



HAL
open science

Reliability and validity of a workbook for assessment of professional competencies of internal medicine residents

G Bonnard, Fleur Cohen-Aubart, O Steichen, A Bourgarit, Sebastien Abad, B Ranque, J Pouchot, A Dossier, A Espitia-Thibault, Patrick Jego, et al.

► To cite this version:

G Bonnard, Fleur Cohen-Aubart, O Steichen, A Bourgarit, Sebastien Abad, et al.. Reliability and validity of a workbook for assessment of professional competencies of internal medicine residents. *La Revue de Médecine Interne*, 2019, *La Revue de Médecine Interne*, 40, pp.419-426. 10.1016/j.revmed.2019.02.003 . hal-04318612

HAL Id: hal-04318612

<https://hal.univ-lille.fr/hal-04318612v1>

Submitted on 29 Nov 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Evaluation multicentrique de la reproductibilité et de la validité d'un carnet d'évaluation des compétences professionnelles des internes de médecine interne.

Reliability and validity of a workbook for assessment of professional competencies of internal medicine residents.

G. Bonnard^a, F. Cohen-Aubart^b, O. Steichen^c, A. Bourgarit^d, S. Abad^e, B. Ranque^f, J. Pouchot^f, A. Dossier^g, A. Espitia-Thibault^a, P. Jegou^h, B. Granelⁱ, D. Launay^j, E. Rivière^k, C. Le Jeune^l, L. Mouthon^l, P. Pottier^{a,m}.

Pour le groupe « évaluation des compétences » du Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI).

^a Service de Médecine Interne, Hôtel-Dieu, CHU de Nantes, 44093 Nantes, France;

^b Sorbonne Université. Service de médecine interne 2, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), 75013 Paris, France;

^c Service de Médecine Interne, hôpital Tenon, université Paris-VI Pierre-et-Marie-Curie, AP-HP, 75970 Paris ;

^d Service de Médecine Interne, Hôpital Jean Verdier, AP-HP, 93140 Bondy, France ;

^e Service de Médecine Interne, Hôpital Avicenne, AP-HP, 93000 Bobigny, France ;

^f Service de Médecine Interne, hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, 75015 Paris ;

^g Service de Médecine Interne, hôpital Bichat, Université Paris Diderot, PRES Sorbonne Paris Cité, AP-HP, 75877 Paris ;

^h Service de Médecine Interne, CHU de Rennes, 35200 Rennes, France;

ⁱ Service de Médecine Interne, CHU Nord, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, 13015 Marseille, France ;

^j Département de Médecine Interne et Immunologie Clinique, CHU Lille, 59037 Lille, France ;

^k Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses , Hôpital Haut-Lévêque, CHU de Bordeaux, 33600 Pessac, France ;

^l Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Université Paris Descartes, AP-HP, 75014 Paris ;

^m SPHERE U1246, Inserm, université de Nantes–université de Tours, 44000 Nantes, France.

RESUME

Introduction : Des outils d'évaluation des compétences professionnelles des internes par observation directe sur le lieu d'exercice sont validés mais leur appropriation reste anecdotique en France. L'objectif de cette étude était d'évaluer la reproductibilité et la validité d'un carnet d'observation comprenant plusieurs grilles évaluant différentes composantes de la compétence professionnelle.

Méthode : Trois grilles ont été testées, au cours d'une étude multicentrique sur 6 mois impliquant 12 services de médecine interne français : une grille d'observation de l'examen clinique (mini-EC), une grille d'observation des compétences relationnelles (OD_CR) et une grille d'évaluation des compétences génériques (E_360), remplie par tous les collaborateurs de l'interne. La reproductibilité a été évaluée par le coefficient de corrélation intra-classe (CCI) et par le coefficient alpha de Cronbach. La validité a été appréciée par la capacité à détecter une amélioration des compétences dans le temps et avec l'ancienneté de l'interne.

Résultats : 25 internes ont été inclus. Le coefficient alpha de Cronbach était à 0,90 (n=70) pour la grille mini-EC, 0,89 pour la grille OD_CR (n=62) et à 0,77 pour la grille E_360 (n=86). Les CCI étaient très variables selon les items pour les deux grilles mini-EC et OD_CR, en partie en raison du faible nombre d'observations réalisées par interne. Ces grilles ont détecté une progression des internes pour la plupart des items entre M1 et M6. Les scores de la grille E_360 étaient élevés, à $7,3 \pm 0,8$ à $8,3 \pm 2,4$ (score maximum 9) et ne variaient que très peu pas avec l'ancienneté de l'interne.

Conclusion : Garantir la reproductibilité de l'évaluation des compétences avec ces grilles ne paraît pas faisable en l'état actuel de nos moyens sur nos lieux d'exercice. En revanche, ces

grilles pourraient être intégrées au portfolio des internes comme supports des débriefings, afin de documenter les progrès réalisés au cours de leur formation.

Mots-clés : compétence, outils d'évaluation, lieu d'exercice, internes, étude psychométrique

ABSTRACT

Introduction: Though several assessment tools for resident professional skills based on workplace direct observation have been validated, they remain scarcely used in France. The objective of this study was to evaluate the reliability and the validity of a workbook including several assessment forms for different components of the professional competency.

Methods: Three assessment forms have been tested over a period of 6 months in a multicentric study including 12 French internal medicine departments: the French version of the mini-CEX, an interpersonal skills assessment form (OD_CR) and the multisource feedback form (E_360). Reliability has been assessed using the intra-class correlation coefficient (ICC) and the Cronbach alpha coefficient. Arguments for validity have been provided looking at the ability of the forms to detect an increase in the scores over time and according to the level of experience of the resident.

Results: 25 residents have been included. The Cronbach alpha was of 0.90 (n=70) with the mini-CEX, 0.89 with the OD_CR (n=62) and 0.77 with the E_360 (n=86). ICC showed a wide variation according to the items of the mini-CEX and the OD-CR probably due to the poor number of observations performed by residents. The scores of most of the items of these two forms increased between M1 and M6. The scores of the E_360 were high: 7.3 ± 0.8 to 8.3 ± 2.4 (maximum 9) and did not vary according to the level of experience.

Conclusion: This study suggests that it would be difficult to ensure a sufficient reliability for professional skills assessment using these tools given our available current human and material resources. However, these assessment forms could be added to the resident portfolio as supports for the debriefing in order to document their progression during their formation.

Key-words: competency, assessment tools, workplace, residents, psychometric study

INTRODUCTION

La réforme du 3^e cycle des études médicales (TCEM) mise en place depuis novembre 2017 modifie profondément l'organisation pédagogique et les méthodes d'apprentissage. L'aspect central de cette réforme est la conception d'un apprentissage basé sur l'acquisition de compétences professionnelles. Selon Parent et Jouquan [1], la compétence se définit comme le fait de « savoir agir adéquatement dans une situation professionnelle donnée ». Selon Jacques Tardif [2], elle mobilise plusieurs ressources : des ressources internes comprenant des savoirs théoriques et pratiques, et des ressources externes si les ressources internes paraissent insuffisantes pour résoudre le problème médical donné (savoir aller chercher efficacement une information auprès de personnes ou de documents par exemple). En médecine interne, les compétences se développent dans des situations professionnelles par essence complexe, source d'incertitude qu'il faut apprendre à tolérer et à gérer [3].

L'approche par compétence nécessite la mise en place de dispositifs d'évaluation des compétences professionnelles. Des recommandations générales, destinées à tous les collèges d'enseignants ont été émises par la Coordination Nationale des Collèges des Enseignants de Médecine (CNCEM). Ces recommandations, disponibles sur le site de la CNCEM (<http://cncem.fr/>), doivent être adaptées et déclinées dans chacun des dispositifs d'évaluation des collèges d'enseignants, aux différentes phases du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) : la phase socle, la phase d'approfondissement et la phase de consolidation [4].

En médecine interne, l'évaluation des compétences professionnelles repose sur l'évaluation pendant les stages, dont les traces sont colligées sur un e-carnet depuis novembre 2016 pour

certains services volontaires et sur l'auto-évaluation dans le cadre d'un e-learning (accessible sur le livret de l'interne).

La compétence professionnelle s'évalue à partir de la performance de l'interne en situation professionnelle. Cette caractéristique implique l'utilisation d'outils facilitant l'observation instantanée (ou observation directe) et le débriefing des internes, *in situ*, dans leurs différents milieux d'exercice, ce que les Nord-Américains ont appelé le *workplace based assesement* [5].

Le débriefing est une réflexion guidée ou facilitée, planifiée après une mise en situation professionnelle de l'étudiant, dont l'objectif principal est d'identifier les ressources utilisées et les lacunes dans les connaissances ou les compétences. Le feedback (ou rétroaction), temps important du débriefing, est une restitution à l'étudiant d'informations spécifiques (à l'action réalisée) basées sur la comparaison entre la performance observée et la performance idéalement attendue, dans le but d'améliorer ses performances futures. L'utilisation du feedback a un effet démontré sur l'amélioration des pratiques professionnelles [6].

Des outils d'observation directe sont déjà validés et largement utilisés notamment dans les pays anglo-saxons. L'analyse des méthodes d'évaluation des compétences proposées par les collègues d'enseignants dans le cadre de la réforme, réalisée par le groupe « évaluation des compétences » de la CNCEM montre que leur utilisation reste anecdotique en France.

Le présent travail s'est effectué dans le prolongement d'une étude pilote tri-centrique publiée récemment [7], dont l'objectif était d'évaluer la faisabilité, la reproductibilité et la validité de deux grilles d'observation directe des compétences cliniques pour l'évaluation des internes en situation professionnelle.

L'objectif de cette seconde étude était d'évaluer, à plus grande échelle, la reproductibilité et la validité de plusieurs grilles évaluant différentes composantes des compétences professionnelles, intégrées dans un carnet d'observation directe des internes en stage. Cette étude a été coordonnée

par le groupe « évaluation des compétences », au sein du Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI).

METHODES

Outils d'évaluation

Le carnet d'observation directe comprenait 3 grilles d'évaluation, traduites de l'anglais (par un anglophone natif). Ces grilles ont été sélectionnées parmi de nombreux outils existants en fonction de leurs qualités psychométriques (fiabilité et validité notamment) rapportées dans la littérature [8-17], avec le souci d'évaluer différentes composantes de la compétence. Ainsi, nous avons sélectionné :

- Une grille d'observation de l'examen clinique, le mini-EC (dérivée du *Mini-Clinical Examination*) [8,9] pour l'observation directe de la réalisation de l'examen clinique (cf. annexe 1).
- Une grille d'évaluation des compétences génériques, version française du *Multi-Source Feedback ou MSF*) [10-12], remplie par tous les collaborateurs de l'interne sur son lieu de travail, évaluant le travail en équipe, le leadership, les compétences éthiques, le professionnalisme, nommée E_360 pour évaluation à 360° (cf. annexe 2).
- Une grille d'observation des compétences relationnelles, dérivées du SPSQ (*Standardized Patient Satisfaction Questionnaire*), nommée OD_CR (observation directe des compétences relationnelles ; cf. annexe 3). Elle a été traduite de la grille originale anglaise SPSQ puis validée dans sa version française [13]. Chaque item comprend 5 propositions : médiocre, passable, bien, très bien, excellent. Une valeur numérique a été attribuée à chaque proposition par ordre croissant : 0 correspondant à médiocre, et 4 correspondant à excellent.

Les grilles mini-EC et MSF ont été choisies car leur version anglaise cumulait des preuves solides dans la littérature concernant leur reproductibilité et leur validité. La grille OD_CR a été sélectionnée car sa traduction française était d'emblée disponible et validée par une étude récente menée par l'un des investigateurs de la présente étude.

Un guide visant à centrer le débriefing sur l'acquisition de compétences a été fourni avec le cahier d'observation.

Critères d'inclusion des internes

Nous avons inclus les internes volontaires réalisant leur semestre dans les services investigateurs, inscrits au DES de médecine interne ou dans un autre DES.

Le seul critère d'exclusion retenu était le refus de participer.

Plan expérimental (Figure 1)

Nous avons mené une étude prospective multicentrique impliquant 12 services de médecine interne universitaires français, comprenant 7 centres hospitaliers universitaires d'Ile de France, et 5 provinciaux (Nantes, Rennes, Marseille, Lille, Bordeaux). La période d'étude s'étendait sur 6 mois, du 2 novembre 2016 au 2 mai 2017. Il était prévu d'inclure 4 internes par centre.

Pour les grilles mini-EC et OD_CR, l'évaluation comportait deux temps : en début (fin novembre 2016) et en fin de stage (fin avril 2017) pour chaque interne inclus. Pour un même interne, une ou plusieurs grilles pouvaient être utilisées pendant la première séance d'observation. Pour chaque grille remplie lors de cette première évaluation, il était demandé de remplir une grille identique lors de la seconde séance d'évaluation en fin de semestre, afin de tester la sensibilité des grilles à la progression de l'interne. Chaque évaluation était réalisée par un binôme d'observateurs (professeur des universités–praticien hospitalier, maître de conférences des universités–praticien hospitalier ou assistant-chef de clinique) présents dans la chambre du patient au moment de l'examen clinique réalisé par l'interne (sauf pour le questionnaire d'évaluation à 360°, utilisé « hors chambre »).

A la fin de chaque examen, un débriefing était réalisé par au moins un des observateurs auprès de l'interne, en s'appuyant sur les résultats des grilles sans les dévoiler.

Pour la grille E_360, l'évaluation comptait deux temps, à la fin du 3^e mois de stage et lors de la dernière semaine du stage. Cette grille devait être complétée par au moins deux observateurs différents, patients et/ou proches collaborateurs de l'interne quels que soit leur profession (médicale ou paramédicale) et leur grade.

Considérations éthiques

Le protocole a reçu l'avis favorable du Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS). La seule modification concernait l'ajout des grilles E_360. Les internes étaient volontaires, informés des objectifs et de la méthode et ont signé un consentement. Les patients ont été tenus informés des procédures liées à l'étude et leur consentement écrit a été recueilli. La validité de ces grilles n'étant pas encore prouvée, l'interne était informé que les résultats de ces évaluations n'étaient pas pris en compte pour la validation de son stage

Analyse statistique

Fiabilité des grilles

La recherche d'un effet centre a été réalisée par une analyse de variance univariée. L'analyse multivariée incluant l'effet centre n'était pas réalisable compte tenu du nombre de centres, et du nombre de questionnaires recueillis, par manque de degré de liberté.

La reproductibilité inter-observateur a été évaluée par le coefficient de corrélation intra-classe (CCI) pour le score de chaque item de la grille.

Le coefficient alpha de Cronbach a été calculé pour chaque grille, afin d'évaluer la cohérence interne des questionnaires.

Les comparaisons de variables discrètes ont été réalisées en utilisant le test du Khi2.

Validité des grilles

La validité a été appréciée en étudiant l'effet en analyse de variance univariée puis multivariée de deux variables (en prenant en compte leur interaction) sur les scores des grilles mini-EC et OD_CR à savoir :

- le moment de l'évaluation dans le stage (début de stage ou premier mois (M1), et fin de stage ou dernier mois (M6). L'objectif était d'évaluer si les grilles pouvaient détecter une amélioration des compétences dans le temps, quel que soit le centre et quel que soit le niveau de l'interne.
- l'ancienneté de l'interne (appelé effet niveau DES). Les scores devraient être meilleurs pour les internes plus expérimentés pour des niveaux de difficulté identique, quel que soit le centre, et quel que soit le moment de l'observation.

L'analyse de la sensibilité des grilles à détecter une progression des internes dans le temps (pendant 6 mois au sein d'un même stage, ou sur une échelle plus longue au cours de leur formation pour le DES) est une méthode parmi d'autres pour apporter des arguments pour leur validité. D'autres méthodes auraient pu être utilisées comme la comparaison des résultats obtenus à ceux d'un outil d'évaluation des compétences déjà validé et reconnu comme tel (validité concomitante) ou encore la capacité des grilles à prédire les performances des étudiants en situation professionnelle (validité prédictive). Ces méthodes de validation n'ont pas été retenues par manque d'outils de référence disponibles en français ou pour des raisons de faisabilité.

RESULTATS

Population de l'étude et données générales sur l'utilisation des grilles (cf. Tableau 1)

Au cours de la période d'étude, 25 internes ont été inclus à partir de 11 centres sur les 12 participants, dont 6 centres en Ile de France et 5 dans les autres régions. Parmi ces 25 internes, 7 (28%) seraient maintenant considérés en phase socle, 16 (64%) en phase d'approfondissement et 2 (8%) en phase de consolidation. Vingt et un (84%) étaient inscrits en DES de médecine interne et 4 (16%) à un autre DES (3 en médecine générale et un DES non renseigné)

Le temps médian d'observation directe par les évaluateurs a été de 25 min (écart type : 12,5 min ; [5-60]). Le temps médian consacré au débriefing a été de 15 min (écart type : 8,2 min ; [7-45]).

Le nombre de grilles recueillies, ainsi que leurs principales caractéristiques sont résumés dans le Tableau 1.

Pour la grille mini-EC, une évaluation à M1 puis à M6 systématique a été réalisée chez 15 internes (60%). Une double évaluation de l'interne par un binôme d'enseignants a été réalisée dans la majorité des cas (85%). Le niveau de complexité des problématiques cliniques était faible dans 27,2% des cas, modéré dans 55% et élevé dans 18,3%.

Concernant la grille d'évaluation des compétences relationnelles (OD_CR), une évaluation systématique à M1 et M6 a été réalisée dans plus de la moitié des cas (56%). Une double évaluation par le binôme d'évaluateurs a été obtenue dans 84% des cas.

Pour les questionnaires d'évaluation à 360° (E_360), 86 grilles ont été recueillies, évaluant 18 internes différents. La grande majorité des observations n'étant pas datée, la proportion d'évaluations réalisées à M3 et M6 n'a pas pu être évaluée, contrairement à ce qui était prévu dans le protocole. En moyenne, 4,7 fiches par interne (minimum : 1, maximum : 14) ont été remplies par les collaborateurs de l'interne. Soixante-quinze pour cent des grilles ont été remplies

par des professionnels paramédicaux (aide-soignante, infirmière diplômée d'Etat, cadre de santé ou assistante médico-administrative).

Le coefficient alpha de Cronbach était à 0,90 (n=70) pour la grille mini-EC, 0,89 pour la grille OD_CR (n=62) et à 0,77 pour la grille E_360 (n=86).

Analyse par grille

Résultats des grilles d'évaluation de l'examen clinique (mini-EC, cf. Tableau 2)

On note une augmentation significative de la moyenne des scores à M6 pour l'item 1 (entretien médical : $6,7 \pm 1,1$ à M1 versus $7,4 \pm 1,3$ à M6 ; $p=0,02$), l'item 2 (examen physique : $6,8 \pm 1,2$ à M1 versus $7,2 \pm 1,3$ à M6 ; $p=0,02$), l'item 3 (qualités humaines : $7,4 \pm 1,1$ à M1 versus $8 \pm 0,8$ à M6 ; $p=0,001$) et l'item 7 (compétence clinique globale : $6,8 \pm 1,1$ à M1 versus $7,2 \pm 1$ à M6 ; $p=0,02$). Pour les autres items, le score a augmenté à M6 mais sans atteindre la significativité statistique.

Seuls l'item 3 (qualités humaines), l'item 4 (raisonnement clinique) et l'item 7 (compétence clinique globale) augmentaient de façon significative avec le niveau du DES en analyse multivariée.

On note un effet centre important et significatif pour tous les items de la grille mini-EC en analyse univariée. Il n'y avait pas d'interaction significative entre le niveau de DES et le moment de l'évaluation (à M1 ou M6). Il n'y avait pas de différence significative pour le niveau de complexité, évalué par les observateurs entre M1 et M6 ($p=0,7$, test du Khi2).

Les coefficients de corrélation inter-juges étaient satisfaisants ($ICC > 0,4$), sauf pour les items 3 et 4 correspondant respectivement aux qualités humaines ($ICC = 0,2$) et au raisonnement clinique ($ICC = 0,18$).

Résultats des grilles d'évaluation des compétences relationnelles évaluées par l'observateur (OD_CR, cf. Tableau 3)

La comparaison de la moyenne des scores par items entre M1 et M6 met en évidence une augmentation significative pour tous les items, sauf pour les items 2 et 4 correspondant respectivement aux capacités d'accueil et d'écoute.

Le niveau du DES avait un impact significatif sur les scores des items 6, 8, et 10 seulement. Il existait une interaction entre le niveau de DES et le moment de l'observation uniquement pour l'item 7.

Les coefficients de corrélation inter-juges étaient supérieurs à 0,4, sauf dans le cas de l'item 2 (ICC= 0), l'item 3 (ICC= 0,17) et l'item 5 (ICC= 0,26).

De façon similaire à la grille mini-EC, il existe un effet centre significatif, excepté pour l'item 5.

Résultats des grilles d'évaluation à 360° (E_360, cf. Tableau 4)

La moyenne des scores de chaque item de la grille d'évaluation à 360 degré était élevée, de $7,3 \pm 0,8$ à $8,3 \pm 2,4$ (score maximum : 9). On a noté un effet centre, sauf pour l'item 4 (communication patient/famille), l'item 6 (valeur morale), et l'item 9 (professionnalisme). Il n'y avait pas d'influence significative du niveau du DES sur les scores, hormis pour l'item « place au sein de l'équipe » ($p= 0,01$)

DISCUSSION

Cette étude montre la faisabilité de l'évaluation avec les grilles standardisées, avec une durée médiane de 40 minutes pour l'observation au lit du malade suivie du débriefing. L'utilisation des grilles semble variable avec une reproductibilité inter-évaluateur limitée et un effet centre important. Par ailleurs, les résultats d'évaluation semblent peu sensibles à la progression, entre le début et la fin du stage pour chaque DES et entre DES de niveaux de formation différent.

Effet centre

Un important effet centre est relevé pour les grilles mini-EC et OD_CR, avec des moyennes variables selon le service où a été évalué l'interne. Celui-ci est plus mitigé pour la grille E_360 (non vérifié pour l'item 4, 6 et 9). De façon intéressante, les scores des grilles sont très variables d'un centre à un autre lorsque l'observateur est un professionnel médical. Cette variabilité est atténuée lorsque les évaluateurs sont mixtes (médicaux et paramédicaux) comme dans la grille E_360 (25% de profession médicale). Ces résultats, concordants avec l'étude pilote, indiquent que ces grilles peuvent être adaptées à une évaluation locale des internes, mais peu utiles pour comparer les internes provenant de différents centres.

Reproductibilité et cohérence interne des grilles

La reproductibilité évaluée par le coefficient de corrélation intra-classe (CCI) était très variable d'un item à un autre pour les deux grilles mini-EC et OD_CR. Ceci peut s'expliquer par l'absence de formation spécifique des évaluateurs à ces grilles et la présence d'items définis par des concepts relativement abstraits et subjectifs. Par ailleurs Norcini et al [8] ont montré, avec le mini-EC, que la reproductibilité entre les observateurs augmentait avec le nombre d'observations,

le coefficient de corrélation variant de 0,18 pour une observation à 0,75 pour 14 observations d'un même interne par plusieurs observateurs.

Dans notre étude, pour la grille mini-EC, la corrélation inter-juges était correcte dans l'ensemble, mais mauvaise pour les items 3 et 4 correspondant respectivement aux qualités humaines (CCI à 0,2) et au raisonnement clinique (CCI à 0,18). Dans l'étude pilote, ces deux coefficients étaient supérieurs à 0,6. Inversement, l'item « compétences pédagogiques » présentait une reproductibilité satisfaisante (CCI à 0,63) alors qu'elle était jugée insuffisante dans l'étude pilote (CCI 0,25). Cette discordance peut s'expliquer par un nombre insuffisant d'observations par interne et par le fait que seul 3 centres avaient participé à l'étude pilote dont un centre particulièrement sensibilisé à l'usage des grilles d'observation directe. Les moyennes des scores par items sont sensiblement identiques à celles rapportées par Norcini et al sur une population d'internes [9]. Le concept de qualité humaine est probablement beaucoup trop flou en l'état et nécessiterait d'être clarifié et explicité pour une compréhension univoque des observateurs. Par ailleurs, évaluer le raisonnement clinique par une simple observation « externe » sans accéder aux processus cognitifs paraît en effet peu pertinent et sujet à variations.

La reproductibilité de la grille OD_CR avait été jugée satisfaisante dans une étude antérieure ($R = 0,78$) mais il s'agissait d'une corrélation entre le score global donné par un patient standardisé et le score global donné par un observateur externe d'après des enregistrements audio-vidéo [12].

Concernant la cohérence interne, évaluée par le coefficient alpha de Cronbach, les résultats confirment ceux de l'étude pilote [7] pour les grilles mini-EC et OD_CR, avec des coefficients alpha de Cronbach supérieurs à 0,9. La forte valeur du coefficient témoigne que les items au sein d'une même grille mesurent bien les dimensions d'un même concept théorique sous réserve que les items ne soient pas complètement redondants. Il est un peu plus faible pour la grille E_360

(0,77), ce qui est cohérent car les items qui la composent évaluent des caractéristiques plus hétérogènes (comme la valeur morale, les compétences managériales ou le professionnalisme).

Sensibilité à la progression

La grille d'évaluation de l'examen physique (mini-EC) a détecté une progression entre M1 et M6 chez les internes uniquement pour les items 1, 2, 3 et 7 correspondant respectivement à l'évaluation de l'entretien médical, l'examen physique, les qualités humaines et les compétences cliniques globales. L'absence d'interaction significative entre le moment de l'évaluation et le niveau de l'interne, montre que cette progression est identique chez tous les étudiants, quel que soit leur niveau (cf. Tableau 2). A noter qu'il n'y avait pas de différence significative entre M1 et M6 concernant le niveau de complexité de la situation clinique, évalué par les observateurs ($p=0,7$). L'absence d'augmentation de certains items comme l'organisation ou le raisonnement clinique au cours du temps pourrait être liée à la difficulté de leur évaluation à partir d'une seule observation directe. Dans l'étude de Norcini et al [9] validant la version originale de la grille mini-EC, les auteurs notaient une augmentation significative des scores de tous les items en fonction du temps, particulièrement sur l'item 4 (raisonnement clinique) et l'item 6 (organisation efficacité). Cependant, les différentes évaluations étaient réalisées au cours d'une année entière. Certaines compétences nécessitent probablement un temps de formation plus long, expliquant pourquoi nous ne retrouvons pas de progression significative pour tous les items de la grille entre les évaluations de début et de fin de stage.

La grille d'évaluation des compétences relationnelles évaluées par l'observateur (OD_CR) semble sensible à la progression des compétences de l'interne. Les scores augmentent de façon significative entre le début et la fin du stage, excepté pour les items 2 et 4 (capacités d'accueil et d'écoute respectivement). L'observation directe de l'interne dans son milieu professionnel par

deux observateurs n'est pas habituelle et peut potentiellement générer un stress ayant une influence sur ses compétences relationnelles. L'effet du niveau de DES a paradoxalement eu peu d'influence sur les compétences relationnelles. On note une amélioration significative des items 6, 8, et 10 correspondant respectivement à la participation du malade à la décision médicale (discussion des différentes options), l'explication au patient de son état de santé (causes et conséquences) et la prise en compte chez le patient de l'impact psychologique et émotionnel de son état de santé.

Concernant la grille E_360, les scores obtenus sont élevés, avec une moyenne globale à $7,9 \pm 0,3$ ce qui est concordant avec les données de Nair et al [11] qui rapportent une moyenne globale de $7,2 \pm 0,7$. Le nombre moyen de questionnaires remplis par interne reste peu élevé (4,7) par rapport à Nair et al [12], qui en comptabilisaient 7,2 sur une vaste étude internationale (1020 questionnaires remplis en tout). Donnon et al [10] avaient montré qu'il fallait 8 collègues médecins, 8 collaborateurs non médecins et 24 patients pour garantir une reproductibilité suffisante. Il existe un effet centre pour la majorité des items, témoignant de disparités quant à l'exigence et la vision du rôle de l'interne au sein de l'équipe et à la compréhension des concepts utilisés dans les items. Ces différences ne sont pas retrouvées pour l'item 4 (communication patient/famille), l'item 6 (valeur morale), et l'item 9 (professionnalisme). Deux hypothèses peuvent expliquer cela : d'une part la difficulté pour les soignants d'évaluer les internes dans des domaines assez abstraits comme le professionnalisme et la valeur morale, ou bien d'apprécier leur relationnel avec les patients/familles sans les observer directement. D'autre part l'imprécision de ces items pourrait conduire à une compréhension hétérogène des évaluateurs. Ceci suggère la nécessité d'une formation préalable des observateurs pour préciser les items de la grille, comme déjà souligné dans l'étude précédente et démontré par de nombreux travaux [18,19]. Le niveau du DES n'a pas d'influence sur la moyenne des scores par items, sauf pour

l'item 7 (place au sein de l'équipe). Ceci paraît cohérent, car plus un interne a pratiqué de stages cliniques, plus il est capable de situer son rôle exact et les tâches qui sont attendus de lui dans une équipe hospitalière. En revanche, la grille E_360 n'est pas sensible au niveau du DES pour les autres items. Ceci peut s'expliquer par la grande proportion de professionnels non médicaux ayant rempli les grilles. Ainsi, ces professionnels ont probablement évalué « l'attitude globale » de l'interne en stage et ses capacités à travailler en équipe, plutôt que ses compétences médicales propres.

On peut relever plusieurs limites à ce travail. Tout d'abord le nombre d'internes inclus est faible, moins important qu'attendu. Ceci est probablement la conséquence des contraintes du protocole (multiplicité des grilles, deux évaluations à M1/M6, binôme d'évaluateurs) et du temps qu'il a fallu dégager pour ces évaluations (40 minutes en moyenne débriefing compris) avec des difficultés de planification liées à la nécessité de réunir simultanément l'interne, le patient et deux observateurs.

La grille d'évaluation OD_CR dans sa forme française a été validée [13] avec des conditions d'utilisation différentes : il ne s'agissait pas de patients réels mais de patients standardisés avec un scénario préétabli et joué par des comédiens.

Les internes n'ont pas tous eu une évaluation à M1 suivi d'une évaluation à M6, ce qui limite la puissance statistique des comparaisons en début et fin de stage.

Bien que prévue initialement dans le protocole, nous n'avons pas pu, pour des limites de temps, réaliser une évaluation qualitative suffisamment approfondie. Dans l'ensemble, les investigateurs ont rapporté un haut niveau de satisfaction tant du côté des internes que des évaluateurs. Le débriefing a été particulièrement plébiscité même si le temps consacré à celui-ci a été insuffisant (en moyenne, 15 minutes pour une durée d'observation de 25 minutes) alors que sa durée

recommandée est de deux fois supérieure à celle de l'observation [20]. Dans la perspective d'une plus large utilisation de ces grilles, une formation des évaluateurs au débriefing s'imposerait.

La progression observée n'est peut-être pas strictement le reflet de l'amélioration des compétences mais pourrait être le fait d'une meilleure connaissance des codes, pratiques et habitudes du service et donc des attentes des évaluateurs.

Propositions de modifications des grilles

Grâce aux résultats obtenus à partir de l'évaluation des grilles par les observateurs, plusieurs propositions d'amélioration de la qualité des grilles peuvent être proposées :

- 1) Les items présentant une mauvaise corrélation inter-juges pourraient être modifiés ou supprimés. Ainsi, nous proposons de supprimer l'item 3 (qualités humaines/professionnalisme) dans la nouvelle version française du mini-EC et l'item 9 (professionnalisme) de la grille E_360,
- 2) Pour diminuer l'effet centre et améliorer la reproductibilité inter-juges, nous proposons d'ajouter sous l'intitulé de chaque item un paragraphe court explicatif, de façon à aider l'évaluateur à bien cibler son évaluation pour l'item concerné,
- 3) La cotation chiffrée de 1 à 9, associé aux adjectifs « non satisfaisant », « satisfaisant » et « excellent » a semblé difficile à appréhender pour les observateurs. Nous proposons de remplacer cette cotation par une échelle analogique plus simple, avec 5 points de repères principaux (médiocre, passable, bien, très bien, excellent) et mentionnant que le niveau de l'interne doit être comparé à une référence correspondant au niveau attendu en fin de phase. Cette échelle aurait l'avantage d'être identique à celle de la grille OD_CR.

De plus, d'une manière plus générale, nous proposons que ces grilles ne soient pas utilisées pour le calcul d'un score mais dans une approche qualitative, nettement plus compatible avec le

développement des compétences. En effet, les différentes dimensions évaluées par les grilles sont plus importantes que le score obtenu à chaque item. Utilisées comme support de débriefing, ces grilles pourraient aider à dépasser la seule évaluation des comportements observables pour travailler sur les forces et faiblesses des internes. Elles pourraient notamment aider à fournir des conseils pour améliorer les performances. Les grilles ainsi modifiées et leur modalités d'utilisation précisées, elles pourraient être diffusées à l'ensemble des coordonnateurs régionaux du DES de médecine interne afin d'étendre leur recours à l'échelle nationale. Ce travail peut s'avérer aussi utile pour les autres collègues qui souhaitent se doter d'outils d'évaluation des compétences des internes dans le cadre de la validation du 3^{ème} cycle des études médicales. Ces grilles pourraient être mise à disposition des collègues via le site de la CNCM.

CONCLUSION

Ce travail a montré que l'évaluation des internes aux moyens de grilles standardisées est faisable, mais que la reproductibilité inter-observateur et la sensibilité au changement de ces évaluations sont limitées. L'analyse de ces performances a permis d'identifier des points forts et des points faibles pour proposer des axes d'améliorations. Il ne paraît pas possible d'utiliser ces grilles même modifiée pour juger de l'acquisition des compétences. En revanche, ces grilles peuvent être intégrées au portfolio des internes comme supports de débriefing, afin d'assurer une rétroaction uniformément riche et complète au cours des stages successifs.

REFERENCES

1. Florence Parent, Jean Jouquan. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétence en santé ? In de boeck; 2015. p. Chapitre 4. (guides pratiques).
2. Tardif J. Chapitre 1. In: L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Canada: Chenelière Éducation; 2006. p. 17–51. In.
3. Belhomme N, Jégo P, Pottier P. Gestion de l'incertitude et compétence médicale : une réflexion clinique et pédagogique. *Rev Med Interne*. 2018 Oct 31.
4. Décret du 25 novembre 2016 relatif à "l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation". *Journal Officiel*. Dimanche 27 novembre 2016
5. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach* 2007;29:855-71.
6. Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach* 2006;28:117-28.
7. Pottier P, Cohen Aubart F, Steichen O, Desprets M, Pha M, Espitia A, et al. Validité et reproductibilité de deux grilles d'observation des compétences cliniques des internes en DES de médecine interne. *Rev Med Interne* 2018;39:4-9.
8. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Ann Intern Med* 1995;123:795-9.
9. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med* 2003;138:476-481.

10. Donnon T, Al Ansari A, Al Alawi S, Violato C. The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. *Acad Med* 2014; 89: 511-6.
11. Moonen-van Loon JMW, Overeem K, Donkers HH, van der Vleuten CP, Driessen EW. Composite reliability of a workplace-based assessment toolbox for postgraduate medical education. *Adv in Health Sci Educ* 2013;18:1087-1102
12. Nair BKR, Moonen-van Loon JM, Parvathy M, Jolly BC, van der Vleuten CP. Composite reliability of workplace-based assessment of international medical graduates. *Med J Aust* 2017;207:453.
13. Morel A, Hardouin JB, Pottier P. Interpersonal Skills Among Fourth- and Fifth-Year Medical Students: Validation of an Assessment Tool. *Simul Healthc* 2018;13:88-95.
14. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med* 2005;37:184-192.
15. Chessman AW, Blue AV, Gilbert GE, Carey M, Mainous AG. Assessing students' communication and interpersonal skills across evaluation settings. *Fam Med* 2003;35:643-8.
16. Lie D, Boker J, Bereksnyi S, Ahearn S, Fesko C, Lenahan P. Validating Measures of Third Year Medical Students' Use of Interpreters by Standardized Patients and Faculty Observers. *J Gen Intern Med* 2007;22(Suppl 2):336-40.
17. Burt J, Abel G, Elmore N, Newbould J, Davey A, Llanwarne N, et al. Rating Communication in GP Consultations: The Association Between Ratings Made by Patients and Trained Clinical Raters. *Med Care Res Rev* 2018;75:201-218.

18. Brett-Fleegler M, Rudolph J, Eppich W, Monuteaux M, Fleegler E, Cheng A, Simon R. Debriefing assessment for simulation in healthcare: development and psychometric properties. *Simul Healthc* 2012;7:288-94.
19. Støre-Valen J, Ryum T, Pedersen GA, Pripp AH, Jose PE, Karterud S. Does a web-based feedback training program result in improved reliability in clinicians' ratings of the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale? *Psychol Assess*. 2015;27:865-73.
20. Levett-Jones T, Lapkin S. A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. *Nurse Educ Today*. 2014;34:e58-63.

LEGENDES

Figure 1 : représentation schématique du schéma de l'étude pendant la période de novembre 2016 à mai 2017.

REMERCIEMENTS :

Pour leur participation aux évaluations des internes : Jean-François Viillard, Thomas Quemeneur, Catherine Veyssier Belot, Micheline Pha, Adrien Michon, Alexandre Bleibtreu, Sophie Georgin-Lavialle et Gilles Grateau.

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Tableau 1 : Données générales obtenues par les grilles d'observation des compétences.

	Mini-CEX	OD_CR	E_360
Nombre de grilles remplies	70	62	86
Nombre d'internes	25	23	18
Nombre de centres	11	10	8
Niveau du DES			
Phase socle	7/25 (28%)	5/23 (22%)	5/18 (28%)
Phase d'approfondissement	16/25 (64%)	16/23 (70%)	6/18 (33%)
Phase de consolidation	2/25 (8%)	2/23 (8%)	7/18 (39%)
Evaluations			
Nombre d'évaluations initiales M1	41/70 (58%)	38/62 (61%)	NA
Nombre d'évaluations finales M6	28/70 (42%)	24/62 (39%)	NA
Nombre d'évaluations réalisées à M1 et M6	15/25 (60%)	13/23 (56%)	NA
Nombre de double évaluations	60/70 (85%)	52/62 (84%)	NA
Complexité du problème			
Faible	18/66 (27,2%)	12/52 (23%)	NA
Modérée	36/66 (55%)	29/52 (56%)	NA
Elevée	12/66 (18%)	11/52 (21%)	NA
Non renseigné	4/66 (5%)	10/52 (16%)	NA

NA : non applicable ; M1 : premier mois ; M6 : sixième mois.

Mini-CEX: *Mini Clinical Examination*, OD_CR : Observation directe des compétences relationnelles, E_360° : évaluation à 360°.

Tableau 2 : Résultats des grilles d'évaluation mini-CEX (grille d'observation de l'examen clinique).

	M1 μ (± ET)	M6 μ (± ET)	M1 vs M6**	Effet niveau DES**	Interaction niveau/moment d'observation**	Effet centre*	CCI
Entretien médical	6,7 (± 1,1)	7,4 (± 1,3)	0,02	0,07	0,7	< 0,0001	0,46
Examen physique	6,8 (± 1,2)	7,2 (± 1,3)	0,02	0,12	0,2	< 0,0001	0,51
Qualités humaines	7,4 (± 1,1)	8 (± 0,6)	0,0006	0,03	0,7	0,03	0,2
Raisonnement clinique	6,8 (± 1,1)	6,8 (± 1,8)	0,98	0,03	0,5	0,005	0,18
Compétences pédagogiques	6,2 (± 1,7)	6,7 (± 1,6)	0,25	0,1	0,5	< 0,0001	0,63
Organisation	6,7 (± 1,2)	6,9 (± 1,5)	0,24	0,15	0,9	< 0,0001	0,65
Compétence clinique globale	6,8 (± 1,1)	7,2 (± 1,0)	0,01	0,03	0,8	< 0,0001	0,66

* : valeur de p en analyse de variance univariée ; ** : valeur de p en analyse de variance multivariée. μ : moyenne ; ET : écart-type ; CCI : coefficient de corrélation intra-classe

Tableau 3 : Résultats des grilles d'évaluation OD_CR (grille d'observation des compétences relationnelles).

	M1 μ (± ET)	M6 μ (± ET)	M1 vs M6**	Effet niveau DES**	Interaction niveau/moment d'observation**	Effet centre*	CCI
Item 1	2,8 (± 0,6)	3,4 (± 0,5)	0,0004	0,4	0,3	0,01	0,36
Item 2	3,1 (± 0,7)	3,5 (± 0,6)	0,11	0,4	0,6	0,03	0
Item 3	3 (± 0,7)	3,6 (± 0,7)	0,02	0,8	1	0,03	0,17
Item 4	2,9 (± 0,8)	3,2 (± 0,7)	0,13	0,5	1	0,005	0,48
Item 5	3 (± 0,7)	3,5 (± 0,7)	0,03	0,6	0,7	0,08	0,26
Item 6	2,3 (± 0,8)	2,9 (± 0,8)	0,003	0,04	0,2	< 0,0001	0,75
Item 7	2,4 (± 0,9)	2,9 (± 0,9)	0,002	0,1	0,004	0,006	0,47
Item 8	2,3 (± 0,9)	3,2 (± 0,7)	0,0002	0,02	1	0,003	0,56
Item 9	2,4 (± 0,9)	3 (± 0,9)	0,009	0,07	0,7	0,007	0,51
Item 10	2,1 (± 0,9)	2,6 (± 1,0)	0,005	0,006	0,08	0,004	0,41

* : valeur de p en analyse de variance univariée ; ** : valeur de p en analyse de variance multivariée. μ : moyenne ; ET : écart-type ; CCI : coefficient de corrélation intra-classe

Tableau 4 : Résultats des grilles d'évaluation à 360° (E_360) :

	μ (\pm ET)	Effet centre*	Effet niveau de DES*
Attitude avec le personnel	8 (\pm 1,1)	0,01	0,8
Attitude avec les patients	7,9 (\pm 1,6)	0,04	0,6
S'assure de la continuité des soins	7,7 (\pm 1,6)	0,007	0,7
Communication avec les patients/familles	7,9 (\pm 1,5)	0,2	0,5
Communication avec autres professionnels de santé	8 (\pm 1,2)	0,008	0,99
Valeur morale	8,3 (\pm 0,7)	0,35	0,3
Place au sein de l'équipe	8,1 (\pm 1,0)	0,005	0,01
Compétences managériales	7,3 (\pm 2,4)	0,02	0,3
Professionalisme	8,3 (\pm 0,8)	0,1	0,9

* : valeur de p en analyse univariée. μ : moyenne ; ET : écart-type.

Annexe 1 - Grille d'observation de l'examen clinique (Mini-EC)

Code de l'interne *□□□□ Date : Phase d'internat : socle intermédiaire

consolidation

Code évaluateur**□□□□ Sexe évaluateur (M/F) : Age de l'évaluateur :

Problème posé par le patient : Compétence N° : Code

UEMS (cf. annexe 7) :

première observation seconde observation DES MI oui non, lequel :

.....

Age du patient : Sexe : Nouveau Suivi

Complexité du problème : faible Modérée élevée

Objectifs : suivi diagnostic traitement information du patient

Coter les items suivant de 1 à 9, la référence (le comparateur) étant le niveau attendu en fin de phase.

Habilité à conduire un entretien médical (non observé)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Non satisfaisant satisfaisant excellent

Habilité à conduire un examen physique (non observé)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Non satisfaisant satisfaisant excellent

Qualités humaines / professionnalisme

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Non satisfaisant satisfaisant excellent

Raisonnement clinique (non observé)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Annexe 2 - Grille d'évaluation à 360° (E_360)

Code de l'interne *□□□□ Date : Phase d'internat : socle intermédiaire
 consolidation

DES MI : oui non, lequel :..... Sexe évaluateur (M/F) : Age de l'évaluateur :

Statut : Responsable pédagogique Interne Chef de clinique ou sénior
 Infirmier(e)
 Aide-soignant(e) Personnel de direction Auto-évaluation
 Patient
 autre :

Merci de remplir un score pour chaque rubrique sur une échelle de 1 (niveau faible) à 9 (niveau excellent). Dans le cadre de cette étude, un score entre 1-3 est considéré comme étant insatisfaisant, entre 4-6 comme étant satisfaisant et entre 7-9 comme étant supérieur au niveau attendu, pour un(e) interne à ce stade du cursus et à niveau d'expérience comparable. Merci de noter les performances de l'interne en fonction du niveau habituellement observé à ce stade du cursus et à ce niveau d'expérience. Lorsqu'un score de 1, 2 ou 3 est attribué, merci de fournir un exemple succinct dans la rubrique commentaire. Par ailleurs, tout autre avis concernant les points forts ou faibles est encouragé.

L'EVALUATION A 360° N'EST PAS UNE EVALUATION DE CONNAISSANCES THEORIQUES NI DE COMPETENCES TECHNIQUES

1 – Attitude avec le personnel : respecte et valorise les contributions des autres membres de l'équipe

Pas d'élément à évaluer 1 2 3 4 5 6 7

8 9

Faible

Passable

Bien

2 – Attitude avec les patients : respecte les droits, les choix, les croyances et la confidentialité

Pas d'élément à évaluer 1 2 3 4 5 6 7

8 9

Faible

Passable

Bien

3 – s'assure de la continuité des soins en son absence

Pas d'élément à évaluer 1 2 3 4 5 6 7

8 9

Faible

Passable

Bien

4 – Compétences en communication : savoir communiquer avec le patient et sa famille

Pas d'élément à évaluer 1 2 3 4 5 6 7

8 9

Faible

Passable

Bien

5 – Compétences en communication : savoir communiquer avec les autres professionnels de santé

Pas d'élément à évaluer 1 2 3 4 5 6 7

8 9

Faible

Passable

Bien

6 – Valeur morale (honnêteté et intégrité)

Pas d'élément à évaluer 1 2 3 4 5 6 7
8 9

Faible

Passable

Bien

7 – Place au sein de l'équipe : accepte la responsabilité des tâches en lien avec sa fonction

Pas d'élément à évaluer 1 2 3 4 5 6 7
8 9

Faible

Passable

Bien

8 – Compétences managériales : assume la responsabilité de ses choix et de ceux de son équipe

Pas d'élément à évaluer 1 2 3 4 5 6 7
8 9

Faible

Passable

Bien

9 – Professionnalisme

Pas d'élément à évaluer 1 2 3 4 5 6 7
8 9

Faible

Passable

Bien

Commentaires concernant l'interne (MAJUSCULE SVP)

**Code de l'interne : code du service + ordre d'inclusion. Exemple : 2101, 2102 etc....*

Annexe 3 - Grille d'observation des compétences relationnelles (OD_CR)

Code de l'interne *□□□□ Date : Phase d'internat : socle intermédiaire

consolidation

Code évaluateur**□□□□ Sexe évaluateur (M/F) : Age de l'évaluateur :

DES MI : oui non, lequel :

Problème posé par le patient : Compétence N° : Code UEMS

(cf. annexe 7) :

Complexité du problème : faible Modérée élevée

*Code de l'interne : code du service + ordre d'inclusion. Exemple : 2101, 2102 etc....

** Code évaluateur : code du service + 01 ou 02 (garder les mêmes codes pour toutes les observations)

EVALUATION PAR L'OBSERVATEUR	Médiocre	Passable	Bien	Très bien	Excellent
L'interne a donné tous les éléments à son patient. Il a été avenant et franc, et ne lui a pas caché d'éléments le concernant.	<input type="checkbox"/>				
Il a accueilli son patient de manière chaleureuse. Il l'a appelé par une dénomination qui lui convenait. Il a toujours été courtois, jamais désagréable ou grossier.	<input type="checkbox"/>				
Il s'est mis à son niveau. Il ne s'est pas adressé à lui comme s'il était	<input type="checkbox"/>				

supérieur ou ne l'a pas traité comme un enfant.					
Il a laissé son patient raconter son histoire. Il a été à son écoute de manière attentive et lui a posé des questions attentionnées. Il ne l'a pas systématiquement interrompu pendant qu'il parlait.	<input type="checkbox"/>				
Il a montré à son patient de l'intérêt vis à vis de sa personne et n'a pas agi comme s'il l'ennuyait. Il n'a pas ignoré ce qu'il avait à lui dire.	<input type="checkbox"/>				
Il a discuté avec son patient de différentes options, lui a demandé son avis, lui a offert la possibilité de faire des choix et laissé participer à la décision.	<input type="checkbox"/>				
Il a encouragé son patient à poser des questions et y a répondu clairement. Il ne les a pas évités ni lui a fait de leçon.	<input type="checkbox"/>				
Il a expliqué à son patient ce qu'il avait besoin de savoir concernant son état de santé - pourquoi ils se sont produits et à quoi s'attendre.	<input type="checkbox"/>				
En utilisant des mots que le patient pouvait comprendre, il lui a expliqué la ou les causes de son état de santé et les raisons qui justifient ses traitements. Il lui a expliqué les termes médicaux techniques dans un langage clair.	<input type="checkbox"/>				
Il a cherché à comprendre les sentiments du patient au sujet de son état de santé. Il a reconnu l'impact de son état de santé.	<input type="checkbox"/>				

Déroulement de l'étude

