, by the doctor introducing him/herself, and by the doctor showing an interest in the patient as an individual.</p> <p>All together, how good did the doctor manage contacting the patient?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Very good</th> <th style="width: 20%;">Good</th> <th style="width: 20%;">Medium</th> <th style="width: 20%;">Poor</th> <th style="width: 20%;">Very Poor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	Very good	Good	Medium	Poor	Very Poor	1	2	3	4	5	<p>This section looks at aspects other than giving the news itself.</p> <p>All together, how good did the doctor manage information giving?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Very good</th> <th style="width: 20%;">Good</th> <th style="width: 20%;">Medium</th> <th style="width: 20%;">Poor</th> <th style="width: 20%;">Very Poor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	Very good	Good	Medium	Poor	Very Poor	1	2	3	4	5
Very good	Good	Medium	Poor	Very Poor																	
1	2	3	4	5																	
Very good	Good	Medium	Poor	Very Poor																	
1	2	3	4	5																	
<p>This section specifically focuses on whether the doctor was sensitive to this patient's perspective when he/she delivered the news (the establishment of rapport is scored in the above section). The amount of information to give each individual patient may vary depending on what the patient already knows. Individual patients may vary in the amount of information they wish to receive during this interview, and in the rate at which they assimilate the news.</p> <p>All together, how good did the doctor manage breaking the news?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Very good</th> <th style="width: 20%;">Good</th> <th style="width: 20%;">Medium</th> <th style="width: 20%;">Poor</th> <th style="width: 20%;">Very Poor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	Very good	Good	Medium	Poor	Very Poor	1	2	3	4	5	<p>This section relates to the interview as a whole.</p> <p>All together, how good was the doctor's communication behavior in this interview?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Very good</th> <th style="width: 20%;">Good</th> <th style="width: 20%;">Medium</th> <th style="width: 20%;">Poor</th> <th style="width: 20%;">Very Poor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	Very good	Good	Medium	Poor	Very Poor	1	2	3	4	5
Very good	Good	Medium	Poor	Very Poor																	
1	2	3	4	5																	
Very good	Good	Medium	Poor	Very Poor																	
1	2	3	4	5																	
<p>This section focuses on whether the doctor actively attempted to gain a clear idea of the personal implications and meaning of the news to this patient, and the concerns that it generated.</p> <p>All together, how good did the doctor manage eliciting the patient's concerns?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Very good</th> <th style="width: 20%;">Good</th> <th style="width: 20%;">Medium</th> <th style="width: 20%;">Poor</th> <th style="width: 20%;">Very Poor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	Very good	Good	Medium	Poor	Very Poor	1	2	3	4	5											
Very good	Good	Medium	Poor	Very Poor																	
1	2	3	4	5																	

Global Consultation Rating scale

Global Consultation Rating Scale (GCRS)	Good (2)	Adequate (1)	Not done/poor (0)	Not applicable
Initiating the session				
Greets patient				
Introduces self and nature of interview				
Demonstrates interest and respect, attends to patient's physical comfort				
Uses appropriate opening question				
<i>Overall Score for Initiating the Session</i>				
Gathering information				
Listens attentively, minimising interruption and leaving space for patient				
Encourages patient to tell the story of the problem(s) from when first started to the present				
Checks and screens for further problems and negotiates agenda				
<i>Overall Score for Problem Identification</i>				
Uses open and closed questions, appropriately moving from open to closed				
Facilitates patient's responses verbally and non-verbally e.g. silence, repetition, paraphrasing				
Picks up and responds to verbal and non-verbal cues (body language, speech, facial expression)				
Clarifies statements which are vague or need amplification				
Periodically summarises & invites patient to correct interpretation or provide further information.				
Uses clear, easily understood language, avoids jargon	<i>Overall Score for Problem Exploration</i>			
Actively determines patient's perspective (ideas, concerns, expectations, feelings, effects on life)				
Appropriately and sensitively responds to and further explores patient's perspective				
<i>Overall Score for Patient's Perspective</i>				
Building the relationship				
Demonstrates appropriate non-verbal behaviour e.g. eye contact, posture, position, movement, facial				
<i>Overall Score for Non-verbal Communication</i>				
Acknowledges patient's views and feelings; is not judgmental				
Uses empathy to communicate appreciation of the patient's feelings or predicament				
Provides support: expresses concern, understanding, willingness to help				
<i>Overall Score for Developing Rapport</i>				
Providing Structure				
Progresses from one section to another using signposting: includes rationale for next section				
Structures interview in logical sequence, attends to timing, keeps interview on task				
<i>Overall Score for Providing Structure</i>				
Providing the correct amount/type of info for the individual patient				
Chunks and checks, using patient's response to guide next steps				
Assesses the patient's starting point (good if carefully tailors explanation)				
Discovers what other information would help patient, seeks and addresses patient's info needs				
<i>Overall Score for providing correct amount and type of information</i>				
Aiding accurate recall and understanding				
Organises explanation (good if uses signposting/summarising)				
Checks patient's understanding (good if asks patient to restate information given)				
Uses clear language, avoids jargon and confusing language				
<i>Overall Score for aiding accurate recall and understanding</i>				
Achieving a shared understanding: incorporating the patient's perspective				
Relates explanations to patient's illness framework				
Encourages patient to contribute reactions, feelings and own ideas (good if responds well)				
Picks up and responds to patient's non-verbal and covert verbal cues				
<i>Overall Score for incorporating the patient's perspective</i>				
Planning: shared decision making				
Explores management options with patient				
Involves patient in decision making (good if establishes level of involvement patient wishes)				
Appropriately negotiates mutually acceptable action plan				
<i>Overall Score for planning and shared decision-making</i>				
Closure				
Contracts with patient re next steps				
Safety nets				
Summarises session briefly and clarifies plan of care				
Final check that patient agrees and is comfortable with plan	<i>Overall Score for closure</i>			
PLEASE COMPLETE THIS SECTION FOR THE CONSULTATION AS A WHOLE				
Excellent Good Acceptable Borderline Unacceptable				

Grille de « Luc Coté »

Figure 1. Grille d'évaluation des compétences relationnelles du médecin de famille avec les patients (version post-analyses)

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

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

Grille de « Anne Kruse »

Appendix C: Questionnaire to the tutor

Note: The questionnaire is evaluated anonymously, kept strictly confidential and is only for technical purposes.

Please rate the interview according to the following criteria:

The interviewer ...	good,yes	Adequate, yes, but ...	Not done, not adequate, no
... greet by handshake, address by name or ask for it.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
... introduces itself by name and function.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
... records the problems or concerns after an open question.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
... makes sure that the description has been understood correctly and asks further questions	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
... picks up on verbal and nonverbal cues (body language, facial expressions, for example) and answers.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
... actively records and appropriately investigates the patient's concerns about the issues.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
... summarizes at the end of a topic to confirm understanding and ensure that nothing important has been forgotten; encourages the patient to correct.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
... shows a reasonable nonverbal behavior. (Eye contact, facial expression, body and sitting postures, gestures and movements, language (speed, tone, volume, pitch))	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
... receives the patient's opinions and feelings in an empathetic, understanding and appreciative way.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
... asks the patient if there is anything left to discuss, and offers the space to discuss the outside.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Global assessment			
The conversation was ...	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Grille de « Boguet et Ariot »

ANNEXE 21 : GRILLE OBTENUE

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

Grille de « Christelle Margo »

Annexe 1 : Guide d'évaluation de la communication

Il s'agit du guide d'auto évaluation de la communication utilisé par le DERMG pour l'évaluation de la communication des internes de médecine générale, d'après la thèse d'Armengeau Caroline (1), basée sur le guide Calgary Cambridge de l'entrevue médicale (2) et The Kalamazoo Consensus Statement (3). Cochez la réponse qui représente le mieux votre niveau de satisfaction concernant les différents éléments de la communication lors de la consultation.

Date :

Scénario : Scénario 1 : Lombalgies

Scénario 2 : Pilule

Vous êtes : Interne DES 1 jouant le médecin

Interne DES 1 observateur

Interne DES 2 acteur

Interne DES2 observateur Animateur

Débuter l'entretien	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Se présenter et préciser son rôle, la nature de l'entrevue				
S'assurer que le patient est "à l'aise" et agir en cas d'inconfort évident				
Explorer les raisons de la visite				
Laisser le patient terminer son introduction sans l'interrompre				
Annoncer le déroulement de la consultation				
Recueillir les informations	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Utiliser un ensemble de questions ouvertes et fermées				
Clarifier les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions				
Obtenir suffisamment d'informations pour approcher le diagnostic				
Explorer le contexte personnel du patient	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Recueillir des éléments sur son contexte de vie				
Permettre au patient d'aborder ses attentes, inquiétudes, représentations				
Accueillir les points de vue et émotions du patient et fournir du soutien				

Echanger l'information	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Donner des explications claires en évitant tout jargon médical				
S'assurer de la compréhension du patient et en tenir compte				
Encourager le patient à poser des questions				
Parvenir à une entente sur le diagnostic et la prise en charge	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Encourager le patient à donner son point de vue				
S'assurer du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre				
Envisager avec le patient des obstacles et des solutions alternatives				
Discuter d'un plan mutuellement acceptable				
Terminer la consultation	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Procurer l'occasion de soulever des inquiétudes et de poser des questions				
Vérifier avec le patient s'il est d'accord avec le plan d'action et si l'on a répondu à ses préoccupations				
Résumer la discussion				
Proposer le maintien du contact				
Comportement non verbal	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Contact visuel avec le patient				
Postures, positions et mouvements				
Indices vocaux				
Façon d'utiliser un ordinateur ou le dossier papier d'une façon qui ne gêne pas la communication				

Grille de « Christopher Harrison »

Box 2. OSCE marking sheet

Examiner initials____ Student number____

For each section

Award 0 if:	Award 1 if:	Award 2 if:	Award 3 if:	Scores/ comments
Omits most skills or treats person/patient in a disrespectful manner in this section	Uses about half the skills, or does most skills but in a non-fluent manner	Uses most skills in a fluent, smooth manner	Uses virtually all of the skills in a fluent, smooth manner	

Section 1: Opening the interview

Key skills to demonstrate:

- Student introduces himself/herself (full name)
- Student uses the person/patient's name—and checks how they wish to be addressed
- Obtains permission for interview
- Demonstrates awareness of confidentiality
- Establishes the reason for contact
- Listens attentively to opening statement without interruption

Section 2: Gathering an account of the story/symptoms

Key skills to demonstrate:

- Good use of open questions, used repeatedly to help obtain further information
- Avoids leading and multiple question styles
- Obtains a clear sequence of the events that have happened (using clarifying questions and summarising as appropriate)
- Analyses vague aspects of story/symptoms to ensure clarity
- Discovers what effect the situation/symptoms have had on their life

Section 3: Obtaining the person/patient's thoughts and any concerns; responding appropriately

Key skills to demonstrate:

- Picks up cues or hints about the thoughts and concerns (or asks directly, with sensitivity and at appropriate time in interview)
- Acknowledges concern by repeating, reflecting or summarising
- Acknowledges that concerns are legitimate
- Encourages person/patient to expand on concerns, using listening skills and empathy
- Avoids premature or false reassurance
- Summarises and moves on to another area of the interview

Section 4: Building and maintaining the relationship

Key skills to demonstrate:

- Displays interest and attention (eye contact, posture, not fidgeting)
- Encourages person to speak (verbal prompts, nods, not interrupting)
- Responds to information given, rather than appearing to follow set formula of questions
- Acknowledges verbal or non-verbal cues about feelings
- Explores feelings with sensitivity and tact
- If takes notes, does so in a way which does not harm the relationship

Section 5: Maintaining structure in the interview/consultation and closing the interview

Key skills to demonstrate:

- Uses summarising
- Uses signposting techniques
- Aware of time limitations, keeps a flow to interview
- Explains next steps to person/patient
- Thanks for the interview
- Gives opportunity to raise any questions

Grille de « Nayyar Iqbal »

Each skill was scored as 0 (unsatisfactory), 1 (borderline), and 2 (satisfactory)

Table 1: Components of communication skills assessed in the pre-test and post-test OSCE

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Define the purpose of the interview2. Avoid jargon3. Listen attentively4. Maintain eye contact5. React to queries6. Negotiate with the patient7. Empathise8. Explain clearly9. Summarise and confirm understanding10. Maintain patient's welfare |
|--|

Each skill was scored as 0 (unsatisfactory), 1 (borderline), and 2 (satisfactory)

Grille de « Kei Mukohara »

Table 2: Student performance of the skill judged as 'acceptable'

Communication Tasks and Related Skills	Intervention Group (N = 47)	Control Group (N = 50)	P-value
<i>Establish Initial Rapport</i>			
Greet patient and obtain patient's name	92%	94%	0.43
Introduce self and clarify the role	100%	98%	1.0
<i>Survey Patient's Reason(s) for the Visit</i>			
Allow the patient to complete his/her opening statement	9%	6%	0.71
Invite the patient to tell the story chronologically	49%	46%	0.77
Actively listen, using verbal and nonverbal techniques	66%	58%	0.42
Summarize. Check for understanding. Invite more questions!	70%	60%	0.29
<i>Determine the Patient's Chief Concern</i>			
Ask closed-questions that are non-leading, one at a time	100%	100%	1.0
Define the concern completely	96%	94%	1.0
<i>Elicit and Understand the Patient's Perspective</i>			
Explore contextual factors (e.g., job, family, hobbies)	66 %	62%	0.69
Ask the patient's ideas about the illness or problems	60%	40%	0.054
Explore how the problem affects the patient's life	53%	30.0%	0.02
<i>Manage Flow – Provide the Structure to the Interview</i>			
Summarize periodically throughout the interview	81%	76%	0.56
Use signposting	40%	30%	0.28
<i>Use of Relationship Building Skills</i>			
Be attentive and empathic nonverbally	87%	72%	0.064
Actively respond to patient's concerns and nonverbal cues	38%	40%	0.8637
Use appropriate language	100%	100%	1.0

A skill item was considered 'acceptable' if both raters scored the students' performance as 'good' or 'satisfactory.' It was labeled as 'unacceptable' if both raters scored the performance as 'insufficient' or 'poor.'

Grille de « David Taormina »

TABLE. Resident (N = 48) Mean (SD) Performance Across Items of Communication, Grouped by Communication Domain

	Mean Percentage "Well Done" (SD)
Information gathering	62.5 (34.4)
Elicited your responses using appropriate questions	77.8 (42.0)
Managed the narrative flow of your story	58.7 (49.8)
Clarified information throughout by repeating to make sure understood you	45.7 (50.4)
Allowed you to talk without interrupting	69.6 (46.5)
Relationship development	57.1 (33.9)
Communicated concern or intention to help	51.1 (50.6)
Nonverbal behavior enriched communication (e.g., eye contact and posture)	50.0 (50.6)
Acknowledged emotions/feelings appropriately	35.6 (48.4)
Was accepting/nonjudgmental	73.3 (44.7)
Used words you understood or explained jargon	78.3 (41.7)
Education and counseling	32.6 (33.3)
Asked questions to see what you understood	21.7 (41.7)
Provided clear explanations/information	51.1 (50.6)
Collaborated with you in identifying possible next steps/plan	26.1 (44.4)
Communications overall	50.7 (29.8)

SD, standard deviation.

Grille de « de Mukerji »

Additional File 4

Rating scale used to assess resident communication skills

CRITERIA FOR COUNSELLING PATIENTS/CAREGIVERS REGARDING UNNECESSARY TESTS

	1 (Not done)	2 (Attempted, but incomplete or not always effective)	3 (Excellent complete and done effectively)	4	5
1. CLEAR RECOMMENDATIONS					
• Explained why ordering the test is not necessary	1	2	3		
• Described benefits and potential risks of the test	1	2	3		
• Used clear language and avoided medical jargon	1	2	3		
• Referred to evidence that supports the recommendation	1	2	3		
Overall Impression on Providing Clear Recommendations	1	2	3	4	5
2. ELICIT PATIENT/CAREGIVER CONCERNS					
• Asked about my concerns (that make me want the test)	1	2	3		
• Commented on non-verbal cues that indicate that I have concerns	1	2	3		
Overall Impression on Eliciting Patient/Caregiver Concerns	1	2	3	4	5
3. EMPATHY					
• Told me that my concerns were understandable	1	2	3		
• Allowed me time to express my concerns	1	2	3		
• Told me that my emotional reaction was understandable	1	2	3		
Overall Impression on Empathy	1	2	3	4	5
4. CONFIRM AGREEMENT					
• Summarized management plan briefly	1	2	3		
• Offered me the opportunity to ask additional questions	1	2	3		
• Confirmed with me my agreement with the treatment plan	1	2	3		
• Offered a follow-up appointment to re-visit concerns	1	2	3		
• Provided a clear description of symptoms/red flags that should alert an earlier follow-up	1	2	3		
Overall Impression on Confirming Agreement with Patient	1	2	3	4	5
5. GENERAL COMMUNICATION SKILLS					
• Degree of coherence in the interview	1	2	3		
• Verbal expression	1	2	3		
• Non-verbal expression - N/A	1	2	3		
• Responding to my needs	1	2	3		
• Checked for my understanding of the information he/she provided	1	2	3		

KalRad (variant Kalamazoo)

TABLE 1: Kalamazoo Communication Skills Assessment Tool—Radiology (KalRad): Final Validation Among Nine Reviewers for Bad News, Error Disclosure, and Radiation Risk

Skill	Bad News		Error Disclosure		Radiation Risks	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
A. Overall ability to establish a rapport	4.88	0.35	4.71	0.49	4.75	0.46
1. Greets and shows interest in the patient and patient's family	4.78	0.44	4.67	0.5	4.67	0.50
2. Uses words that show care and concern throughout the interview	4.89	0.33	4.78	0.44	4.67	0.50
3. Uses tone, pace, eye contact, and posture that show care and concern	4.89	0.33	4.78	0.44	4.78	0.44
4. Responds explicitly to patient and family statements about ideas and feelings	4.89	0.33	4.78	0.44	4.78	0.44
B. Overall ability to open the discussion	4.67	0.52	4.67	0.52	4.83	0.41
1. Allows patient and family to state their understanding of why they are here	4.78	0.44	4.44	0.53	4.78	0.44
2. Asks "is there anything else?" or another open-ended question to allow space for patient to express concerns	4.56	0.53	4.67	0.500	4.44	0.73
3. Explains and/or negotiates an agenda or reason for the visit	4.00	1.00	4.22	0.97	4.11	1.05
C. Overall ability to seek/elicit further information	4.57	0.53	4.29	0.76	4.57	0.53
1. Addresses patient and family statements using open-ended questions	4.56	0.53	4.33	0.71	4.44	0.53
2. Clarifies details as necessary with more specific or "yes/no" questions	4.44	0.73	4.22	0.67	4.44	0.53
3. Summarizes and gives family opportunity to correct or add information	4.67	0.50	4.44	0.73	4.56	0.53
4. Transitions effectively to additional questions	4.33	0.71	4.25	0.71	4.56	0.73
D. Overall ability to understand the patient's and family's perspectives	4.40	0.89	4.50	0.55	4.29	0.76
1. Asks about/addresses life events, circumstances, other people that might affect how they receive or process the information being conveyed	3.67	1.22	4.44	0.53	4.11	0.78
2. Elicits/allows space for patient's and family's beliefs, concerns, expectations about their immediate situation	4.11	0.60	4.56	0.53	4.22	0.67
E. Overall ability to share information	4.83	0.41	4.75	0.46	4.75	0.46
1. Assesses patient's and family's understanding of problems and desire for more information	4.78	0.44	4.78	0.44	4.67	0.50
2. Explains using words that family can understand	4.78	0.44	4.78	0.44	4.78	0.44
3. Clearly conveys immediate next steps	4.56	0.53	4.67	0.5	4.78	0.44
4. Asks if family has any questions	4.71	0.49	4.67	0.5	4.78	0.44
F. Overall ability to reach agreement	4.29	0.76	4.88	0.35	4.71	0.49
1. Includes/assists family in any immediate decisions that must be made	4.33	0.71	4.67	0.50	4.78	0.44
2. Checks for mutual understanding of immediate further steps to be taken	4.44	0.73	4.89	0.33	4.78	0.44
3. Asks about acceptability of immediate further steps to be taken	4.22	0.67	4.89	0.33	4.56	0.53
4. Identifies additional resources as appropriate	4.22	0.44	4.89	0.33	4.33	0.50
G. Overall ability to communicate accurate information	4.57	0.53	4.71	0.49	4.71	0.49
1. Accurately conveys the seriousness of the patient's condition	4.67	0.50	4.67	0.50	4.56	0.53
2. Explains other participating clinicians' input	4.67	0.50	4.78	0.44	4.67	0.50
3. Clearly presents and explains possible immediate next steps	4.44	0.53	4.78	0.44	4.56	0.53
4. Gives enough information to assist with informed decision-making	4.44	0.53	4.67	0.5	4.56	0.53
H. Overall ability to demonstrate empathy	4.71	0.49	4.86	0.38	4.71	0.49
1. Clinician's demeanor is appropriate to the nature of the conversation	4.78	0.44	4.88	0.35	4.78	0.44
2. Shows compassion and concern	4.78	0.44	4.88	0.35	4.56	0.53
3. Identifies/labels/validates patient's and family's emotional responses	4.56	0.53	4.75	0.46	4.67	0.50
4. Responds appropriately to patient's and family's emotional cues	4.56	0.53	4.75	0.46	4.56	0.53
I. Overall ability to provide closure	4.67	0.52	4.83	0.41	4.67	0.52
1. Asks if the patient and family have questions, concerns, or other issues	4.56	0.53	4.75	0.46	4.67	0.50
2. Summarizes	4.44	0.53	4.88	0.35	4.67	0.50
3. Clarifies/reiterates the immediate next steps—where they are going and/or who they will see next	4.44	0.53	4.88	0.35	4.78	0.44
4. Provides appropriate contact information—for radiologist or clinical team—if interim questions arise	4.44	0.53	4.75	0.46	4.56	0.53
5. Acknowledges patient and family, and closes interview	4.67	0.50	4.75	0.46	4.78	0.44

Note—Values are ratings on a 5-point Likert scale (1, poor; 2, fair; 3, good; 4, very good; 5, excellent).

KEECC-A (variant Kalamazoo)

Table 1 Kalamazoo consensus statement on essential elements of physician-patient communication

Essential element	Tasks
Establishes rapport	<ul style="list-style-type: none"> • Encourages a partnership between physician and patient • Respects patient's active participation in decision making
Opens discussion	<ul style="list-style-type: none"> • Allows patient to complete his/her opening statement • Elicits patient's full set of concerns • Establishes/maintains a personal connection
Gathers information	<ul style="list-style-type: none"> • Uses open-ended and closed-ended questions appropriately • Structures, clarifies, and summarizes information • Actively listens using nonverbal (eg, eye contact, body position) and verbal (words of encouragement) techniques
Understands patient's perspective of illness	<ul style="list-style-type: none"> • Explores contextual factors (eg, family, culture, gender, age, socioeconomic status, spirituality) • Explores beliefs, concerns, and expectations about health and illness • Acknowledges and responds to patient's ideas, feelings, and values
Shares information	<ul style="list-style-type: none"> • Uses language patient can understand • Checks for understanding • Encourages questions
Reaches agreement on problems and plans	<ul style="list-style-type: none"> • Encourages patient to participate in decision to the extent he/she desires • Checks patient's willingness and ability to follow the plan • Identifies and enlists resources and supports
Provides closure	<ul style="list-style-type: none"> • Asks whether patient has other issues or concerns • Summarizes and affirms agreement with the plan of action • Discusses follow-up (eg, next visit, plan for unexpected outcomes)

The KEECC-A was developed to grade each Kalamazoo category on a 5-point Likert scale (1 = poor, 2 = fair, 3 = good, 4 = very good, 5 = excellent) for greater accessibility and ease of evaluation.

Liverpool CSAS

		N	Mean Min = 0 Max = 3	Std. Deviation
1.	Greeting and checks pt. identity	80	2.08	0.88
2.	Introduction of self and role	80	1.36	0.70
3.	General audibility and enunciation	80	2.52	0.57
4.	Eye contact	80	2.26	0.47
5.	Nonverbal facilitation	80	2.21	0.52
6.	Respect patient	80	2.01	0.30
7.	Empathy	80	1.60	0.71
8.	Appropriate open and closed questions	80	1.97	0.64
9.	Clarifying and summarizing	80	1.00	0.82
10.	Sensitivity of questions	80	1.95	0.66
11.	Uses clear language	80	2.06	0.67
12.	Ensures understanding and closes appropriately	80	1.08	0.72

It is on a four-point Likert scale where 0 = unacceptable, 1 = poor, 2 = acceptable and 3 = good.

MAAS-Global

Table 2 Mean MAAS-Global item and total scores of the trainees and the GPs (scoring scale 0–6*)

Items	Trainees (<i>n</i> = 25)		GPs (<i>n</i> = 94)
	Start of training Mean (SD)	End of training Mean (SD)	Mean (SD)
<i>Skills per phase</i>			
Opening	2.4 (0.6)	2.7 (0.6)	2.8 (0.6)
Clarification of the reason for encounter	1.4 (0.6)	1.5 (0.7)	1.4 (0.7)
Communication about the diagnosis/hypothesis	3.2 (0.6)	3.3 (0.6)	3.1 (0.6)
Communication about the management plan	2.9 (0.5)	2.9 (0.6)**	2.6 (0.5)**
Evaluation of the consultation	0.7 (0.4)	0.8 (0.5)**	1.4 (0.5)**
<i>General skills</i>			
Providing information	2.8 (0.5)	2.8 (0.4)	2.9 (0.5)
Dealing with emotions	0.9 (0.5)	1.0 (0.5)	1.0 (0.5)
Summarising	1.5 (0.5)†	1.7 (0.6)†	1.7 (0.8)
Ordering	3.2 (0.5)	3.4 (0.6)	3.5 (0.6)
Flexibility in the Communication	3.6 (0.6)†	3.9 (0.5)†	4.0 (0.6)
Exploration of expectations and feelings	1.4 (0.7)	1.7 (0.5)	Not assessed
Total	2.2 (0.4)†	2.4 (0.4)†	2.4 (0.4)

*0 = absent, 1 = bad, 2 = insufficient, 3 = doubtful, 4 = sufficient, 5 = good, 6 = excellent.

† $P < 0.05$ (paired *t*-test).

** $P < 0.05$ (*t*-test).

OSVE SP Interview Form

Appendix 1. OSVE rubric scale.

Topics (points)		4 (Excellent)	3 (Good)	2 (Fair)	1 (Weak)	0 (Poor)
Observation list (max. 28 points)		All topics and subtopics are listed	Topics are correct, very few subtopics missing	Some topics are absent, all sub-topics are listed	Some topics and sub-topics missing	cannot be used as a checklist
Content of the feedback	Evaluation of initiating the interview (max. 16 points) a. Greeting the patient respectfully b. Introducing him/herself c. Attending patient's physical comfort d. Sustaining a patient-centered interview	All basic communication skills concepts are explained and behaviors of the physician on the video are referred	Almost all basic communication skills concepts are explained and behaviors of the physician on the video are referred	Some of basic communication skills concepts are not explained and/or some of the behaviors of the physician on the video are not referred	Very few of basic communication skills concepts are explained and/or none of the behaviors of the physician on the video are referred	Nonexistent/unacceptable
	Evaluation of verbal communication skills (max. 16 points) a. Using open and closed questions appropriately b. Using easily understood language c. Summarizing, repetition and paraphrasing d. Interrupting only when definitely needed e. Clarifying patient's statements when unclear					
	Evaluation of non-verbal communication skills (max. 16 points) a. Active listening a.1. eye contact a.2. supporting with verbal/non-verbal cues a.3. mimics, gestures and facial expression b. Using silence c. Physical distance with patient d. Physical appearance, position and body posture					
Format of the feedback report (max. 4 points)		All rules of feedback were conformed to (I message, sandwich method, etc)	All rules of feedback were conformed to. some false observations	Some rules of feedback were conformed to. seriously false observations	Except few, not conforming to feedback rules	Nonexistent/unacceptable
Self-reflection of the student on what he/she would do as a doctor during an interview with a simulated patient (max. 20 points)		Any statement of reflection				No statement of reflection

Physician-Patient Interaction Rating Scale

Table 2. Comparison of Communication Frequencies of Student Doctors: Type of Utterances

Type of utterances	High rank (n= 11)	Low rank (n= 10)
Social talk		
Personal remarks, social conversation	5.19±0.98	4.70±1.34
Positive talk		
Laughs, tells jokes	0.09±0.30	0.00±0.00
Shows approval (direct)	0.55±0.69	0.50±1.08
Gives compliment (general)	0.18±0.40	0.00±0.00
Shows agreement or understanding	0.55±0.82	0.80±1.55
Negative talk		
Shows disapproval (direct)	0.00±0.00	0.00±0.00
Shows criticism (general)	0.00±0.00	0.00±0.00
Emotional talk		
Empathy statements	1.27±1.19	1.60±0.84
Legitimizing statements*	0.64±0.81	0.00±0.00
Partnership statements (physician only)	0.09±0.30	0.00±0.00
Self-disclosure statements (physician only)	0.36±0.92	0.00±0.00
Shows concern or worry	0.45±0.69	0.80±0.79
Reassures, encourages or show optimism	0.64±0.92	0.70±1.34
Participatory facilitators		
Back-channel responses (physician only)	0.00±0.00	0.00±0.00
Asks for reassurance	0.00±0.00	0.00±0.00
Asks for opinion (physician only)	0.00±0.00	0.10±0.32
Asks for permission (physician only)	0.73±0.79	0.20±0.42
Paraphrase, checks for understanding	7.64±3.70	4.90±2.81
Asks for understanding	0.00±0.00	0.00±0.00
Procedural talk		
Transition words	0.09±0.30	0.10±0.32
Gives orientation, instructions	4.18±2.48	2.70±2.91
Unintelligible utterances	0.09±0.30	0.00±0.00
Closed questions		
Medical condition	6.27±2.83	7.00±2.87
Therapeutic regimen	6.27±2.83	7.00±2.87
Lifestyle	3.18±2.09	4.10±2.42
Psychosocial*	0.73±0.65	0.20±0.42
Other	0.73±0.65	0.20±0.42
Open questions		
Medical condition*	4.09±2.07	2.20±1.32
Therapeutic regimen	0.00±0.00	0.10±0.32
Lifestyle	0.64±0.67	1.40±1.17
Psychosocial	0.00±0.00	0.10±0.32
Other	0.27±0.47	0.20±0.42
Bid for repetition	0.00±0.00	0.00±0.00
Gives information		
Medical condition	3.73±2.53	4.50±2.80
Therapeutic regimen	3.73±2.53	4.50±2.80
Lifestyle	0.91±1.14	1.00±1.05
Psychosocial	0.55±1.04	0.00±0.00
Other	0.00±0.00	0.00±0.00
Counsels or directs behavior (physician only)		
Medical condition/therapeutic regimen	0.91±1.70	0.70±1.06
Lifestyle/psychosocial	1.91±3.21	1.30±1.70
Total*	47.18±6.71	40.40±9.22

PPI Common Ground Instrument

Table 1. Common Ground Instrument: PPI Items

PPI assessment	Description
Appeared professionally competent	Seemed to know what he/she was doing, inspired my confidence, appeared to have my interests at heart
Effectively gathered information	Collected information in a way that seemed organized, began with several open-ended questions and progressed through interview using a balanced ratio of open- to closed-ended questions, summarized periodically
Listened actively	Paid attention to both my verbal and nonverbal cues, used facial expressions/body language to express encouragement, avoided interruptions, asked questions to make sure he/she understood what I said
Established personal rapport	Introduced self warmly; verbally/nonverbally showed interest in me as a person, not just my condition; avoided technical jargon
Appropriately explored my perspective	Encouraged me to identify everything that I needed to say
Addressed my feelings	Acknowledged and demonstrated interest in my expressed and/or unexpressed feelings and experience
Met my needs	Worked toward a plan which addressed both the diagnosis and my concerns about my illness

SP checklist: Outstanding, very good, good, needs improvement, marginal, and unacceptable

SEGUE adaptée

Table 1
Score range for each item of the adapted version of SEGUE framework.

SEGUE items	Rating
<i>Set the stage</i>	
1. Maintain patient privacy	-1, 0, 1
2. Greet patient appropriately	0, 1
3. Make a personal connection during visit (e.g., go beyond medical issues)	0, 2
4. Establish reason for visit (e.g., start with an open question)	0, 1
5. Outline agenda for visit (e.g., "anything else?", issues, sequence)	0, 1, 2
<i>Elicit information</i>	
6. Elicit patient's view of the health problem and/or progress (ideas, concerns)	-1, 0, 1, 2
7. Explore physical/physiological factors (signs, symptoms)	0, 1, 2
8. Explore psychosocial/emotional factors (e.g., living situation, family relations, stress)	-1, 0, 1, 2
9. Discuss antecedent treatments (e.g., self-care, last visit, other care)	0, 1
10. Discuss how the health problem affects patient's life (e.g., quality of life)	-1, 0, 1, 2
11. Discuss lifestyle issues/prevention strategies (e.g., health risks)	0, 1
12. Avoid directive/leading questions	-2, -1, 0
13. Give patient opportunity/time to talk (e.g., do not interrupt)	-1, 0, 1
14. Listen. Give patient undivided attention (e.g., face patient, verbal acknowledgment, non-verbal feedback)	-1, 0, 1, 2
15. Check/clarify information (e.g., recapitulation, ask "how much")	-1, 0, 1, 2
<i>End the encounter</i>	
16. Ask if there is anything else patient would like to discuss	0, 1
17. Greet appropriately	0, 1
<i>Understand the patient's perspective</i>	
18. Acknowledge patient's accomplishments/progress/challenges	0, 2
19. Express caring, concern, empathy	0, 1, 2
20. Maintain a respectful tone	-2, -1, 0

Items are rated as: 2 for excellent performance; 1 for average performance; 0 for absent performance; -1 for inadequate performance; and -2 directedness or disrespectful tone.

Space tool

Simulated Patient Name:		
WSE Exercise Number:		
WSE Character Name:		
Date of Exercise:	Student no:	



Simulated Patient Candidate Evaluation (SPaCE) Tool

This feedback tool is designed to allow you to give your opinion of a candidate's performance during a ward simulation exercise. Your opinion of a candidates performance should relate to how the candidate interacted with the character you were playing during a ward simulation exercise **only**. Your opinion will form part of the overall assessment of the candidate's performance during a ward simulation exercise.

Attitude	Very Poor					Outstanding
The degree of respect shown towards me by this candidate was:	1	2	3	4	5	N/A
The candidates ability to establish a rapport was:	1	2	3	4	5	N/A
The candidates ability to address my needs was:	1	2	3	4	5	N/A
The degree of professionalism shown by this candidate was:	1	2	3	4	5	N/A
The degree of care shown towards my problems was:	1	2	3	4	5	N/A

Interaction Skills	Very Poor					Outstanding
The candidates listening skills were:	1	2	3	4	5	N/A
The clarity of response to my questions was:	1	2	3	4	5	N/A
The candidates communication skills (e.g. fluency, grammar, vocabulary, tone, volume and rate of speech) was:	1	2	3	4	5	N/A
The candidates body language (e.g. eye contact, gestures, posture, use of silence) was:	1	2	3	4	5	N/A

Management	Very Poor					Outstanding
The candidates ability to discuss the proposed treatment plan was:	1	2	3	4	5	N/A
The candidates ability to answer my questions was:	1	2	3	4	5	N/A
The candidates ability to gain consent for these interventions was:	1	2	3	4	5	N/A
Overall, I felt this candidates performance was:	1	2	3	4	5	N/A

SPE evaluation form

EVALUATION FORM			
Communicating with a patient			
Evaluation criteria P: Step performed efficiently and precisely in the proper sequence (1) S: Step performed correctly in the proper sequence but the transition between steps not efficient (0.5) N: Step omitted (0)			
STEPS	OBSERVATION		
1. Introduced self	P	N	
2. Began by using open-ended questions	P	S	N
3. Made good eye contact	P	S	N
4. Used posture that showed care and concern	P	S	N
5. Asked simple and clear questions	P	S	N
6. Explained using words that were easy for patient to understand	P	S	N
7. Avoided asking complex and directing questions	P	S	N
8. Allowed patient to express self	P	S	N
9. Did not interrupt the interview while not taking	P	S	N
10. Did not interrupt patient to tell	P	S	N
11. Elicited patient's concerns and expectations about illness	P	S	N
12. Summarized the current history of the patient	P	S	N
13. Gave appropriate information	P	N	

Fig. 2. Standardized patient encounter evaluation form.

Résumé :

Contexte : La communication en santé est une compétence déterminante dans la relation médecin-patient et le soin, nécessitant un apprentissage. Un enseignement de la communication se développe au département de médecine générale de Rouen. L'évaluation formative renseigne l'étudiant et l'enseignant sur les acquis ou éléments à améliorer. La grille d'évaluation est l'outil le plus fréquemment utilisé. Le modèle HPCCC peut aider à l'élaboration de grille d'évaluation comportant l'ensemble des compétences communicationnelles. L'objectif était d'identifier les grilles d'hétéroévaluation uniformes qualitatives permettant l'évaluation formative des compétences communicationnelles des soignants.

Méthode : Une revue systématique de littérature a été réalisée selon les critères PRISMA et AMSTAR-2. PubMed, Embase, Excerpta Medica et Sudoc ont été interrogés entre 1990 et 2021. Les références ont été sélectionnées à partir de critères de sélection et triangulées. Une analyse descriptive des données des études a été réalisée. Le modèle HPCCC a permis d'explorer les grilles.

Résultats : Trente-quatre études ont été sélectionnées parmi 3989 références, identifiant 31 grilles d'évaluation. L'évaluation concernait un étudiant en santé dans 27 études (79%) et était réalisée lors d'une consultation avec un patient simulé dans 20 études (59%). Les grilles comportaient en moyenne 14,96 items (+/- 7,6). Au moins 50% des objectifs HPCCC étaient explorés dans 4 grilles (Calgary Cambridge simplifiée, KalRad, GCRS et MAAS Global). Trois grilles avaient moins de 20% de répétition d'objectifs HPCCC (gBAS, MAAS Global et grille « Boguet et Ariot »).

Conclusion : Bien qu'il n'existe pas de grille idéale pour l'évaluation de la communication, plusieurs grilles sont de qualité et peuvent être analysées selon des critères spécifiques, en s'appuyant sur un consensus tel que le modèle HPCCC. A l'aide de ces critères, 3 grilles de cette revue semblent efficaces dans l'évaluation formative de la communication des soignants : « Calgary Cambridge simplifiée », « MAAS Global » et « Boguet et Ariot ». Ces grilles évaluent le champ le plus large possible de la communication, tout en étant les moins redondantes possible dans les objectifs d'apprentissage de la communication, avec un nombre d'items cohérent. Les propriétés psychométriques, la facilité d'utilisation et la faisabilité de ces grilles restent à évaluer.

Mots-clés : relation médecin-patient ; communication ; psychométrie ; évaluation ; enseignement ; revue de la littérature