

Évaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient

Élaboration et validation d'une grille

Luc Côté, MSS, PHD(ED) Anne Savard, MD, MA(ED) Richard Bertrand, PHD

résumé

OBJECTIF Élaborer et valider sur le plan conceptuel une grille d'évaluation des compétences relationnelles du médecin de famille avec le patient.

DEVIS Étude de validation d'un instrument d'évaluation.

MILIEU Cabinets privés et unités de médecine familiale (UMF).

PARTICIPANTS À partir d'un échantillon non aléatoire formé de volontaires, 110 médecins de famille exerçant en cabinet privé et en UMF ont complété individuellement la grille proposée.

PRINCIPALES MESURES DES RÉSULTATS L'analyse de la consistance interne fut déterminée à l'aide du coefficient α de Cronbach. L'analyse factorielle fut utilisée pour déterminer si les dimensions anticipées de la grille se retrouvaient empiriquement.

PRINCIPAUX RÉSULTATS Le coefficient de consistance interne α de Cronbach a une valeur très élevée (0,92), indiquant une très grande homogénéité dans les items de la grille. L'analyse factorielle fait émerger 2 facteurs principaux; à lui seul, le premier facteur (compréhension de l'expérience du patient) explique près de 42% de la variance.

CONCLUSIONS La grille proposée présente des qualités métrologiques intéressantes. De plus, elle est courte et relativement simple à utiliser dans l'évaluation des compétences relationnelles des futurs médecins de famille et des médecins de famille en exercice. Le processus de validation auprès d'une variété de cas devra être poursuivi.

abstract

OBJECTIVE To develop and validate the design of a grid that assesses doctor-patient relationship skills.

DESIGN Evaluation study of an assessment instrument.

SETTING Private practices and family practice units.

PARTICIPANTS From a sample of volunteers, 100 family physicians either in private practice or in a family practice unit completed the proposed grid independently.

MAIN OUTCOME MEASURES The Cronbach α coefficient was used to analyze internal consistency. Factorial analysis was used to determine whether the grid's anticipated dimensions were in fact present.

RESULTS The Cronbach α coefficient had a very high value (0.92), indicating that the items in the grid were highly homogeneous. Two key factors emerged from the factorial analysis; the first factor alone (understanding patients' experience) accounted for almost 42% of the variance.

CONCLUSION The proposed grid presents some interesting metrologic qualities. It is short and relatively simple to use to assess relationship skills of future and practising family physicians. The grid must now be further validated using a variety of cases.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation externe.

This article has been peer reviewed.

Can Fam Physician 2001;47;512-518.

MÉTHODOLOGIE

La relation médecin-patient est une composante essentielle de la compétence clinique. La Commission québécoise sur l'exercice de la médecine des années 2000 a réitéré cette conviction dans un rapport où elle considère les rôles de clinicien humaniste et communicateur parmi les défis professionnels les plus importants pour les années 2000¹. Bien que les compétences relationnelles soient enseignées en médecine et en particulier en médecine familiale, les cliniciens-enseignants francophones au Québec n'utilisent pas spécifiquement de grilles scientifiquement validées pour évaluer ces compétences auprès des étudiants et résidents.

La revue de la littérature faite par Ong et al sur la communication médecin-patient² montre qu'il y a plusieurs façons de concevoir et d'évaluer cette compétence. Suite à l'analyse de plusieurs instruments d'évaluation de la communication médecin-patient, Kraan et al³ et plus récemment Boon et Stewart⁴ ont constaté que des dimensions différentes de la communication sont souvent évaluées avec des méthodes variées. De plus, de nombreux instruments présentent des limites sur le plan psychométrique, notamment parce qu'ils n'ont pas été validés. Enfin, certaines grilles sont longues à compléter⁵⁻⁷, évaluent des dimensions plus ou moins associées à la relation médecin-patient telles que l'organisation de l'entrevue et la démarche clinique⁷⁻⁸ ou ont été validées hors Québec, principalement en milieu anglophone^{6-7,9}. La seule grille validée en milieu francophone québécois¹⁰ tient peu compte d'une dimension relationnelle importante en médecine familiale, soit la compréhension de l'expérience du patient face à sa maladie¹¹. De plus, elle évalue autant la structure de l'entrevue que les habiletés relationnelles médecin-patient.

Cet article décrit le développement et la validation d'un instrument visant à évaluer spécifiquement les compétences relationnelles du médecin de famille avec les patients. Son utilité principale sera d'aider les superviseurs à évaluer ces compétences auprès des résidents et résidentes en médecine familiale et à leur transmettre de la rétroaction lors de la supervision clinique.

.....
D^r Côté est professeur agrégé au Département de médecine familiale à l'Université Laval. D^{re} Savard travaille à la Polyclinique de la Capitale à Québec.

D^r Bertrand est professeur titulaire au Département des fondements et pratiques en éducation à l'Université Laval.

Pré-validation de la grille

Quatre critères ont servi à la rédaction de la première version de la grille. Le premier critère concerne la présence des quatre dimensions relationnelles proposées dans les principaux modèles conceptuels de la relation médecin-patient¹¹⁻¹³. Ces quatre dimensions relationnelles sont la préoccupation de la personne et de son point de vue (considérer le patient comme une personne en se préoccupant de ses inquiétudes, de son point de vue et de ses besoins), le respect (traiter le patient avec égard, sans le juger), l'écoute empathique (chercher à comprendre ce que le patient ressent et lui manifester sa sensibilité face à ce qu'il vit) et la communication (recueillir et transmettre les informations au patient). Le deuxième critère concerne la présence de descripteurs cliniques comportementaux évaluant uniquement les compétences relationnelles du médecin avec le patient. Le troisième critère concerne la présence d'une échelle de mesure de type Likert composée de quatre catégories sans point neutre, de manière à obliger les évaluateurs à prendre position tout en évitant le biais médian associé au point neutre. Enfin, le quatrième critère concerne la présence d'un nombre restreint d'énoncés afin que la grille soit plus facilement utilisable par les enseignants dans la supervision clinique.

Lors d'un atelier de pré-validation, une version préliminaire de la grille fut soumise à un groupe de 10 enseignants en médecine familiale, en spécialités médicales et en spécialités chirurgicales provenant de divers hôpitaux associés à l'Université Laval. Les participants devaient compléter la grille après avoir visionné une entrevue simulée d'une durée de 15 minutes au cours de laquelle une résidente en médecine familiale annonçait un diagnostic grave (cancer pulmonaire) à un patient.

Globalement, les participants étaient d'accord avec les dimensions, les descripteurs et l'échelle de mesure proposés. Par souci de clarté, des modifications mineures ont été apportées au libellé de quelques énoncés. De plus, à la demande des participants, un descripteur portant sur l'accueil du patient a été ajouté. Ces changements ont mené à la version dite expérimentale de la grille administrée ultérieurement à un échantillon de cliniciens aux fins de la validation (**tableau 1**).

Validation de la grille

Population visée. La validation de la version expérimentale de la grille visait la population des médecins

RECHERCHE

Évaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient

Tableau 1. Liste des dimensions et des énoncés ayant servi à la version expérimentale de la grille

PRÉOCCUPATION DE LA PERSONNE ET DE SON POINT DE VUE

1. Salue le patient et se présente.
2. Invite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne. (F1)*
3. Invite le patient à exprimer sa perception de ses symptômes. (F1)
4. Invite le patient à exprimer ses inquiétudes par rapport à ses symptômes. (F1)
5. Invite le patient à partager ses attentes face à la consultation. (F1)
6. Tient compte de l'opinion et des inquiétudes du patient tout au long de l'entrevue. (F1)
7. Implique le patient lors du processus de décision thérapeutique.

RESPECT

8. Laisse au patient le temps de s'exprimer et, s'il doit l'interrompre, le fait avec tact. (F1)
9. Évite d'être hautain et brusque avec le patient. (F2)
10. Respecte les opinions du patient. (F2)
11. Questionne le patient sur ses émotions.

COMPRÉHENSION EMPATHIQUE

12. Exprime sa perception des émotions ressenties par le patient.
13. Manifeste au patient qu'il est sensible à ce qu'il vit.

HABILETÉS DE COMMUNICATION

14. Regarde le patient quand il lui parle et lorsque ce dernier s'exprime. (F2)
15. Utilise adéquatement les questions ouvertes et fermées. (F1)
16. Réagit de façon appropriée à la communication non-verbale du patient. (F1)
17. S'exprime avec clarté et précision. (F2)
18. Explique la conduite proposée. (F2)
19. Évite le jargon médical. (F2)
20. Vérifie la compréhension du patient tout au long de l'entrevue. (F2)

*F1 et F2—Énoncés associés aux facteurs 1 et 2 de l'analyse factorielle.

de famille francophones exerçant au Québec. Un échantillon d'au minimum 100 médecins (soit un minimum de cinq médecins par énoncé de la grille) était visé afin de procéder de façon adéquate au processus de validation, en nous assurant d'une représentation de médecins quant au sexe et à leur provenance (cliniques privées et unités de médecine familiale [UMF]). Il s'agit d'un échantillon non aléatoire formé de volontaires.

Collecte des données. La sollicitation s'est faite au printemps 1997 dans 18 cliniques privées et 11 UMF des régions de Québec, Drummondville, Montréal et Sherbrooke. Un premier contact téléphonique auprès du responsable de ces milieux visait à expliquer le projet et vérifier l'intérêt de ses collègues à y participer. Par la suite, les médecins volontaires ont reçu, avec la grille d'évaluation, une entrevue simulée sur vidéo d'une durée de 15 minutes dans laquelle une résidente en médecine familiale questionnait un patient aux prises avec des problèmes d'alcool, situation clinique fréquemment rencontrée en médecine familiale. Les participants devaient visionner l'entrevue, compléter la grille individuellement et de façon anonyme et la retourner dans une enveloppe adressée et affranchie. On leur demandait aussi de ne pas discuter les réponses avec leurs collègues.

Saisie des données et analyses statistiques. Les questionnaires qui contenaient les réponses brutes des sujets ont directement servi à la saisie des données. Le tableur MS-Excel MD a servi comme interface primaire à la saisie des données. Ensuite, les données ont été importées dans le progiciel SPSS MD en vue des analyses statistiques anticipées, soit l'analyse de la consistance interne et l'analyse factorielle.

RÉSULTATS

Cent-dix médecins de famille dont 60% étaient de sexe masculin ont retourné la grille complétée. Ils provenaient majoritairement (84%) des régions de Montréal et de Québec et étaient issus de 13 cliniques privées et de sept UMF.

Analyse de la consistance interne

Le calcul des corrélations item-total corrigées¹⁴⁻¹⁷ montre que tous les items de la grille sont suffisamment associés entre eux (**tableau 2**). Seuls les énoncés 1 (Salue le patient et se présente) et 14 (Regarde la patient quand il lui parle et lorsque ce dernier s'exprime) ont révélé des valeurs plus faibles que 0,3,

Tableau 2. Corrélations item-total corrigées et coefficient α de Cronbach

ITEM #	CORRÉLATIONS ITEM-TOTAL CORRIGÉES
1	.18
2	.61
3	.65
4	.65
5	.52
6	.72
7	.48
8	.81
9	.62
10	.73
11	.50
12	.59
13	.62
14	.25
15	.75
16	.65
17	.60
18	.48
19	.41
20	.73

Coefficient $\alpha = 0,92$.

tout en étant positives. Le coefficient de consistance interne, c'est-à-dire, le coefficient α de Cronbach¹⁴⁻¹⁷, a une valeur très élevée de 0,92, indiquant par là une très grande homogénéité dans les items de la grille.

Analyse factorielle

L'analyse factorielle avait pour but d'évaluer si les dimensions anticipées a priori à partir de considérations théoriques pouvaient se retrouver empiriquement. Rappelons que ces quatre dimensions sont la préoccupation de la personne et de son point de vue, le respect, l'écoute empathique et la communication.

Le **tableau 3** présente les résultats de l'analyse factorielle. La méthode d'extraction des facteurs retenue est l'analyse en composantes principales et

Tableau 3. Matrice des saturations dont la valeur est supérieure à 0,4 pour les deux facteurs et pourcentages de variance expliqués

ITEM	DIMENSION A PRIORI	FACTEUR 1	FACTEUR 2
		COMPRÉHENSION DE L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT 41,7%	COMMUNICATION EFFICACE ET RESPECTUEUSE 11,2%
1	1		
2	1	.76	
3	1	.79	
4	1	.69	
5	1	.55	
6	1	.56	
7	1		
8	2	.59	
9	2		.71
10	2	.46	.51
11	3		
12	3		
13	3		
14	4	.61	
15	4	.76	
16	4	.40	
17	4		.74
18	4		.80
19	4		.79
20	4	.48	.48

la méthode de rotation est connue sous le nom de *varimax*¹⁸. En se basant sur les critères de la valeur propre supérieure à 1 et du test des éboulis¹⁴, deux facteurs ont été extraits de la matrice de corrélations. À lui seul le premier facteur explique près de 42% de la variance. Il doit donc être considéré comme dominant le second qui n'explique que 11,2% de la variance. Les trois autres facteurs extraits de la matrice de corrélation expliqueraient respectivement 5,6%, 5,4% et 4,7% de la variance. Huit des 20 énoncés de la grille saturant sur ce premier

RECHERCHE

Évaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient

facteur (saturations $\geq 0,4$) et peuvent donc servir à le définir. Une attention toute particulière doit donc être portée à ce facteur. Cinq des énoncés qui saturent le plus sur le facteur 1 correspondent à la dimension 1 déjà définie dans la grille par sept énoncés, soit la préoccupation de la personne et de son point de vue. Par conséquent, la redéfinition de ce facteur tiendra compte de cette dimension.

Le deuxième facteur explique plus de 11% de la variance. Il s'agit donc d'un facteur non négligeable tout en étant beaucoup moins important que le premier facteur. Sept énoncés saturent sur ce facteur dont cinq énoncés de la quatrième dimension préalablement établie, soit la communication. Ce facteur sera redéfini en étant étroitement lié à cette dimension.

DISCUSSION

Cette grille est courte et relativement simple à utiliser par les superviseurs pour évaluer les compétences relationnelles médecin-patient. De plus, elle présente un coefficient de consistance interne très élevé (0,92). Seul le retrait des énoncés 1 (Salue le patient et se présente) et 14 (Regarde la patient quand il lui parle et lorsque ce dernier s'exprime) en ferait légèrement augmenter la consistance interne. Mais l'augmentation serait si ténue que le gain en fidélité ne serait probablement pas compensé par une perte au niveau de la validité de la grille. Ce n'est pas sur cette base que nous sommes en mesure d'éliminer ces énoncés de la grille.

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

L'analyse factorielle ne nous permet pas de retrouver les quatre dimensions anticipées. En plus de montrer une grande homogénéité, notre grille comporte une dimension dominante (facteur 1) que nous avons nommé *Compréhension de l'expérience de la maladie du patient*. La plupart des énoncés regroupés sous ce facteur mettent en évidence l'importance pour le médecin de saisir le point de vue du patient quant à ses symptômes et à leur impact et de comprendre ses inquiétudes et ses attentes. Toutefois, certains énoncés semblent, à première vue, davantage reliés à des habiletés de communication: poser des questions ouvertes et fermées et laisser le patient s'exprimer. Ces énoncés sont significatifs car ce sont des moyens relationnels par lesquels le médecin peut véritablement comprendre l'expérience de la maladie du patient. En effet, il serait difficile, voire impossible de comprendre le patient sans le laisser s'exprimer et en ne lui posant que des questions fermées!

Une autre dimension (facteur 2) de plus faible envergure est révélée par cette analyse. Nous l'avons nommée *Communication efficace et respectueuse* puisque les énoncés s'y rapportant traduisent l'importance d'une communication claire et compréhensible pour le patient. Ce souci d'adapter la communication au patient est un indicateur de respect à son endroit. À noter que l'énoncé *Vérifie la compréhension du patient tout au long de l'entrevue* présente une saturation égale sous le facteur 1 et sous le facteur 2. Nous avons décidé de le mettre sous le facteur 2 car s'assurer que le patient saisit bien ce que le médecin dit est une habileté de communication de base.

En tenant compte de ces résultats empiriques et de ce qui nous semble pertinent sur le plan conceptuel, nous proposons donc une nouvelle grille composée de 15 énoncés regroupés sous deux facteurs: compréhension de l'expérience de la maladie du patient et communication efficace et respectueuse (**figure 1**). Comparé à la grille initiale (**tableau 1**), 5 énoncés ont été enlevés dont les 2 se rapportant à la compréhension empathique: *Exprime sa perception des émotions ressenties par le patient* (énoncé 12) et *Manifeste au patient qu'il est sensible à ce qu'il vit* (énoncé 13). Par conséquent, il est possible que notre nouvel instrument évalue peu cette dimension importante en relation d'aide. Quant à la dimension *Respect* initialement proposée, elle fut en partie intégrée aux facteurs 1 et 2 de la nouvelle grille.

Nous sommes conscients que les valeurs des indices statistiques ont pu être influencées par le choix du cas à évaluer. Qu'en serait-il face à une variété de cas? La prochaine étape sera donc de vérifier

Points de repère du rédacteur

- Cette étude a permis de valider une grille évaluant les compétences relationnelles du médecin de famille avec le patient.
- Cet outil facile à administrer comporte 15 énoncés regroupés sous deux thèmes soit la compréhension de l'expérience de la maladie du patient et la communication efficace et respectueuse.
- Cette grille pourra servir d'outil aidant les résidents et les médecins de famille à prendre conscience des compétences nécessaires à l'établissement et au maintien d'une bonne relation thérapeutique.

Editor's key points

- This study validated a grid that could be used to assess doctor-patient relationship skills.
- This user-friendly grid contains 15 statements that fall into two categories: understanding patients' experience of their illnesses and achieving effective and respectful communication.
- This grid will help residents and family physicians to become aware of the skills required to establish and maintain good therapeutic relationships.

la concordance inter-juges dans plusieurs types de cas et auprès de médecins démontrant des compétences relationnelles variables quant à leur qualité. Cette démarche contribuera à établir la valeur discriminante de l'outil.

CONCLUSION

Cet article fait état d'une démarche d'élaboration et de validation conceptuelle d'une grille évaluant spécifiquement les compétences relationnelles du médecin de famille avec le patient. Cette grille pourra aider les résidents et les médecins de famille à prendre conscience des compétences nécessaires à l'établissement et au maintien d'une bonne relation thérapeutique avec leurs patients. ✦

Contribution des auteurs

D^r Coté a contribué de manière substantielle à la conception et à la réalisation du projet. **D^{re} Savard** et **D^r Savard** ont contribué à l'analyse et à l'interprétation des données. Tous les auteurs ont participé activement à la rédaction de l'article, de la première esquisse à la version destinée à la publication.

Recherche

.....

Intérêts concurrents

Rien déclaré.

Correspondance au: Dr Luc Côté, Professeur agrégé, Département de médecine familiale, Pavillon Vandry, bureau 1327, Université Laval, Ste-Foy, QC G1K 7P4; téléphone (418) 656-2131, poste 5963; télécopieur (418) 656-5252; courriel luc.cote@fmed.ulaval.ca

Références

1. Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000. *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*. Montréal, Qué: Collège des médecins du Québec; 1998.
2. Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40(7):903-18.
3. 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.
4. Boon H, Stewart M. Patient-physician assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns* 1998;35:161-76.
5. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication in medicine*. Abington, UK: Radcliffe Medical Press; 1998. p. 23-6.
6. Roter DL. *Coding manual for Roter interactional analysis scheme*. Baltimore, Md: John Hopkins University; 1989.
7. Kraan HF, Crijnen AAM. *The Maastricht history-taking and advice checklist*. Amsterdam, Neth: Lundbeck Fund; 1987.
8. Brockway BS. Evaluation of the physician's competency: what differences does it make? *Eval Prog Plann* 1978;1:211-20.
9. Hess JW. A comparison of methods for evaluating medical student skills in relating to patients. *J Med Educ* 1969;44:934-8.
10. Lehmann F, Côté L, Bourque A, Fontaine D. Physician-patient interaction: a reliable and valid check-list of quality. *Can Fam Physician* 1990;36:1711-6.
11. Stewart M, Belle Brown J, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995.
12. Keller VF, Carroll JG. A new model for physician-patient communication. *Patient Educ Couns* 1994;23:131-40.
13. Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, rédacteurs. *The medical interview*. New York, NY: Springer-Verlag; 1995. p. 3-19.
14. Laveault D, Grégoire J. *Introduction aux théories des tests en sciences humaines*. Bruxelles, Belg: De Boeck; 1997.
15. Suen HK. *Principles of test theories*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1990.
16. Laurencelle L. *Théories et techniques de la mesure instrumentale*. Québec, Qué: Presses de l'Université du Québec; 1998.
17. Crocker I, Algina J. *Introduction to classical and modern test theory*. New York, NY: HRN; 1986.
18. Tatsuoaka MM. *Multivariate analysis*. New York, NY: MacMillan Publishing Company; 1988.

...