

# Protocole Peer Review

une aide pour les "cercles vidéo" (Videokränzli)

un protocole pour les examens pratiques post-gradués FMH  
en Médecine Générale

un protocole pour l'analyse scientifique  
de la consultation du médecin de famille

version modifiée du protocole Laconto

Groupes de travail:  
Teach the Teachers  
Groupe de formation postgraduée, SSMG  
Avril 1996

## Introduction

Des modèles permettant une évaluation de type "Peer Review" des processus se déroulant dans une consultation médicale existent dans plusieurs pays. Après avoir passé en revue différents protocoles, notre choix s'est porté sur celui que nous vous présentons.

Le protocole que nous présentons sert de directive pour une appréciation ciblée et systématique d'une consultation médicale et de la relation médecin-malade. Il s'agit de la traduction d'un protocole néerlandais (LACONTO<sup>1</sup> version 2/1993).

Nous appuyant sur les travaux de U. Grüninger<sup>2</sup>, nous avons élargi les items avec des aspects relatifs à la médecine sociale et préventive. Nous avons de plus modifié l'échelle des scores en la plaçant de 1 à 6 afin de la ramener à des normes fonctionnelles sur le plan suisse. Pour le reste, nous avons conservé le protocole néerlandais dans sa version originale sous une forme légèrement raccourcie et linguistiquement adaptée.

## Protocole et score

Ce protocole "*Laconto Peer Review*" modifié se compose de:

- la liste des items qui permettent une appréciation ciblée et systématique de relation médecin-malade
- les explications relatives à ces items

Chaque consultation est évaluée en fonction des items choisis

- tant au niveau d'un travail ciblé et systématique
- qu' à celui d'une prise en considération de la relation médecin-malade.

Il s'agit de l'appréciation d'un nombre spécifique d'actes (items) autant que d'impressions générales concernant ces deux dimensions. Le contenu des items spécifiques est décrit de manière plus approfondie dans les notes explicatives qui leur correspondent.

## Fonctions du protocole et des scores

Le protocole "*Peer Review*" peut remplir plusieurs fonctions et peut être appliqué de diverses manières compte tenu de la situation dans laquelle il est employé. Ce protocole est:

- a un système corrélé à l'analyse d'enregistrements vidéos présentés dans les "cercles vidéo" (Videokränzli) et, dans ce contexte,
  - b un outil d'apprentissage de la relation médecin-malade et un guide de travail systématique sur la consultation et la médecine centrée sur le patient;
  - c un protocole servant aux examens post-gradués pratique et
  - d un protocole d'étude scientifique de la consultation en médecine générale.
- a Ce protocole et surtout les commentaires s'y référant (voir plus bas) nous semblent tout désignés pour servir de document de travail pour les groupes de supervision "*Peer Review*" régionaux dénommés "cercles vidéo" ou "*Videokränzli*". Nous aimerions le proposer, dans ces "cercles vidéo", comme matrice pour les discussions relatives à la consultation en médecine générale.

---

<sup>1</sup> LHC Tan, CHGM Foolen, G. van Geldorp. Towards a national assessment of skills in the vocational training for general practice: 1989.

LHC Tan, CHGM Foolen, CPM van der Vleuten. Laconto: Development of a national instrument to assess consultation skills of future general practitioners: 1992.

<sup>2</sup> Grüninger U., Goldstein M., Duffy F.D.: A conceptual framework for interactive patient education in practice and clinic settings. Journal of Human Hypertension 4: 21-31, 1990.

- b L'application de ce protocole dans les "cercles vidéo" fournira à ses utilisateurs les fondements d'un apprentissage développant l'habileté à la communication et les sensibilisera à une médecine centrée sur le patient. Cela se faisant d'une manière qui permette le "*learning by doing*": les participants suivent les explications du protocole tout en observant l'enregistrement vidéo d'une consultation de l'un d'entre eux. La discussion autour des différentes argumentations qu'apportent les participants à chaque *item* leur permettra d'approfondir de manière interactive les différentes perceptions exprimées. Le superviseur est quant à lui attentif à la dynamique du groupe tout en donnant une forme positive aux différents *feedbacks* et en intervenant lors de l'apparition d'élan de discussion à caractère destructeur.
- c Ce protocole est aussi celui qui est employé lors de l'épreuve pratique des examens post-gradués FMH en Médecine Générale. Dans ce cadre, le score prend une place d'importance: une observation cummulative de plusieurs contacts médecin-patient peut donner une impression sur la "sonorité" ou la "teinte" de l'habileté communicative d'un médecin. Dans ce cas, le score prend toute sa valeur lorsqu'il est employé non pas par consultation mais par médecin.
- d Ce protocole peut aussi être utilisé pour l'**analyse scientifique** des processus se déroulant dans une consultation médicale. Le score doit alors être travaillé par unité de consultation et en fonction de la durée de celle-ci.

## Scores

A chaque item où cela est possible, l'examineur juge la manière de mener à bien l'acte en question en se référant à une échelle de 1 à 6 points. Chacun de ces 6 points représente une appréciation:

- 1 **très mauvais** (l'acte en question est très mal mené ou son absence représente une très grave lacune)
- 2 **mauvais** (l'acte en question est mal mené ou son absence représente une grave lacune)
- 3 **insuffisant** (l'acte en question est mené de manière insuffisante)
- 4 **suffisant** (l'acte en question est mené de manière suffisante)
- 5 **bon** (l'acte en question a été bien mené)
- 6 **très bon** (l'acte en question a été très bien mené)
- p.é. **pas à évaluer** (l'acte en question n'a pas été mené mais son absence ne peut, dans le contexte de cette consultation, être considéré comme une lacune grave).

L'examineur peut cocher, par item, un certain nombre de champs dans le score. Ces champs cochés ne sont pas un critère dans le sens que le nombre de champs cochés par item n'indiquent pas le résultat du score pour cet item. Par exemple, deux champs cochés pour le même item ne signifient pas pour autant un résultat de deux dans le score de cet item. Ces champs sont davantage pensés comme un soutien à la réflexion de l'observateur.

Lorsque l'examineur manque d'assurance dans son évaluation, et cela peut-être le cas pour chaque item, il peut se demander si il aurait, lui, désiré poser d'autres questions ou si il y a un élément dérangeant ou négligé en suspens. Pour inscrire cette réflexion, il dispose encore pour chaque item d'un champ libre à cet effet.

L'**ordre de succession** de l'exécution des actes décrits dans les items n'est pas retenue dans le score.

Dans la rubrique - impressions générales -, à la fin de la feuille de score, il est encore demandé d'évaluer la pratique de la médecine générale sous le regard somatique et psycho-social. Selon la situation, l'un ou l'autre de ces aspects de la pratique médicale générale, somatique ou psycho-social, peut être évalué par la mention "**p.é.**" = **pas à évaluer**.

## Explications concernant les items

### Anamnèse

#### 1. Attitude à l'accueil

Le médecin accueille le patient, (par ex. en lui serrant la main), et lui décline précisément son identité et sa fonction (si le médecin est stagiaire, par exemple, il le précise clairement). Dès le début de la consultation, le médecin adopte une attitude attentive, centrée sur le patient tout en incitant le patient à exposer ses plaintes ou problèmes à sa manière.

#### 2. Inventaire des problèmes

Le médecin tente de découvrir si il existe d'autres motifs de consultation que ceux exposés spontanément par le patient. Le médecin s'assure que le patient ait bien formulé tout ses problèmes et plaintes.

#### 3. Eclaircissement du motif de consultation (de l'appel à l'aide)

Le médecin s'efforce de mieux cerner le motif de consultation en se référant aux aspects suivants:

- Quel problème a motivé la consultation d'aujourd'hui? Quel en est l'indice concret?
- Comment sont vécus les plaintes et les problèmes formulés? Quelle en est leur importance? (**angoisse** ou inquiétude; **sentiments, attentes** et **idées** sur leur causes; **répercussions**, stress ou handicaps qui en découlent; réactions de l'entourage).
- Quels sont les souhaits et attentes du patient? Que cherche-t-il à obtenir de cette consultation ou de son appel à l'aide?

#### 4. Recours à une technique de discussion adéquate pour clarifier le motif de la consultation

Afin de préciser le motif de la consultation, le médecin a recours à une technique bien précise qui permet au patient de présenter plus aisément et avec plus de détails ses plaintes. Cette technique implique:

- une écoute attentive
- l'emploi de questions ouvertes
- de cibler les questions afin d'obtenir plus de détails là où l'information semble incomplète et de demander au patient de préciser davantage sa réponse
- de donner quittance au patient en lui reformulant de manière résumée ce qu'il vient d'exposer
- de reformuler les plaintes et sentiments du patient en les mettant en relation avec ses messages verbaux et/ou non-verbaux
- de se placer dans le système de références et de représentations du patient.

#### 5. Circonscrire l'anamnèse

**Le médecin fait un résumé des problèmes qui ont motivé la consultation et le présente au patient.** Ce résumé est bref, précis, concis et conforme aux dires du patient. Le médecin décrit ensuite la suite du déroulement de la consultation (plan de consultation).

#### 6. Evaluation de la réaction du patient à l'écoute du résumé anamnestique

Le médecin observe les réactions verbale et non-verbale du patient au résumé anamnestique qu'il vient de lui faire. Si il ne perçoit aucune réaction spontanée, le médecin en investiguera les raisons. Il s'assure ensuite de l'accord du patient sur le déroulement de la consultation (plan de consultation). Si il y a désaccord, le médecin en discute avec le patient. Le cas échéant, l'anamnèse est mise en suspens et le médecin tente de préciser à nouveau le motif de la consultation.

## Diagnostic

Le diagnostic englobe tous les moyens dont dispose le médecin pour préciser le contenu des plaintes et motifs de consultation du patient: anamnèse, examens physique et techniques d'investigation.

### **7. Technique adéquate de l'interrogatoire ciblé sur les plaintes**

Le médecin a recours à une technique interrogatoire bien précise pour obtenir adéquatement du patient un maximum d'informations dans le but de parvenir à une conclusion ou une hypothèse de travail. Cela implique:

- de poser des questions dirigées et ciblées (ouvertes ou fermées mais non suggestives)
- de demander des précisions
- de diriger l'entretien en suivant une ligne directrice, en le structurant et en lui posant des limites.

Si cela est nécessaire, le médecin peut, durant tout l'entretien, adopter une attitude de retrait attentif.

### **8. Relation médecin-malade durant l'examen physique**

Durant l'examen physique, le médecin décrit ce qu'il va se passer et ce qu'il pense faire.

Avant l'examen le médecin précise quelle région anatomique il va examiner, pourquoi il désire le faire et ce qu'il attend de la collaboration du patient ( par ex. retirer un vêtement, etc...).

Pendant l'examen, le médecin explique et commente les manoeuvres qu'il effectue et ce que l'examiné peut alors ressentir. Il aborde le patient avec douceur et respect en ne provoquant aucune douleur inutile, en ne le laissant pas trop longtemps dans une position inconfortable et en ne lui demandant pas de se déshabiller inutilement ou trop longtemps.

### **9. Circonscrire le diagnostic**

**Le médecin résume les constats qu'il a fait durant l'examen et l'anamnèse et formule une conclusion.** Cette dernière contient une ou plusieurs hypothèses de travail, et/ou des éléments sur l'étiologie, la durée, la gravité et le pronostic des plaintes et/ou problèmes qu'a présentés le patient. Si des plaintes et/ou problèmes d'ordre psycho-social s'avèrent être présents, ceux-ci seront mentionnés explicitement lors de la conclusion.

### **10. Circonscrire le diagnostic en le centrant sur le patient**

Le médecin renseigne le patient en lui expliquant d'une manière compréhensible les résultats de l'examen et les conclusions qu'il en tire. Cela implique:

- d'informer par étapes progressives
- de répéter les informations importantes pour le patient
- de s'adapter au système de valeurs et de représentations du patient (c.à.d. que le jargon médical doit être évité si il n'est pas accompagné de bonnes explications)
- de s'adapter aux besoins d'information du patient.

### **11. Evaluation de la réaction du patient à l'écoute des explications diagnostiques**

Tout en veillant à ce que le patient soit disposé à adhérer aux explications diagnostiques et aux conclusions qu'il en tire, le médecin observe les réactions verbale et non-verbale du patient à celles-ci. Si il ne perçoit aucune réaction spontanée, le médecin en investiguera les raisons. Le médecin évalue explicitement l'importance émotionnelle que revêtent chez le patient les informations qu'il vient de lui fournir. Si les conclusions s'avèrent être de "*bad news*" ou que le patient les considère comme telles, le médecin s'enquiert de savoir comment les informations reçues peuvent être acceptées et/ou élaborées.

## Prévention et aspects psycho-sociaux

### 12. Présence de la dimension préventive et psycho-sociale dans la consultation

Durant la consultation, le médecin se montre attentif à des éléments relatifs aux dimensions préventive et psycho-sociale de la médecine (milieu familial, relations abusives sur le plan physique ou psychique, solitude, stress, status vaccinal, sédentarité, habitudes alimentaires, tabac, alcool, drogues,...). Il se montre de plus capable de le faire de manière adaptée aux possibilités de compréhension du patient et en tenant compte du contexte (U. Grüninger).

- Le médecin évalue la prise de conscience du problème et l'encourage: "Que savez-vous de...?", "Quelle expérience avez-vous de...?". Le médecin évite tout gavage d'informations, tout discours fleuve sur le sujet et ne partira pas non plus, sans vérification, du présupposé que les choses sont d'emblée connues et comprises.
- Le médecin évalue la capacité d'action du patient et l'encourage: "Que cela signifie-t-il pour vous de...?", "Qu'êtes-vous prêt à faire pour cela?". Le médecin évite de rechercher directement la motivation du patient, de présupposer chez lui telle ou telle motivation ou de lui laisser ignorer l'importance de cette dimension.
- Le médecin évalue la capacité de réalisation du patient: "Que pouvez-vous faire par vous-même pour cela?" "Comment faites-vous cela?". Le médecin évite de driller son patient et ne présuppose d'aucune aptitude particulière chez son patient.
- Le médecin planifie les modifications apportées au quotidien du patient: "Comment pouvez-vous transposer cela dans votre vie courante?", "Quel genre de problèmes pensez-vous ainsi rencontrer?". Le médecin évite de prescrire des recettes toutes faites, de manipuler et ne considère pas ces changements comme allant de soi.
- Le médecin se prépare à accompagner et à soutenir le patient: "Quels sont les appuis dont vous disposez?", "De quelle aide avez-vous besoin?", "Qu'allez-vous faire d'ici à notre prochain rendez-vous?". Le médecin évite de prêcher et n'abandonne pas le patient à lui-même.

## Attitude et marche à suivre

### 13. Informer sur la marche à suivre

Le médecin présente la marche à suivre et les différentes alternatives possibles à celle-ci et revient alors sur le motif de la consultation du patient. Le médecin énumère les effets et conséquences qui découlent des diverses possibilités mentionnées. La durée (probable) et l'évolution (probable) des plaintes et/ou problèmes seront abordées tout particulièrement. Le médecin précise également de quelle manière la marche à suivre et les différentes possibilités d'action qu'elle offre peuvent permettre au patient, autant qu'à son entourage, d'atteindre les buts poursuivis.

### 14. Décrire les possibilités d'action de façon adaptée au patient

Le médecin renseigne le patient sur les diverses possibilités d'action en les décrivant d'une manière qui assure la plus large

compréhension possible de sa part. Cela implique:

- d'informer par étapes progressives
- de répéter les informations importantes pour le patient
- de s'adapter au système de valeurs et de représentations du patient (c.à.d. que le jargon médical doit être évité si il n'est pas accompagné de bonnes explications)
- d'aborder les besoins d'information du patient.

### 15. Réflexion conjointe avec le patient sur la suite du traitement

**Le médecin implique activement le patient dans sa réflexion sur la suite à donner au traitement** tout en respectant l'avis de celui-ci. Si il y a désaccord, il négociera avec le patient jusqu'à trouver un terrain d'entente. Sinon, il s'agit de faire ressortir clairement les éléments d'incompatibilité et de bien décrire les deux positions respectives en guise de résumé. Il est alors possible, dans ce cas, que le patient retire son appel à l'aide.

**16. Formulation de la suite du traitement**

Le médecin formule la démarche convenue avec le patient et cela, de manière concise et exacte (c.à.d. correspondant à l'accord passé).

**17. Explications et instructions relatives à la démarche choisie**

Partant de la démarche convenue d'un commun accord, le médecin décrira alors en termes concrets ce qui est prévu et ce que le patient doit faire. Par exemple: si il prescrit un médicament, il fournit des renseignements sur ce type de médicament, sur la durée de la prescription, sa posologie et ses éventuels effets indésirables; si il l'adresse à un confrère, il lui précisera les examens programmés et la préparation qu'ils impliquent; il peut éventuellement lui remettre des documents; si il propose un changement de comportement, il lui décrira le précisément possible le nouveau comportement à adopter; il doit lui expliquer clairement l'évolution de ses problèmes et ce qu'il doit faire si quelque chose d'anormal se présente en mentionnant clairement à ce propos les éventuels signes d'alarme qui peuvent se manifester; il peut proposer un certain délai avant le prochain rendez-vous ou le prier de revenir si les problèmes évoluent d'une certaine manière ou ne disparaissent pas.

**18. Décrire la suite du traitement de façon adaptée au patient**

Le médecin décrit la suite du traitement en la décrivant d'une manière qui assure la plus large compréhension possible de sa part. Cela implique:

- d'informer par étapes progressives
- de répéter les informations importantes pour le patient
- de s'adapter au système de valeurs et de représentations du patient (c.à.d. que le jargon médical doit être évité si il n'est pas accompagné de bonnes explications)
- d'aborder les besoins d'information du patient
- de s'assurer, en testant, que les informations sont clairement comprises par le patient.

**19. Fin de la consultation**

Le médecin demande en conclusion si le patient est satisfait du déroulement de cette consultation et s'assure qu'il a suffisamment investigué le motif de la consultation.

**Groupes de travail:  
Teach the Teachers et  
Formation Postgraduée, SSMG**

Collaboration: Daniel Ackermann, Elisabeth Bandi-Ott, Erika Bandli, Eric Bonvin, Jakob Bösch, Raphael Carron, Raymond Dardel, Rosemarie Deutschmann, Niklaus Egli, Beat Künzi, Walter Oswald, Hanna Pestalozzi, Bernhard Rindlisbacher, Diane Savoy, Nikoderm Zemp,

compilé par Michael Peltenburg