

Évaluation des comportements relationnels individuels simulés des personnels soignants.

Analyse de concordance des jugements des étudiants et des enseignants.

Guy Llorca*

Résumé :

Contexte : la simulation est devenue une méthode incontournable de la formation des personnels en santé. La relation individuelle de soin représente un élément indispensable à la qualité du diagnostic, de la décision partagée, de l'observance et du suivi, donc un élément essentiel à la qualité des soins. Sa simulation soulève la difficile question de l'évaluation des comportements observés lors des jeux de rôle.

But : le but de notre étude a été d'analyser la valeur du questionnaire « *Communication Assessment Tool* » (CAT) utilisé en simulation, en termes de correspondance entre une population francophone d'étudiants et d'enseignants, dans une perspective d'évaluation relationnelle individuelle, formative, prédictive et critériée, à partir de leurs jugements de comportements devant deux situations identiques et opposées.

Sujets/matériel/méthode : la population a comporté 120 participants, dont 81 étudiants et 39 enseignants francophones en formation au Pôle Lyon Sud de Simulation en santé (PL3S). Les participants ont été répartis en groupes de 10 selon la pratique des formations du pôle. Les situations évaluées ont consisté en la projection d'un film identique réalisé par l'HAS par des acteurs professionnels mettant en évidence 2 situations de comportements opposés extrêmes à propos de l'annonce d'un dommage associé aux soins (avec MC pour mauvais comportement et BC pour bon comportement). Le critère principal de jugement était le score représentant la somme des points attribués à chaque item du questionnaire pour chaque situation testée une première fois (J1) puis une seconde fois à 24 heures d'intervalle (J2).

Résultats : le mauvais comportement (MC) est évalué très significativement plus bas que le bon comportement (BC) par l'ensemble des participants et par les groupes des étudiants et des enseignants ($p < 0.001$). Ces résultats sont indépendants de l'âge ($p = 0,1077$), du genre ($p = 0,3131$) et du niveau professionnel des évaluateurs ($p = 0,4376$). Les corrélations observées entre les scores attribués aux 2 comportements opposés évalués lors des tests T1 et retest T2 sont hautement significatives pour l'ensemble de la population ($p < 0,001$). Les scores pour chacune des 14 questions ne sont pas significativement différents entre les étudiants et les enseignants, à l'exception des questions n°8 et 10.

Conclusion : Dans sa version française le questionnaire de l'outil CAT est capable de différencier clairement des comportements opposés à une même situation clinique et permet de mettre en évidence que les jugements de ces comportements sont très semblables et stables entre des étudiants et des enseignants concernés. Aisé à mettre en œuvre, ce questionnaire, centré sur les patients et critérié, peut enrichir valablement les formations par simulation de la relation individuelle de soin en santé. Il peut ainsi représenter, au-delà de la simple analyse de la communication, un apport manifeste pour l'évaluation comportementale formative et sommative.

Mots clés : simulation humaine, relation de soin, communication médicale, CAT, évaluation comportementale

Abstract :

Context : simulation has become an essential method in the training of health personnel. The individual care relationship is an essential element for the quality of diagnosis, shared decision-making, compliance, follow-up, and therefore an essential element for the quality of care. Its simulation raises the difficult question of evaluating the behaviors observed during role-playing games.

Purpose : the purpose of our study was to analyze the value of the "Communication Assessment Tool" (CAT) questionnaire used in simulation, in terms of correspondence between a French-speaking population of students and teachers. Analyze from a perspective of evaluation from an individual relational, formative, predictive and criterion-referenced, based on their judgments of behavior in the face of two identical and opposite situations.

Subjects/material/method : the population included 120 French-speaking participants, including 81 students and 39 teachers in training at the "Pôle Lyon Sud de Simulation en santé" (PL3S). The participants were divided into groups of 10 according to the practice of the cluster's training. The situations evaluated consisted of the screening of an identical film produced by HAS by professional actors highlighting two situations of extreme opposite behaviors concerning the announcement of damage associated with care (with MC for bad behavior and BC for good behavior). The primary endpoint was the score representing the sum of the points attributed to each item of the questionnaire for each situation tested a first time (T1) then a second time at a 24-hour interval (T2).

Results : bad behavior (MC) is rated very significantly lower than good behavior (BC) by all the participants and by the groups of students and teachers ($p < 0.001$). These results are independent of age ($p = 0.1077$), gender ($p = 0.3131$) and professional level of the evaluators ($p = 0.4376$).

The correlations observed between the scores attributed to the 2 opposite behaviors assessed during the T1 and T2 tests are highly significant for the entire population ($p < 0.001$). Scores for each of the 14 questions are not significantly different between students and teachers, with the exception of questions 8 and 10.

Conclusion : In its French version, the questionnaire of the CAT tool is able to clearly differentiate behaviors opposed to the same clinical situation and makes it possible to highlight that the judgments of these behaviors are very similar and stable between students and teachers concerned. Easy to implement, this questionnaire, centered on patients and criteria, can validly

enrich training by simulation of the individual health care relationship. It can thus represents, beyond the simple analysis of communication, a clear contribution to formative and summative behavioral assessment.

key words : human simulation, care relation, medical communication, behavioral evaluation, CAT.

*Professeur émérite à l'université Claude Bernard Lyon 1

Coordinateur du Pôle Lyon Sud de Simulation en Santé (PL3S), Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux, 165 chemin du Petit Revoyet, BP 12, 69921 Oullins Cedex France - Courriel : guy.llorca@univ-lyon1.fr

Copyright © 2020 – Guy Llorca - All rights reserved – Non-commercial, educational use permitted.

Introduction :

Depuis une décennie la simulation est devenue une méthode incontournable de la formation des personnels en santé. Les recommandations nationales de 2012 de la Haute Autorité de Santé (HAS) distinguent clairement la simulation humaine, dont la gestion des comportements, des autres types de simulation¹. Depuis plusieurs années nous avons développé cette approche au sein du Pôle Lyon Sud de Simulation en Santé (PL3S, pl3s.univ-lyon1.fr) de la faculté de médecine et maïeutique Lyon Sud, et particulièrement ce que nous avons dénommé « simulation relationnelle » pour la différencier de l'analyse du facteur humain lors du travail en équipe qui ne répond pas aux mêmes nécessités puisqu'elle est essentiellement centrée sur les aspects de collaboration, de coopération et de coordination au sein d'une équipe.

Cette relation individuelle de soin représente un élément indispensable à la qualité du diagnostic, de la décision partagée, de l'observance et du suivi, donc un élément essentiel à la qualité des soins. Par une relation véritablement centrée sur le patient qui ne se résume pas à une simple communication, sa complexité a été bien mise en évidence dans l'important travail collaboratif dirigé par Richard et Lussier². Au PL3S, utilisant dans ce domaine toutes les catégories d'acteurs possibles³, nous avons privilégié la simulation entre pairs (*peer-role play*) qui permet de mieux appréhender le perçu des patients et représente une méthode efficiente⁴.

Dès lors se pose la question de l'évaluation comportementale des participants, évaluation que l'on souhaite prédictive, formative et critériée⁵. De nombreux travaux ont été consacrés à la production de grilles d'évaluation mais ces efforts sont, dans leur majorité, centrés sur une approche globale et sommative dans laquelle la partie relationnelle, souvent réduite à la seule communication, est analysée au travers de la représentation de « l'acteur soignant » et de son utilisation des langages. Ces grilles sont de plus difficilement comparables⁶. L'approche proposée avec le questionnaire « *Communication Assessment Tool* » (CAT) développé par Makoul et al⁷ nous est apparue plus conforme car centré sur le patient, robuste, et s'inscrivant bien dans l'évaluation des compétences de « communicateur »⁸, et non pas de la simple évaluation de l'application de règles générales qui gèrent l'utilisation des langages en communication appliquée au domaine de la santé.

Le but de notre étude a donc été d'analyser la valeur de l'outil CAT utilisé en simulation, en termes de correspondance entre une population francophone d'étudiants et d'enseignants, dans une perspective d'évaluation relationnelle individuelle, formative, prédictive et critériée, à partir de leurs jugements de comportements devant deux situations identiques et opposées.

Matériel et méthode :

Outil testé :

Notre choix d'utiliser le questionnaire de l'outil CAT de Makoul et al⁷ a été dicté par son centrage sur les souhaits et le perçu de patients adultes (il a été élaboré aux USA, en focus groupes, avec la participation de vrais patients, puis évalué par une enquête nationale portant sur 1011 entrevues). Cet outil est apparu comme robuste (il a été administré à 950 patients, par 38 médecins différents, dans les 6 domaines différents suivants : dermatologie, médecine de famille, neurochirurgie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, médecine physique et réadaptation fonctionnelle). Il possède une forte cohérence interne (α de Cronbach à 0,96), et il a été validé dans plusieurs pays en Europe⁹⁻¹².

Dans un premier temps nous avons traduit cet outil en français, en veillant à respecter les recommandations européennes de rédaction¹³, et internationales de traduction¹⁴. Comme pour les autres adaptations européennes ce questionnaire n'a pas nécessité d'adaptation importante du fait de la simplicité et de l'universalité de ses items. Nous avons cependant rendu son échelle de notation symétrique du fait du but de notre étude. Une vérification de sa compréhension a été ensuite réalisée par 4 personnes adultes, agents technico-administratifs du PL3S. Les questionnaires à administrer ont été proposées aux différents participants en support papier (cf. annexe).

Situation testée :

Pour tester une situation clinique identique et débouchant sur 2 comportements opposés et extrêmes, nous avons utilisé un film proposé par la HAS concernant « l'annonce d'un dommage associé aux soins »¹⁵. Ce film, réalisé avec des acteurs professionnels, a une durée de 10'44" et comporte 3 parties dont nous avons isolé 9 minutes pour les rendre neutres et éliminer les commentaires explicatifs inscrits en vidéo : la première partie qui présente la situation clinique a une durée de 3'18'', la seconde partie « d'annonce manquée » qui schématise un mauvais comportement (MC) a une durée de 1'28'', enfin la troisième partie « d'annonce satisfaisante » qui se veut refléter un bon comportement (BC) a une durée de 4'14''.

Population ciblée :

Le test a été proposé à deux groupes distincts de participants : un groupe de 81 étudiants et un groupe de 39 enseignants, en formation au PL3S, en début de leurs ateliers de formation. Les étudiants étaient en dernière année de 2^o cycle de formation initiale pour homogénéiser leur niveau : 63 en médecine et 18 en maïeutique. Les enseignants étaient représentés par des participants à des formations d'actualisation de formateurs en simulation et comportaient 25 médecins, 11 sages-femmes et 3 pharmaciens.

Méthode de l'intervention :

Le recrutement de ces 120 participants a été réalisée du 27 septembre 2019 au 2 décembre 2019 pour des raisons pratiques de faisabilité liées au calendrier de l'activité de formation du PL3S.

L'intervention a consisté en une présentation de l'étude à chaque groupe de participants (de 10 à 12 par groupe) en début de formation. Après acceptation volontaire et informée des participants, la situation filmée a été visualisée, puis, après chaque projection des 2^o et 3^o parties, sans aucun commentaire, il leur a été demandé de documenter le questionnaire d'évaluation du comportement des acteurs-médecins, en notant leur perçu et en se mettant à la place de la patiente, cette administration constituant un premier Test 'T1'. Après un délai de 24 heures la même opération a été reconduite, dans les mêmes conditions, avec chaque groupe, pour constituer un second test, le retest 'T2'. Les comportements évalués n'ont été éventuellement commentés à la demande des participants qu'après remise des évaluations du retest T2.

Le critère principal de jugement de l'étude était représenté par le score de jugement de chaque participant, pour chacun des 2 comportements des situations analysées. Ainsi le score de chaque comportement a été représenté par la moyenne de la somme des points indiqués pour chaque item de chaque questionnaire. (Le questionnaire comporte 14 questions qui peuvent être notées de 1 à 5, le score peut ainsi varier de 14 à 70, cf. annexe). Ont été également analysés comme critères secondaires qui pouvaient intervenir : l'âge, le genre et le niveau professionnel de chaque participant (étudiant en médecine ou en maïeutique ; enseignant médecin, sage-femme ou pharmacien).

L'analyse des données recueillies de façon anonyme a consisté en un traitement statistique descriptif global, puis une analyse comparative des différentes variables (en utilisant les tests de Wilcoxon, de Mann et Withney ou le test exact de Fisher selon le type des variables prises en compte), enfin une analyse corrélative par régression linéaire a été réalisée. Chaque participant a été son propre témoin pour ces différentes analyses.

Résultats :

La population étudiée : l'âge des 120 participants était de $30,3 \pm 10,1$ [21 à 63] ans, et comportait 70 femmes (58%) et 50 hommes (42%). Le groupe des 81 étudiants avait un âge de $24,9 \pm 4,3$ [21 à 32] ans, et était constitué de 45 femmes (56 %) et de 36 hommes (44%). Le groupe des 39 enseignants avait un âge de $40,8 \pm 2,5$ [26 à 63] ans, et était constitué de 25 femmes (64%) et de 14 hommes (36%).

Les deux groupes différaient évidemment en ce qui concerne leur âge, leur genre et leur niveau professionnel ($p < 0,001$).

Le temps de passation des tests, après projection des différentes parties, a toujours été court, inférieur à 6 minutes par questionnaire quel que soit le groupe.

Comparaison des comportements perçus :

La comparaison des scores obtenus pour les comportements analysés MC et BC avec l'ensemble des participants met en évidence une différence très hautement significative : pour MC au test T1 : $1,4 \pm 0,3$ [1,0 à 2,9], et pour BC au même test : $4,6 \pm 0,3$ [3,4 à 5,0] ($p < 0,001$). Il en est de même au test T2 : $1,4 \pm 0,3$ [1,0 à 2,8] pour MC, et $4,6 \pm 0,4$ [2,9 à 5,0] pour BC ($p < 0,001$). Cette différence est retrouvée avec chaque groupe analysé indépendamment (Tableau I).

Groupes	Tests	Situations	Moyenne \pm SD	[Min-Max]	P
Étudiants (N=81)	T1	Mauvais comportement	1,4 \pm 0,3	1,0 – 2,9	< 0,001
		Bon comportement	4,6 \pm 0,3	3,4 – 5,0	
	T2	Mauvais comportement	1,3 \pm 0,3	1,0 – 2,9	< 0,001
		Bon comportement	4,6 \pm 0,4	3,9 – 5,0	
Enseignants (N=39)	T1	Mauvais comportement	1,5 \pm 0,3	1,1 – 2,4	< 0,001
		Bon comportement	4,6 \pm 0,3	3,9 – 5,0	
	T2	Mauvais comportement	1,4 \pm 0,3	1,1 – 2,1	< 0,001
		Bon comportement	4,5 \pm 0,4	3,3 – 5,0	

Tableau I : Comparaison des scores attribués pour les bons et mauvais comportements, lors des tests (T1) et retests (T2), par les étudiants et les enseignants, avec SD pour déviation standard et P pour niveau de probabilité. Ces résultats sont indépendants de l'âge ($p=0,1077$), du genre ($p=0,3131$) et du niveau professionnel des évaluateurs ($p=0,4376$).

La comparaison des scores des étudiants et des enseignants entre les tests T1 et T2 objective une différence hautement significative entre les deux situations. Les scores attribués par les étudiants ne sont pas significativement différents de ceux attribués par les enseignants à l'exception du score attribué par les étudiants au mauvais comportement lors du test T2, score significativement plus bas que celui attribué lors du test T1 et que ceux attribués lors des deux tests par les enseignants ($p<0,001$). Cette constatation n'est pas retrouvée pour l'évaluation du bon comportement ($p=0,4268$; Figure 1).

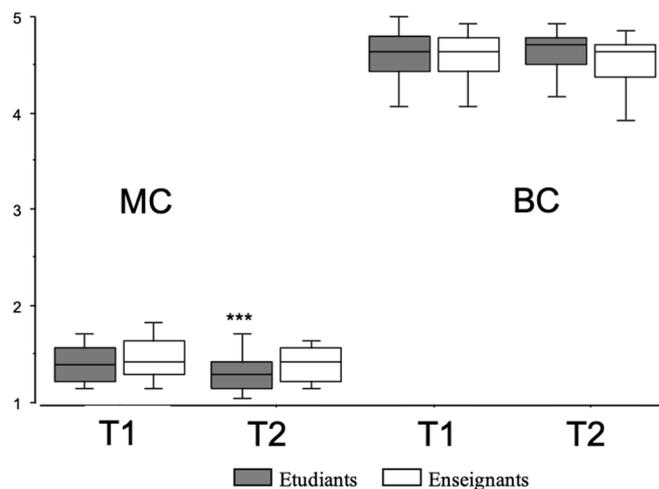


Figure 1 : Représentation des moyennes attribuées par les étudiants et les enseignants aux tests T1 et retest T2, avec MC pour mauvais comportement et BC pour bon comportement.

Stabilité des réponses :

Les corrélations observées entre les scores attribués aux 2 comportements opposés évalués lors des tests T1 et T2 sont hautement significatives pour l'ensemble de la population ($0,367 \leq R \leq 0,537$; $p < 0,001$; Figure n°2).

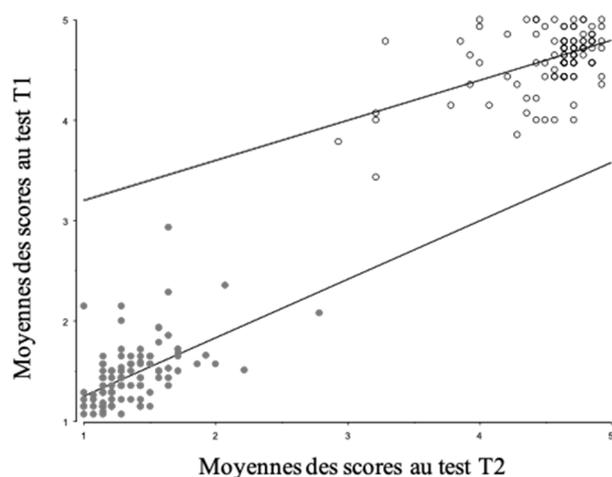


Figure 2 : Représentation des corrélations observées entre les scores attribués aux tests T1 et retest T2 par l'ensemble de la population (les droites représentent les pentes de chacune des régressions à la moyenne).

Ces nettes corrélations sont retrouvées avec le groupe des étudiants. En revanche, avec celui des enseignants, si cette forte corrélation est également retrouvée pour le mauvais comportement, elle n'est pas retrouvée pour le bon comportement (Tableau II).

Catégories	Tests	Séquences	R	P
Étudiants	T1	Mauvais comportement	0,503	< 0,001
	T2	Mauvais comportement		
	T1	Bon comportement	0,501	< 0,001
	T2	Bon comportement		
Enseignants	T1	Mauvais comportement	0,612	< 0,001
	T2	Mauvais comportement		
	T1	Bon comportement	0,289	= 0,1607
	T2	Bon comportement		

Tableau II : Corrélations observées entre les scores attribués lors des tests T1 et retest T2 par les étudiants et les enseignants, avec R pour coefficient de corrélation et P pour niveau de probabilité.

Analyse des scores par question :

Les moyennes des scores pour chacune des 14 questions ne sont pas significativement différentes entre les étudiants et les enseignants, à l'exception de la question n°8 qui est significativement mieux notée que les autres pour le mauvais comportement (*M'a parlé avec des mots clairs et compréhensibles*), et de la question n°10 qui obtient la note significativement la plus basse pour la même situation (*M'a encouragé (e) à poser des questions*) quel que soit le groupe. Cette nette différence est retrouvée à l'identique aux deux tests T1 et T2 avec les 2 groupes ($p < 0,001$).

La représentation des scores par question met de plus en évidence une similitude manifeste (Figure n°3).

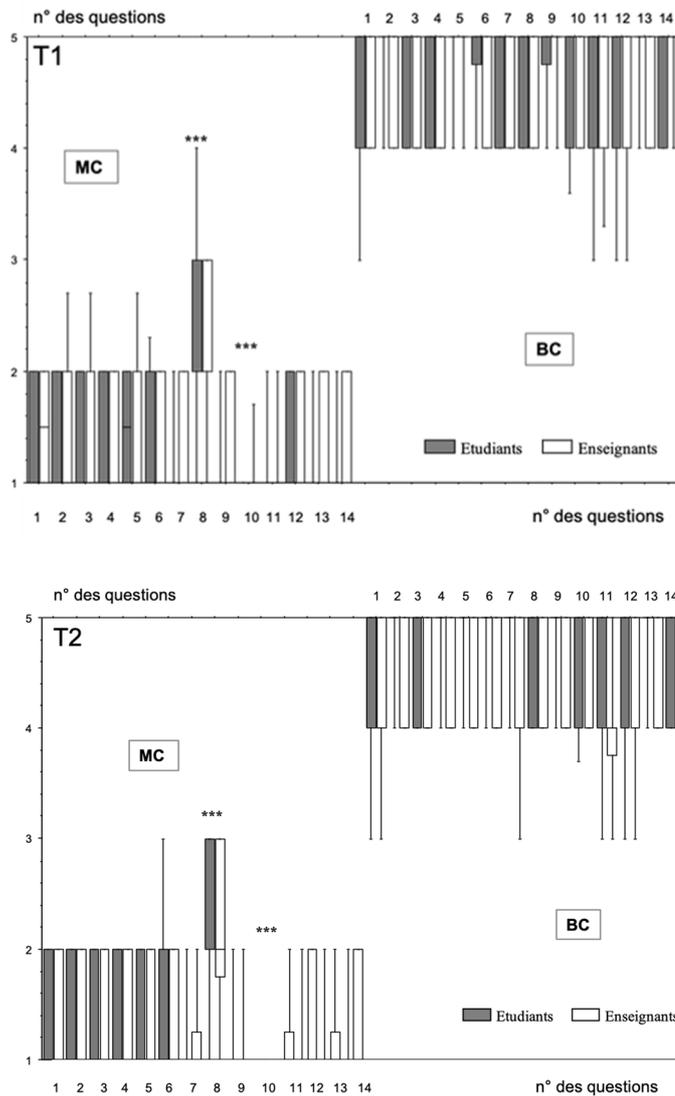


Figure 3 : Représentation des moyennes obtenues par chacune des 14 questions aux évaluations des situations MC (mauvais comportement) et BC (bon comportement) par les étudiants et les enseignants, lors des tests T1 et retest T2.

Discussion :

L’outil CAT a démontré son intérêt dans toutes les études réalisées avec de vrais patients quel que soient les domaines explorés, le milieu ambulatoire ou hospitalier, l’adaptation socioculturelle, ou le niveau des soignants¹⁶⁻¹⁸.

Il a également été considéré comme performant en matière de simulation, tant avec des patients standardisés en évaluation formative¹⁹, qu’au cours d’ECOS¹¹.

Notre étude apporte un élément supplémentaire en mettant en évidence une nette concordance des jugements entre des étudiants du domaine médical en fin d’étude et leurs enseignants lors de l’évaluation de situations comportementales identiques.

Ce questionnaire permet de distinguer nettement des comportements diamétralement opposés d'un soignant, tant du point de vue des étudiants que de celui des enseignants, et de manière indépendante de leur âge, de leur genre et de leur niveau professionnel.

Cette constatation est stable à 24 heures, mais il existe un durcissement de l'évaluation du mauvais comportement par les étudiants au second test, certainement lié à un effet d'autoformation exercé par la découverte d'un exemple de bon comportement qui a pu modifier une vision spontanément paternaliste en première intention de leur part (effet d'apprentissage du questionnaire et du film).

La concordance des jugements met également en évidence une excellente corrélation entre les deux tests, à l'exclusion cette fois des deux évaluations du bon comportement par les enseignants qui, si leurs moyennes ne diffèrent pas significativement, ne sont plus significativement corrélées. Cette constatation peut trouver une explication dans la plus grande dispersion de leurs jugements mise en évidence sur la figure n°1. Là aussi une explication peut être trouvée dans un jugement critique a posteriori des enseignants concernant un « bon comportement » dont les critères sont plus difficilement consensuels pour des praticiens expérimentés.

L'analyse des résultats pour chacune des 14 questions met en évidence une grande similitude des jugements, y compris dans leurs limites, puisque la question n° 8 obtient la note moyenne la plus haute, et la question n° 10 obtient la note moyenne la plus basse aux deux tests et avec chacun des deux groupes. La stabilité des jugements pour chaque question est évidente sur les représentations des figures n°3 mettant en évidence la bonne cohérence interne du questionnaire retrouvée dans toutes les études.

Ces questions les mieux et les moins bien notées sont mentionnées par Armijo-Rivera et al¹¹ et très voisines de celles retrouvées par Ferranti et al¹⁹.

Cette cohérence réside certainement en grande partie dans le fait que les items ayant servi à élaborer le questionnaire sont centrés sur les patients et non sur les apprenants. Ils reflètent ainsi bien plus des compétences clés relationnelles⁸ qu'une simple analyse d'application de règles élémentaires de communication. Ainsi ce questionnaire permet d'appréhender les domaines de l'empathie, de l'élaboration et du maintien d'un climat de confiance, de la qualité de l'information délivrée, de la réalisation d'une décision partagée et des modalités de son suivi, du temps consacré perçu, domaines pertinents qui ont été pointés comme essentiels par les patients lors de l'élaboration du questionnaire.

Utilisé en évaluation relationnelle individuelle ce questionnaire représente ainsi un outil consensuel susceptible d'enrichir nettement le débriefing de séances de simulation en mettant en évidence les zones d'insuffisance de cette relation individuelle de soin. Facilement automatisable, il peut également permettre l'analyse des opinions de groupes, et favoriser ainsi les synthèses centrées sur les critères d'amélioration des pratiques mis en évidence.

Dans notre étude son excellente acceptabilité est retrouvée comme dans toutes les études où elle a été analysée. Elle répond ainsi à la nécessité essentielle d'une acceptabilité « étudiant-enseignant-institution » pour guider le choix de questionnaires d'évaluation.

Toutefois, notre étude a été volontairement partielle :

Elle n'a été conduite que dans un milieu médical et mériterait d'être étendue aux personnels paramédicaux.

Elle a concerné des étudiants en fin de cursus et mériterait, de la même manière, d'être étendue à des étudiants débutants ou moins avancés dans leur cursus.

Elle a confronté des étudiants et des enseignants à une situation médicale relativement simple et impliquant une patiente adulte. Ce questionnaire mériterait aussi d'être confronté à des situations plus délicates comme par exemple celles rencontrées en pédiatrie, en gériatrie ou en psychiatrie, ainsi qu'à des situations mettant en jeu une démarche éthique complexe où des avis d'experts doivent être autant sollicités que l'opinion des patients et de leur entourage²⁰.

Notre étude devrait enfin d'être complétée par une validation du questionnaire dans son adaptation française, avec de vrais patients francophones, lorsque que les conditions pratiques le permettront.

Conclusion :

Dans sa version française le questionnaire de l'outil CAT est capable de différencier clairement des comportements opposés à une même situation clinique et permet de mettre en évidence que les jugements de ces comportements sont très semblables et stables entre des étudiants et des enseignants concernés. Aisé à mettre en œuvre, ce questionnaire, centré sur les patients et critérié, peut enrichir valablement les formations par simulation de la relation individuelle de soin en santé. Il peut ainsi représenter, au-delà de la simple analyse de la communication, un apport manifeste pour l'évaluation comportementale formative et sommative.

Déclaration d'intérêt : aucun lien d'intérêt n'est déclaré par l'auteur.

Considérations éthiques : Un consentement verbal de participation a été obtenu de tous les participants après présentation de l'étude. Cette étude était sans incidence pour les personnes et pour leur cursus. Le droit de non-participation sans conséquence a été indiqué, ainsi que le traitement anonyme des réponses. La participation a été bénévole.

Soutien logistique et budgétaire : PL3S (Pôle Lyon Sud de Simulation en Santé) et programme SAMSEI (Stratégies d'Apprentissage des Métiers de la Santé en Environnement Immersif : Initiative d'Excellence en Formations Innovantes, n°ANR-11-IDFI-0034).

Remerciements : aux participants à l'étude et, particulièrement, à Christine Tacnet pour son aide logistique et à Thierry Fusai pour leur participation au recueil des données.

Références :

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Décembre 2012. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante
2. Richard C et Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Pearson ERPI, Montréal, 2016.
3. Demaurex F et Vu N. Patients simulés/standardisés. In : Boet S, Granry J.C, Savoldelli G. La simulation en santé : De la théorie à la pratique. Springer Paris, 2013 : 51-62 doi: 10.1186/s12909-019-1557-3
4. Gelis A., Cervello S., Rey R., Llorca G., Lambert P., Franck N., Dupeyron A., Delpont M., and Rolland R. Peer role-play for training communication skills in medical students: a systematic review. Simulation in Healthcare, (2020) ;15, 2 : 106-111

5. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale* 2002 ; 3 :38-52
6. Setyonugroho W, Kennedy KM, Kropmans TJB. Reliability and validity of OSCE checklists used to assess the communication skills of undergraduate medical students: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 2015, 98,12: 1482-1491
7. Makoul G, Krupat E and Chang C-H. 'Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool', *Patient Education and Counseling*, 2007; 67(3): 333–342. doi: 10.1016/j.pec.2007.05.005.
8. Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A (rédacteurs). *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Ottawa 2015.
9. Scala D, Enrica Menditto E, Armellino MF, Manguso F, Valeria Marina Monetti VM, Orlando V, Antonino A, Makoul G and De Palma M. Italian translation and cultural adaptation of the communication assessment tool in outpatient surgical clinic *BMC Health Services Research*, 2016; (16)163:1-7 DOI 10.1186/s12913-016-1411-9
10. Świątoniowska-Lonc N, Białoszewski A, Makoul G, Jankowska-Polańska B. Translation and Cultural Adaptation of the Polish Version of the Communication Assessment Tool (CAT). *Risk Manag Healthc Policy*. 2020; 13:1533-1542 <https://doi.org/10.2147/RMHP.S261710>
11. Armijo-Rivera S, Behrens CC, M.E. Giaconi ME, Hurtado AS, Fernandez MR, Parra PA, Morales MV y Makoul G. Validación de la versión en español de un instrumento de evaluación de la comunicación centrada en el paciente en OSCE. *Educación Médica*, <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.12.007>
12. Balanescu AR,2, Bojinca VC, Schweitzer A-M, Joca B, Mardale DA, Badea D and Bojinca M. Translation and cultural adaptation of a Romanian version of the communication assessment tool (CAT_Ro) *BMC Health Services Research* 2021; 21:184 <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06186-w> CAT
13. UNAPEI. L'information pour tous. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre. ISBN : 2-35001-013-9. 2009 . Disponible à : <https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/L'information-pour-tous-Règles-européennes-pour-une-information-facile-à-lire-et-à-comprendre.pdf> 2009
14. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee Lorenz A, Erikson P. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8:94---104
15. HAS. Annonce d'un dommage associé aux soins (disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins)
16. Stausmire JM, Cashen CP, Myerholtz L, Buderer N. 'Measuring General Surgery Residents' Communication Skills From the Patient's Perspective Using the Communication Assessment Tool (CAT)', *Journal of Surgical Education*. Elsevier 2015, 72(1) : 108–116. doi: 10.1016/J.JSURG.2014.06.021.
17. Goba GK, George J, Alemayehu M, Amdeslasie F, Divelbess K, Makoul G, Curry RH, Stephenson MD. Translation, Adaptation, and Assessment of the Communication Assessment Tool in Tigray, Northern Ethiopia. *Journal of Graduate Medical Education Supplement*, 2019 141-45
18. Trickey, AW, Newcomb AB, Porrey M, JeffreyWright J, Bayless J, Piscitani F, Graling P, Dort J . 'Assessment of Surgery Residents' Interpersonal Communication Skills: Validation Evidence for the Communication Assessment Tool in a Simulation Environment', *Journal of Surgical Education*. Elsevier 2016, 73(6) : e19–e27. doi: 10.1016/J.JSURG.2016.04.016.
19. Ferranti DE, Makoul G, Forth VE, Rauworth J, Lee J, Williams MV. Assessing Patient Perceptions of Hospitalist Communication Skills Using the Communication Assessment Tool (CAT). *Journal of Hospital Medicine* 2010, 5(9) : 522-27
20. Llorca G, Roy P, Riche B. Évaluation de résolution de problèmes mal définis en éthique clinique : variation des scores selon les méthodes de correction et les caractéristiques des jurys. *Pédagogie Médicale* 2003 ; 4 : 80-8

ANNEXE :

Questionnaire comportemental relationnel (QCR)*.

La communication avec un patient représente une part très importante de la qualité des soins médicaux. Nous aimerions savoir comment vous avez ressenti la façon qu'a utilisé votre médecin pour communiquer avec vous. Vos réponses seront totalement confidentielles, sentez-vous donc totalement libre et le plus honnête possible dans vos réponses. Avec nos remerciements.

Merci d'entourer le chiffre correspondant à votre réponse pour chacune des 14 questions suivantes :

Ce médecin :		Très mal	Mal	Moyen	Bien	Très bien
1	A su me mettre à l'aise	1	2	3	4	5
2	M'a traité(e) avec respect	1	2	3	4	5
3	A montré de l'intérêt pour mes idées concernant ma santé	1	2	3	4	5
4	A compris mes principales préoccupations concernant ma santé	1	2	3	4	5
5	M'a montré de l'attention (m'a regardé(e), m'a écouté(e) attentivement)	1	2	3	4	5
6	M'a laissé(e) parler sans m'interrompre	1	2	3	4	5
7	M'a donné toute l'information que je souhaitais	1	2	3	4	5
8	M'a parlé avec des mots clairs et compréhensibles	1	2	3	4	5
9	S'est assuré(e) que j'avais tout compris	1	2	3	4	5
10	M'a encouragé(e) à poser des questions	1	2	3	4	5
11	M'a impliqué(e) dans les décisions autant que je le désirais	1	2	3	4	5
12	M'a décrit chaque étape, en précisant les conditions de suivi	1	2	3	4	5
13	M'a montré que je comptais et qu'il(elle) était concerné(e)	1	2	3	4	5
14	A passé avec moi le temps nécessaire	1	2	3	4	5

*d'après G. Makoul et al ⁶. Copyright © 2004 – Gregory Makoul, PhD – All rights reserved – Non-commercial, educational use permitted.