

Année 2023

2023 TOU3 1122
2023 TOU3 1123

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement
par

Sonia KHEDIM et Alix FERNET-SCHERER

Le 05 octobre 2023

**Détails des Microséquences structurant la consultation de
Médecine Générale :
Consensus national par ronde de Delphi**

Directeur de thèse : Dr Emile ESCOURROU et Dr Pauline MUNIER

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame la Professeur Leila LATROUS	Assesseur
Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU	Assesseur
Madame la Docteur Pauline MUNIER	Assesseur

Remerciements

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, vous nous faites l'honneur de présider notre thèse et de juger notre travail, nous vous en remercions. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect. Merci pour votre exemple d'engagement envers la Médecine générale, les médecins généralistes et les internes. Par votre investissement dans le DES, vous avez su nous transmettre les valeurs de travail et de responsabilité essentielles pour la suite de notre parcours.

A Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU et Madame le Docteur Pauline MUNIER, vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail. Nous vous remercions de l'avoir dirigé et de nous avoir apporté une aide précieuse et critique tout au long de sa réalisation. Merci pour votre exemple d'engagement universitaire, vos relectures attentives, votre rigueur et votre professionnalisme.

A Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN, vous avez accepté de juger de notre travail, nous vous remercions pour votre écoute, votre disponibilité et votre bienveillance. Merci pour l'exemple de médecins, et de professeurs que vous êtes. Votre engagement facultaire et territorial est pour nous une source d'inspiration.

Madame la Professeure Leila LATROUS, vous avez accepté de juger de notre travail, nous vous remercions. Vous êtes un exemple de professeur active et dynamique. Merci pour l'exemple de votre engagement au sein du DUMG, et sur son territoire. Nous nous réjouissons d'avoir eu la chance de travailler à vos côtés au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle de Saint Jory.

Merci à tous les experts, pour le temps et la confiance que vous nous avez accordée.

Remerciements **Alix**

A l'ensemble des médecins qui ont jalonné mon parcours facultaire :

Au **Pr Poutrain**, j'ai eu l'honneur de découvrir la médecine générale à travers votre regard passionné et curieux. Votre considération et votre confiance inconditionnelle en chaque interne, dans tout ce qu'il peut devenir, a été une grande leçon de bienveillance, d'humanité et d'humilité. Je vous remercie pour votre sollicitude pendant ces trois dernières années. **A l'ensemble de l'équipe de soins de Montréjeau et de Loure Barous.**

A **Stella Hodge**, brillante maître de stage, devenue désormais une amie. Merci pour l'exemple de médecin dévouée et rigoureuse que tu as été lors de mon stage SFE. Merci pour le juste équilibre d'exigence et de bienveillance qui m'a fait grandir dans ma pratique. Merci pour ton compagnonnage professionnel et personnel.

A **Arnaud et Claire Chabardes**, fidèle lecteur de prescrire, exemple de médecins pleinement engagés, et d'entrepreneurs courageux d'une maison de santé rayonnante. Un grand merci pour ce dernier semestre joyeux à Aurignac. Un grand merci **à toute l'équipe de la MSP**, en particulier **à Benjamin et Virginie**, duo mythique des déjeuners du vendredi !

A **Yohann Verges, Bastien Jeudy-Brosset, Mathilde Radenne et Delphine Mathieu** qui ont regardé avec bienveillance et humour mes premiers pas en autonomie. Merci pour votre patience devant mes incertitudes et pour le modèle que vous avez pu être dans chacune de vos pratiques. Merci pour votre soutien dans l'écriture de mon projet de recherche.

A **Anne-Lyse Yvernes et Lucie Gasc**, qui m'ont accueillie à Carbonne comme leur interne et ont suivi ma progression. Votre travail et vos qualités humaines sont une source d'inspiration.

A **toute l'équipe des urgences d'Albi**. Merci pour ce semestre incroyable. Je n'aurais pas pu rêver mieux pour mes premiers pas d'interne. Pour toujours : “on a Albi en cathéter “

A **l'équipe du SMIT** pour la bienveillance de ce stage, la passion et l'excellence de chaque médecin du service. **A mes co-internes** qui ont été un soutien précieux pendant ces mois d'incertitude et de courriers dictés à la nuit tombée !

Aux modèles rencontrés durant mes années parisiennes et notamment le **Dr Visinet, Dr Tebeka, Dr Duboc, Dr Delahousse, Pr Flamant.**

Aux rencontres toulousaines qui ont marqué ces trois dernières années :

A **Sonia**, merci d'avoir pensé à moi pour te rejoindre dans l'aventure du microséquençage de la consultation de médecine générale. Je vous félicite pour l'harmonie vécu pendant l'ensemble de ce travail. Je sais que quelque chose de grand nous unit.

Merci pour ton sérieux, ta détermination, ton sens du timing, ton pragmatisme, et ta patience face à nos différences et nos déceptions.

Merci pour l'exemple que tu as été en tant que médecin et en tant que femme.

Merci pour les rires, les grandes discussions, l'avalanche de petits gâteaux et le compagnonnage dans nos premiers pas d'internes autonomes !

A nos premières larmes prévues pour le 5 octobre et à cette belle amitié que seules les revues narratives à partir d'un néologisme et les rondes de Delphi à 65 items peuvent construire !

A la bande d'Albi, scellée autour des améliorés du jeudi.

A Cerise et Céline, véritable coup de cœur amical, qui a enchanté ces années toulousaines. Vous avez été incroyable. Merci pour tout. **A Clément et Jean**, aussi fidèle en amitié, qu'au bière en terrasse. **A Etienne, Célia, Lucie**. Quelle joie de vous avoir rencontré à Albi. Merci pour ce que vous êtes. Vivement la suite pour toujours plus de randonnées, d'escalade et de restaurants. Comptez sur ma ponctualité ! **A Léo, Romain et Laura**, nos premiers pas, déguisés en docteur, ne s'oubliez pas ! Je n'oublie pas non plus : **Imen et sa belle-famille, François, Marion, Marie-Lu, Juliette, Elena, Antoine ...**

A la coloc de St Gaudens, 4 filles extraordinaires réunies dans le Comminges pour un semestre exceptionnel. Cette maison aura vu naître des amitiés dingues. A nos longues heures de discussions entre deux activités manuelles à confier nos joies et nos doutes de jeunes médecins : Elise, ma binôme commingeoise, médecin globe-trotteuse toujours prête à refaire le monde ; Ségolène dont la qualité d'écoute est inégalable ; Marine, un exemplaire unique, un univers de dingue et une amie en or ; Marie, un modèle de réussite, de gentillesse et détermination qui croque la vie à pleine dents !

A tous les autres commingeois : Hélène, Manou, Alicia

A toutes la team de l'AIMG-MP et de l'ISNAR-IMG et plus particulièrement :

- **Carole**, tu auras accompagné cette belle aventure de l'internat des premiers pas douteux aux derniers, des jours U studieux, aux week-end aveyronnais.
- **Flore**, fidèle acolyte de stage et de guinguettes toulousaines. Des danses orientales de l'USLD, aux nuits, que j'espère encore nombreuses dans ta chambre d'ami. Merci pour ta présence rayonnante, et merci d'être un si bon public des péripéties de ma vie. Merci de m'avoir permis de rencontrer **Margaux et Maxence**.
- **A Aurélie**, pour ces grandes discussions, et cette passion de la vie qu'on partage
- **A la pépinière de Moissac** : Abdel, Sabine, Peggy, Nicolas. Merci pour ce beau projet qui m'a beaucoup apportée : on n'est pas payé cher mais on rigole bien !

Aux autres belles rencontres de l'internat :

- **Emilie**, dans les couloirs du SSR de muret, binôme pour le fameux train+ vélo de Muret !
- **Eve**, fidèle soutien dans les couloirs des soins du SMIT
- **Lucas**, entre deux cours à la fac, ou aux transmission des gardes de SMIT
- **A la team du wei** : Quentin, Ariane, Ombeline, Arselane, Amélie, Raph ... Nos routes se sont vite éloignées mais c'est toujours un plaisir de vous croiser dans les couloirs de la fac !

A Patrick et à tous la famille Rancé qui m'ont accueillie en terre toulousaine en m'ouvrant les portes de leur maison et de leur famille. Merci d'avoir pris soin de moi.

Aux copains extraordinaires du Printemps Missionnaire : **Augustine**, une coloc en or, les pépites de la BambouLife : **Véronique, Priscille, Marie-Liesse**, ma binôme santé intégrale : **Ariane, Raphaëlle, Elé, Pablo** ... Vous êtes un rayon de soleil dans ma vie toulousaine !

A Alexis et Arthur, un trio élu pour vivre une année riche et intense qui scellent les amitiés !

Au frère Vincent thomas, pour son accompagnement.

Aux amis de la grande époque parisienne, qui m'ont accompagnée des bacs à sables, jusqu'au premiers pas de médecins :

A Marine, amie de la première heure. Malgré la distance, je n'oublierai jamais les aventures vécues pendant nos années Bichat. Je te dois la réussite de ma D1, et bien plus encore. Petite pensée aux dîners du kiff qui ont marqués nos premières années.

A Marion, rencontrée par providence pendant une césure aux allures de redoublement. Merci pour ta présence inconditionnelle, pour notre amitié si enrichissante et si féconde.

A notre trio avec **Alexia**, les rencontres miraculeuses. Je crois que tout est dit !

A un ancien duo de chocs avec **Cléo**, le dîner des ... Une époque révolue mais mémorable, a épuisé serveurs et barmans bien avant d'épuiser nos sujets de conversations.

A la crème de la crème des Ebivieux, qui se compte sur les doigts d'une main, et qui sont aussi précieux qu'eux. Nos vacances sont des souvenirs inoubliables ! Merci de m'avoir soutenue pendant ces années intenses (#nutella dans le local). **Mathilde et Emilie**, merci d'avoir été les solides piliers de ce groupe depuis notre rencontre. **Charlotte**, toi et ton caractère sans égal, je vous adore ! **Paul**, mon duo ebiloss, merci d'être resté un enfant avec moi si longtemps. Merci **Emilie G.**, ebisolienne d'adoption, pour ta légèreté et ta simplicité.

A Clémence, co-pèlerine du quotidien. Il faudrait un appel au téléphone entre minuit et trois heures du matin pour te remercier pour cette amitié irremplaçable. Tu noterais la relecture de dix ans d'aventure "à la Alix", tout en révisant à la guitare les chants d'une prochaine messe de mariage. Tu es extraordinaire. Que la flamme brûlante qui t'anime continue à embraser le monde et ma vie ! A très vite sur les chemins d'Assise. Soit bénie. LVS +

A Antoine Claudon, merci de m'avoir ouvert la voie et d'avoir été un grand frère pendant toutes ces années. Notre amitié m'est si chère : que nos grandes discussions, au pied d'un van, avec un bon verre, ne s'arrêtent jamais.

A ceux que les années de césure m'ont donnée le temps de découvrir davantage :

- **Thomas**, rencontre providentielle de la D2 et fidèle ami depuis. Merci de m'avoir accompagné dans les joies et les vicissitudes de l'externat et de la vie !
- **Anna, Pauline** : à notre club de 4 Med G rayonnantes, et nos w-e pleins de douceurs.
- **A la team cap sur Panama** : Aymeric, Manon, Pierre, Clémence, Luc, Blandine et Rémi, Mathilde...

A tous ceux qui ont marqué l'aventure Bichat :

- Maxime
- Simon
- Les amis d'Ebisol et Medsi, en particulier Benoît, Karim, Sander, Jérémie, Blanche, Raphael ; Valentin, Tallineau, le club pipe sur canapé, Jonathan que je n'oublie pas dans mes prières, la team medisup...

Aux amies d'avant médecine, fidèles au poste depuis plus de 10 ans : vous êtes un millésime extraordinaire qui se bonifie d'année en année. **Alice, Marguerite, Marie**, il n'y a pas de mots pour caractériser de si longues amitiés. Merci de m'avoir accompagné patiemment pendant toutes ces années. **Laurène, Charlotte, Alice**, l'une après l'autre vous êtes venu rajouter votre grain de folie dans cette bande. Merci d'avoir été là ! **Jérôme, Armand, Pierre, Louis, Cibot, Jean, Arthur**, à notre drôle de meute parfois éparse, souvent protectrice, toujours aimante ! Merci pour chacune de nos amitiés et pour votre fidélité.

Aux amies de l'île de ré. Les étés se sont fait rare à mesure que les études avançaient, mais leurs saveurs n'ont jamais trouvé d'égale. Merci pour ces pauses appréciées et ces souvenirs.

Aux compagnons de route qui ont illuminé mon chemin dans l'aventure de la sainteté : la Famille Wetter, les Parents, Marie-Caroline, les rencontres des SUF, Père Olivier Séguy ...

A François-Guillaume, ouvrier de la dernière heure, et auto-stoppeur passionné qui transforme les kilomètres en aventures extraordinaires. Merci d'avoir fait irruption dans ma vie, à la veille de clôturer ce chapitre si important.

A ma famille : Merci de m'avoir laissé la liberté de devenir ce que je suis, et merci de m'avoir accompagné à chaque étape avec sincérité et entièreté, sachant pointer les réussites et les échecs, les justesses et les excès. Merci pour tout l'amour reçu et donné, pour les pardons donnés, reçus, et demandés. **Aux trois femmes de la famille,** merci pour les valeurs de travail, de détermination, de dévouement que vous incarnez

Merci Clémence pour ton sens de la famille et des responsabilités, tu es une aînée en or.

Merci Laure d'être un joyeux et fidèle ange gardien sur ma route, merci pour toutes les heures de révisions que tu as chaperonnées, et les robinets que tu as fermés

Merci Maman d'avoir pris tant de soins pour nous enraciner en bonne terre et nous faire grandir avec droiture et légèreté. Merci de rester à mes côtés dans chaque aventure dans laquelle je m'engage.

A Raphaël et Rémi, des beaux-frères formidables, généreux en conseils, et en rire.

A papa, merci de m'avoir appris le sens du risque et ses écueils. Merci d'avoir affûté mon regard sur le monde à chacune de nos longues discussions - " La peur n'évite pas le danger"

A mes grands-parents et à la famille Scherer qui m'ont inspiré mon choix de vie par la joie, l'amour et la simplicité qui circulent dans leur famille.

Je vous aime !

A tous ceux que j'ai oublié de citer, qui ont participé de près ou de loin à l'intensité et à la beauté de ces dix dernières années, et à la médecin que je suis devenue.

A Dieu, Père, Fils, Saint Esprit, qui m'a conduit durant ces dix années d'études, rendant droit mon chemin, pardonnant mes détours, soutenant mes efforts, et transformant radicalement ma vie pour en faire une page d'évangile, pleines d'amour, de joie et de rencontres :

" Si tu savais le don de Dieu..." Jn 4, 10

Remerciements Sonia

A mon papa et ma maman, merci de m'avoir permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui. Sans vos sacrifices pour mon bien être, votre amour et votre soutien durant ces longues années, je n'aurais jamais réussi à devenir médecin. Merci maman pour ton écoute et tes conseils. Ces moments sont si précieux pour moi. Merci papa pour me soutenir dans tout ce que j'entreprends et d'être toujours prêt à rattraper mes erreurs. Je vous aime fort. Vous avez toujours su rester présents et discrets en même temps. J'espère que votre bénédiction m'accompagnera toujours. Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez. Je vous dédie ma thèse.

A ma petite sœur Imene, merci d'être à mes côtés, tu m'es précieuse. Merci pour tous ces moments que l'on a passé ensemble toutes ces années. Merci de toujours répondre présente et pour tes talents de statisticienne. Une belle vie professionnelle et personnelle t'attend.

A mon petit frère, Ahmed, Hamoudi, qui me soutient à ta manière et que j'ai vu grandir. Sans toi la vie serait fade et les journées longues. Une belle vie professionnelle et personnelle t'attend à toi aussi mon cher petit frère.

A mes grands-parents, merci d'être là, je pense fort à vous, j'espère que vous êtes fiers de moi.

A mes tantes et mes oncles, vous m'avez tous, à un moment ou un autre beaucoup apporté, et été toujours de bons conseils. Merci pour tous ces bons moments passés. Puissions-nous rester unis dans la tendresse.

A ma tante, Dalila, merci pour tout le soutien, ce travail est aussi le tiens, tu as été d'un grand apport pour moi pendant ce long processus.

A Nawel, ma copine d'avant la médecine, un souvenir pour tous les bons moments passés, depuis le collège, et à venir, et aux liens solides qui nous unissent. Merci pour ta patience et ta compréhension. Que notre amitié et fraternité soient éternelles. Une pensée pour Anaïs et Aya.

A Souheila, tu m'as accompagné et supporté tous le long de ce périple et cela malgré les difficultés, compagnon de route. Je suis très heureuse d'avoir rencontré une amie comme toi.

A Alix, merci d'avoir accepté de t'impliquer dans ce projet. Merci également d'avoir accepté de réaliser cette thèse aussi rapidement, en fonction de ma demande, et d'avoir fait tous ces efforts. Nos efforts conjoints ont abouti à un travail complémentaire très intéressant, et je t'en remercie.

A mes maîtres de stage, chez qui j'ai eu l'honneur d'effectuer mes stages ambulatoires, Dr Latrous, Dr Bissuel, Dr Hodge, Dr Ribes, Dr Evenou, Dr Tostain, Dr Boivin et Dr Sapaly. Merci pour votre accueil et regard attentif. Merci de m'avoir tant appris.

Merci à ceux qui ne sont plus là.

Bien entendu, cette liste n'est pas exhaustive et je remercie tous ceux et celles qui me connaissent et qui me permettent de me sentir exister...

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité.

Je m'engage à œuvrer de mon mieux pour une médecine de qualité, au service des personnes et de la société. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état. Je veillerai à ce que des convictions politiques, philosophiques ou religieuses, des considérations de classe sociale, d'ethnie, de nation, de langue, de genre, d'âge, de maladie n'influencent pas mon attitude envers mes patients. J'interviendrai pour les protéger s'ils sont affaiblis, vulnérables ou menacés dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité et les libertés civiles.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais délibérément la mort.

J'exercerai la médecine avec conscience et application. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables.

Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé. Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes, mes confrères et mes conçeurs m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Table des matières

Introduction	1
I.La structure de la consultation de médecine générale.....	1
II.La pédagogie des microséquences du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse	2
III.Problématique	4
Méthode	5
Étape 1 : État des lieux issu de la revue narrative de la littérature	5
Étape 2 : Consensus local issu d'un groupe de travail exploratoire.....	7
Étape 3 : Consensus national par ronde de Delphi.....	8
Résultats.....	11
Partie 1 : Résultats de la revue narrative de la littérature	11
Partie 2 : Résultats du groupe local.....	15
Partie 3 : Résultats de la ronde de Delphi	16
Discussion	27
1.Principaux résultats.....	27
2.Une architecture consensuelle.....	28
3.Un support pour l'analyse des pratiques	29
4.Un outil réflexif sur les différentes dimensions de la consultation de médecine générale	31
5.Utilisation pratique de l'outil et modalité de mise en œuvre	32
6.Forces et limites	33
7.Perspectives	35
Conclusion	36
Références bibliographiques	37
Annexes	42

Liste des abréviations

AU-MG : Assistant universitaire de médecine générale

CCU-MG : Chef de clinique universitaire de médecine générale

CNGE : Collège National des Enseignants de Médecine Générale

DES : Diplôme d'études spécialisés

DUMG : Département universitaire de médecine générale

GEP : Groupes d'Échanges de Pratiques

MCA-MG : Maître de conférences universitaire de médecine générale

Mc : Microséquence chronologique

Mt : Microséquence transversale

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSU : Maître de stage universitaire

PA-MG : Professeur associé universitaire de médecine générale

PU-MG : Professeur universitaire de médecine générale

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des articles sélectionnés dans la revue narrative de la littérature

Annexe 2 : Microséquences issues de la revue narrative de la littérature

Annexe 3 : Microséquences issues du groupe local

Annexe 4 : Courrier d'invitation à destination des experts

Annexe 5 : Courrier de participation au premier tour

Annexe 6 : Courrier de participation au deuxième tour

Annexe 7 : Synthèse des résultats de la ronde de Delphi

Annexe 8 : Commentaires ayant servi à une reformulation

Annexe 9 : Recueil des réponses ouvertes sur l'utilisation en pratique de la pédagogie des microséquences

Annexe 10 : Microséquences issues de la ronde de Delphi

Annexe 11 : CNIL

Introduction

I. La structure de la consultation de médecine générale

En médecine générale, la consultation constitue la modalité principale de l'interaction entre le médecin et le patient. Elle est tout d'abord un lieu de rencontre entre un médecin, expert, et un patient, en demande de soins. En apparence, il semble que son organisation soit instinctive, librement dictée par les demandes et réponses de chacun d'entre-eux. Elle peut alors donner l'impression d'une évolution anarchique, échappant à toute forme d'organisation. Cependant, malgré leur autonomie narrative, le médecin et le patient sont soumis à des contraintes liées à leur rôle et au temps limité de la consultation. Au fur et à mesure de l'échange, le médecin généraliste conduit, de manière séquentielle, le patient dans l'exploration et la clarification de sa perception de la maladie. En parallèle, le praticien lui-même avance dans la démarche clinique pour aboutir à une conclusion diagnostique et thérapeutique. Médecin et patient opèrent ainsi dans un cadre socio-culturel soumis à des contraintes spécifiques telles que les normes de la communication médicale, la méthodologie clinique, la responsabilité professionnelle, l'asymétrie médecin-malade. Ainsi la consultation médicale ne constitue pas uniquement le lieu d'un discours libre. Elle se caractérise davantage comme un entretien semi-dirigé, soumise à un cadre et influencée par des contraintes diverses. On peut y identifier une structure académique délimitée par un découpage récurrent (1-3). Cette structure inclut différentes dimensions : la temporalité (la durée de la consultation et la distribution du temps), l'espace, la structure verbale et non-verbale, la dimension relationnelle ou encore la répartition de la participation de chaque interlocuteur.

Byrne et Long, en 1976, ont été les premiers à observer la structure de la consultation médicale (1). Leur travail a permis d'identifier six phases de consultation : installation de la relation, motif de consultation, examen verbal ou physique, examen de la situation par le médecin et le patient, détail du traitement et investigations envisagées, puis clôture de la consultation. Par la suite, la structure globale de la consultation a fait l'objet de nombreuses études, principalement dans la littérature Anglo-Saxonne (2,3). Elles analysent les consultations à travers 3 à 10 étapes allant de la prise de contact initiale à la clôture de la rencontre, en passant par des temps de recueil d'informations, de traduction de la demande, de transmission d'informations, de négociation et de choix avec le patient, de récapitulation des points d'accord (3). La plupart des

modèles développés font consensus avec la structure globale observée par Byrne et Long (3). De même, l'analyse en pratique, à partir d'enregistrements de consultations de médecine générale, confirme ce modèle (4,5). Cependant s'il existe des modèles théoriques décrivant l'organisation globale de la consultation depuis les années 1950, il existe peu de données sur la structure détaillée de la consultation de médecine générale.

Le développement d'un enseignement des compétences communicationnelles en santé a été à l'origine de la création de grilles d'évaluation (6) dont les critères de notation suivent l'architecture chronologique implicite de la consultation (6,7). Cependant, ces outils n'analysent pas spécifiquement la structure détaillée de la consultation, ni la capacité de l'étudiant à la mettre en place. Seule la grille Calgary Cambridge (8,9), un modèle éducatif international traduit en français (10) faisant référence pour l'enseignement de la communication médicale, identifie spécifiquement la capacité à structurer la consultation en tant que compétence médicale indépendante et essentielle.

Pourtant, la capacité à structurer la consultation est une compétence nécessaire et indispensable aux médecins généralistes (8). Il peut être comparé à un metteur en scène (11) ou un chef d'orchestre (12) dont le rôle est de mener le bon déroulement de la consultation (13). En effet, la maîtrise de l'architecture de la consultation permet une meilleure conscience de son déroulement (14), et une meilleure gestion du temps (15). Elle est également utile pour ne pas méconnaître un motif supplémentaire (16) ou identifier une étiologie grave ou insidieuse. Enfin, l'analyse du déroulé de la consultation constitue une clé de lecture pour identifier les ressorts d'un entretien insatisfaisant. Bien que la capacité à organiser sa consultation constitue un enjeu pédagogique essentiel (9), il n'existe pas d'outil spécifique pour l'enseignement de cette compétence.

II. La pédagogie des microséquences du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse

La consultation médicale se caractérise par un déroulement précis, linéaire, fait d'enchaînements de différentes étapes (17). Ces temps fonctionnels indépendants sont identifiables par des changements de ton, de rythme et de structuration au sein de la consultation. Ces unités temporo-spatiales, successives, liées entre elles mais indépendantes structurellement ont été nommées "microséquences". Ce terme est un emprunt au vocabulaire

du cinéma et du théâtre (18). Il permet d'étudier des plans et des mouvements courts, essentiels au déroulement de la scène. L'action est ainsi découpée à plusieurs niveaux :

- La macroséquence est assimilée à la division en actes. À l'échelle de la consultation médicale, les macroséquences correspondent aux grandes étapes telles que retrouvées dans les différents modèles cliniques décrits depuis les années 1980 (2,3).
- La microséquence décrit des fractions de scènes au cours desquelles se passe un événement qui peut être isolé. Au sein de la consultation, les microséquences désignent des fractions de temps identifiables par leurs caractéristiques propres (19).

L'utilisation de la sémantique théâtrale par le DUMG de Toulouse, renvoie au modèle dramaturgique proposé par E. Goffman (20). En sociologie, le terme séquence définit un enchaînement spécifique d'actions, d'interactions et d'évènements dans un contexte social donné. Le terme "microséquence" est également utilisé pour désigner des unités d'interactions plus petites et plus spécifiques à l'intérieur des séquences. L'étude des séquences et des microséquences permet de comprendre la temporalité d'une situation, d'analyser les dynamiques sociales, de découvrir des schémas, et d'analyser les transitions. De nombreux sociologues tels que Anselm Strauss, ont utilisé ce cadre d'analyse pour aborder la consultation médicale.

Le concept de « microséquence » séquençant la consultation de médecine générale est issu d'un travail mené par le DUMG à partir des années 2000 (19). A partir d'une méthodologie inspirée des méthodes de consensus, des internes et des maîtres de stages universitaires (MSU) ont été interrogés afin d'établir une première liste de microséquences autonomes, répétitives sur plusieurs consultations, et facilement identifiables dans le déroulement temporel et spatial de la consultation (21).



Au terme de ces étapes, 36 microséquences ont pu être identifiées, nommées, et testées avec une saturation des données. Cette liste a été utilisée comme support pédagogique au cours du Diplôme Universitaire de Formation Pédagogique à la maîtrise de Stage. Au fur et à mesure des années, la liste des microséquences a été enrichie au gré des suggestions et des échanges lors de sa présentation. Les dernières modifications recensées ont été proposées en 2014.

III. Problématique

Les manières d'organiser une consultation médicale sont diverses, et sources d'avis contradictoires (14). Pourtant, un schéma implicite est partagé par l'ensemble de la profession (3). La pédagogie des microséquences développée au sein du DUMG de Toulouse est une approche spécifique visant à étudier, enseigner et évaluer la capacité à structurer une consultation. Cependant, l'élaboration de cette pédagogie présentait plusieurs limites : perte des données de la méthodologie, biais de sélection, absence de référence à la littérature, absence de réflexion sur la forme. Pour enseigner cette compétence avec justesse aux internes, il semble ainsi nécessaire de formaliser, avec précision et de manière consensuelle, l'architecture détaillée de la consultation.

La question de recherche était : quelles sont les microséquences détaillant la structure de la consultation de médecine générale ?

L'objectif principal de ce travail était d'élaborer un consensus sur les microséquences structurant la consultation de médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient

- d'établir un état des lieux sur des modèles de structuration de la consultation existant
- de proposer une adaptation des microséquences issue sur l'état des lieux des connaissances
- d'établir un consensus national sur un déroulé détaillant les microséquences d'une consultation de médecine générale

Méthode

Notre projet de recherche a été divisé en trois étapes, correspondant aux différents objectifs de de notre travail :

- Afin de réaliser un état des lieux de la littérature sur la structure détaillée de la consultation, une revue narrative de la littérature a été effectuée.
- Puis, une nouvelle version des microséquences a été élaborée et discutée, à l'échelon local, au sein d'un groupe de travail exploratoire.
- Enfin, ce travail a été soumis à un groupe d'experts, à l'échelle nationale, à travers une étude semi-qualitative par une ronde de Delphi.

Étape 1 : État des lieux issu de la revue narrative de la littérature

Une revue narrative de la littérature a été réalisée entre septembre 2021 et décembre 2021 afin d'élaborer une liste des microséquences structurant la consultation de médecine générale. Le travail de recherche et d'analyse des données a été effectué par deux chercheuses, auteures de la thèse.

Critères de sélection :

Les critères d'inclusion des articles étaient les suivants :

- Population : consultation de médecine générale en soins premiers
- Type d'article : tous types d'articles
- Langue : français et anglais

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Les articles non rédigés en français ou en anglais
- L'absence de lien avec les microséquences
- Population concernant les étudiants et les enseignants d'autres disciplines que la médecine générale
- Consultation de second recours
- Enseignement d'autres disciplines que la médecine générale
- Les articles dont le contenu n'était pas en accord avec l'objectif de cette étude

Sources d'informations :

Plusieurs bases de données ont été consultées : Pubmed, Cismef, Cairn.

La littérature grise a été explorée sur Sudoc (Système Universitaire de Documentation), Thèse UT3, Google Scholar. Les sites spécifiques de certaines facultés de médecine (France, Québec, Belgique) et les sommaires des revues Exercer, Pédagogie médicale et Persée ont également été consultés.

Stratégie de recherche :

Le site HeTop a été utilisé afin de trouver les termes MeSH associés aux microséquences de la consultation de médecine générale. Dans la base de données PubMed, l'équation de recherche a été écrite à l'aide de ces termes.

Les mots clés utilisés et les équations de recherche pour chaque base de données sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1 – Équations de recherche et bases de données utilisées

Bases de données	Mots clés et équations de recherche		
PubMed	((time factors) AND (general practice)) AND (office visits) Search Language : English, French		
Sudoc Cismef Thèse UT3 Pédagogie Médicale Exercer	Différent.e.s	organisation	en consultation de Médecine Générale.
		étapes	
		déroulement	
		parties	
		microséquences	

Processus de sélection :

Chaque article inclus a été analysé en trois étapes :

- Première étape : lecture du titre et suppression des doublons
- Deuxième étape : lecture du résumé
- Troisième étape : lecture intégrale de l'article

Recueil des données :

Les articles ont été lus et analysés pour répondre à l'objectif principal de notre thèse : proposer un déroulé détaillant les microséquences structurant la consultation de médecine générale.

Synthèse des résultats :

Les articles tirés de la revue de la littérature (Annexe 1) ont été analysés par les deux chercheuses afin d'établir une première liste des microséquences structurant la consultation de médecine générale. Il n'y a pas eu d'analyse de la qualité des articles.

Étape 2 : Consensus local issu d'un groupe de travail exploratoire

Un groupe de travail local a été formé pour échanger sur la version mise à jour des microséquences issue de la synthèse de la littérature. Il a été constitué par sollicitation directe de médecins généralistes de la région Occitanie reconnus pour leur intérêt dans le domaine de la consultation en soins premiers.

L'objectif du groupe de travail était d'aboutir à un consensus au niveau local sur le détail des microséquences structurant la consultation de médecine générale. La méthode et les résultats de la revue narrative de la littérature ont été présentés aux experts sous la forme d'un tableau comparatif des articles sélectionnés, et d'une version mise à jour des microséquences. Dans un second temps, les experts ont été divisés en deux groupes de travail indépendants. Ils ont échangé sur la chronologie de la première version des microséquences, et discuté de la pertinence et de la justesse des concepts et termes employés. Pour chaque groupe, un rapporteur a été désigné pour consigner par écrit les échanges. Une synthèse des échanges a été réalisée par l'équipe de recherche pour sélectionner les modifications pertinentes. Le groupe de travail a conclu à une deuxième version de la liste des microséquences, qui a fait consensus pour une soumission nationale.

Étape 3 : Consensus national par ronde de Delphi

L'objectif de la ronde de Delphi était d'obtenir un consensus, au niveau national, sur le détail des microséquences structurant la consultation de médecine générale.

1. Généralités sur la méthode

La ronde de Delphi est une méthode semi-qualitative visant l'élaboration d'un consensus. Le principe de la technique est d'organiser une consultation d'experts, à travers des questionnaires itératifs, afin de mettre en évidence les désaccords et les convergences. Un expert est défini comme une personne ayant une connaissance pratique suffisante sur le sujet évoqué pour exprimer son avis. Les experts confrontent leur point de vue de manière indirecte et anonyme. Elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent. Elle est utile dans un contexte d'incertitude ou de divergence, notamment lorsqu'il y a un manque de preuve scientifique ou une contradiction. Cette méthode permet une expression libre, indépendante des liens hiérarchiques et sociaux des différents experts. Elle évite l'influence de leaders d'opinion. Par ailleurs, la répétition des questionnaires est propice à une réflexion approfondie.

2. Choix des experts

L'équipe de recherche a élaboré une liste initiale de médecins généralistes et MSU à partir de son réseau, et des contacts disponibles au sein de chaque DUMG. Afin d'obtenir un consensus national, un à trois médecins généralistes par département universitaire ont été contactés. Le projet de recherche a également été diffusé sur le réseau national des chefs de cliniques universitaires. Les experts ont été sélectionnés pour leur intérêt, leur investissement et leur connaissance dans la pédagogie médicale. Il était recommandé un nombre minimum de 10 participants pour assurer la validité des résultats. Un résultat statistiquement significatif n'était pas recherché. Le nombre de participants initiaux devait tenir compte d'éventuels abandons.

3. Élaboration et diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré sur GoogleForm[©] à partir des conclusions du groupe de travail local. Il contenait plusieurs parties :

- Partie 1 : données socio-démographiques
- Partie 2 : discussion autour de la liste des microséquences
- Partie 3 : évaluation de l'utilisation en pratique des microséquences

Les questionnaires ont été envoyés par mail à l'ensemble des experts sélectionnés. Une courte présentation du travail préliminaire et de la méthode de recherche a été réalisée à travers un support écrit et un support vidéo.

Les participants étaient invités à évaluer la pertinence et la justesse de chaque item à travers une question fermée par échelle numérique (dite échelle de Likert), graduée de 1 à 9. La cotation 1 signifiait un désaccord total avec la proposition, la cotation 9 signifiait un accord total. Un espace de commentaire ouvert, facultatif, suivait chaque microséquence.

Pour chaque tour, les participants avaient 15 jours pour adresser leur réponse à l'équipe de recherche. Le même questionnaire était enrichi, à chaque tour, des résultats et commentaires générés par le tour précédent.

4. Recueil et analyse des données

Le recueil et l'analyse des résultats ont été réalisés entre avril et juin 2023. Il n'y avait pas de nombre de rondes consensuel défini en amont de la recherche. Dans la littérature, il était retrouvé une moyenne de 2 à 4 tours.

L'analyse des données a impliqué l'utilisation de méthodes quantitatives et qualitatives.

Les données quantitatives ont été analysées à travers des indicateurs statistiques : moyenne, médiane et pourcentage à l'aide d'un tableur.

Pour une proposition donnée, le consensus était reconnu pour :

- un score médian supérieur ou égal à 7
- une absence de désaccord. Le désaccord était défini comme une distribution comportant simultanément au moins 30 % des scores individuels compris entre 1 et 3 et 30 % compris entre 7 et 9.

L'obtention d'un consensus validait la proposition qui n'était pas présentée au tour suivant.

Les propositions étaient réévaluées et soumises à nouveau au tour suivant :

- en l'absence de consensus
- en cas de demande de modification de la part des experts
- en cas de commentaire engendrant une modification

Les données qualitatives ont été rassemblées au sein d'un document commun, et analysées par les deux chercheuses. Chaque commentaire a été associé à une lettre (M et T pour le tour 1, Mc et Mt au tour 2) à et un chiffre afin d'identifier l'item concerné. Chaque commentaire a été indexé dans une catégorie thématique en fonction de son contenu. Pour chaque notion, les extraits et les citations significatives et pertinentes ont été conservés, afin d'illustrer la diversité des opinions.

5. Démarche éthique et réglementaire

Notre étude a été soumise et validée par le Comité Éthique du Collège National des Enseignants de Médecine Générale (CNGE). Le protocole de recherche était conforme à la juridiction proposée par la loi Jardé. Les données à caractère personnel ont été déclarées et traitées conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Information et de Liberté (CNIL) : déclaration n°2023FSA9. Les participants ont été informés de la possibilité de se rétracter de l'étude à tout moment sans justification nécessaire.

Résultats

Partie 1 : Résultats de la revue narrative de la littérature

L'ensemble du processus de sélection des articles est résumé dans le diagramme de flux en Figure 2.

Au terme, 24 articles ont été inclus dans cette revue narrative (Annexe 1). Trois articles abordaient spécifiquement la structure détaillée de la consultation de médecine générale (Tableau 2). Nous avons observé de nombreuses similitudes dans les temps identifiés par chaque article.

L'analyse comparée de ces trois articles a permis de réaliser une première version des microséquences de la consultation de médecine générale (Annexe 2).

Cette première version contenait 60 items détaillant l'architecture de la consultation. Elle identifiait deux types d'items :

- 38 microséquences : ce sont des séquences temporelles qui se déroulent de manière chronologique lors des consultations.
- 22 transéquences : ce sont également des séquences temporelles, cependant elles ne sont pas chronologiques, mais transversales. Elles peuvent survenir de manière aléatoire, ou être maintenues tout au long de la consultation. Elles sont inspirées des tâches transversales de la grille Calgary-Cambridge. On y décrit par exemple : la gestion d'un dysfonctionnement technique, la survenue d'une émotion, la rédaction dans le dossier ou encore la posture empathique.

Les microséquences étaient organisées autour de 6 grandes étapes, identifiées dans la littérature que nous avons intitulée "macroséquences" : Débuter l'entrevue, Recueillir les informations, Examiner, Établir le plan de soins, Expliquer et planifier, Terminer l'entrevue (1,3,14). Les transéquences étaient organisées en 8 thématiques : Gestion du déroulé de la consultation, Gestion de la relation médecin-malade, Gestion du tiers dans la consultation, Gestion des perturbations extérieures, Gestion des perturbations intérieures, Gestion des différentes opportunités de soins, Gestion de la pluriprofessionnalité.

Enfin, à chaque item, une compétence pédagogique a été associée.

Figure 2 : Diagramme de flux de la revue narrative de la littérature

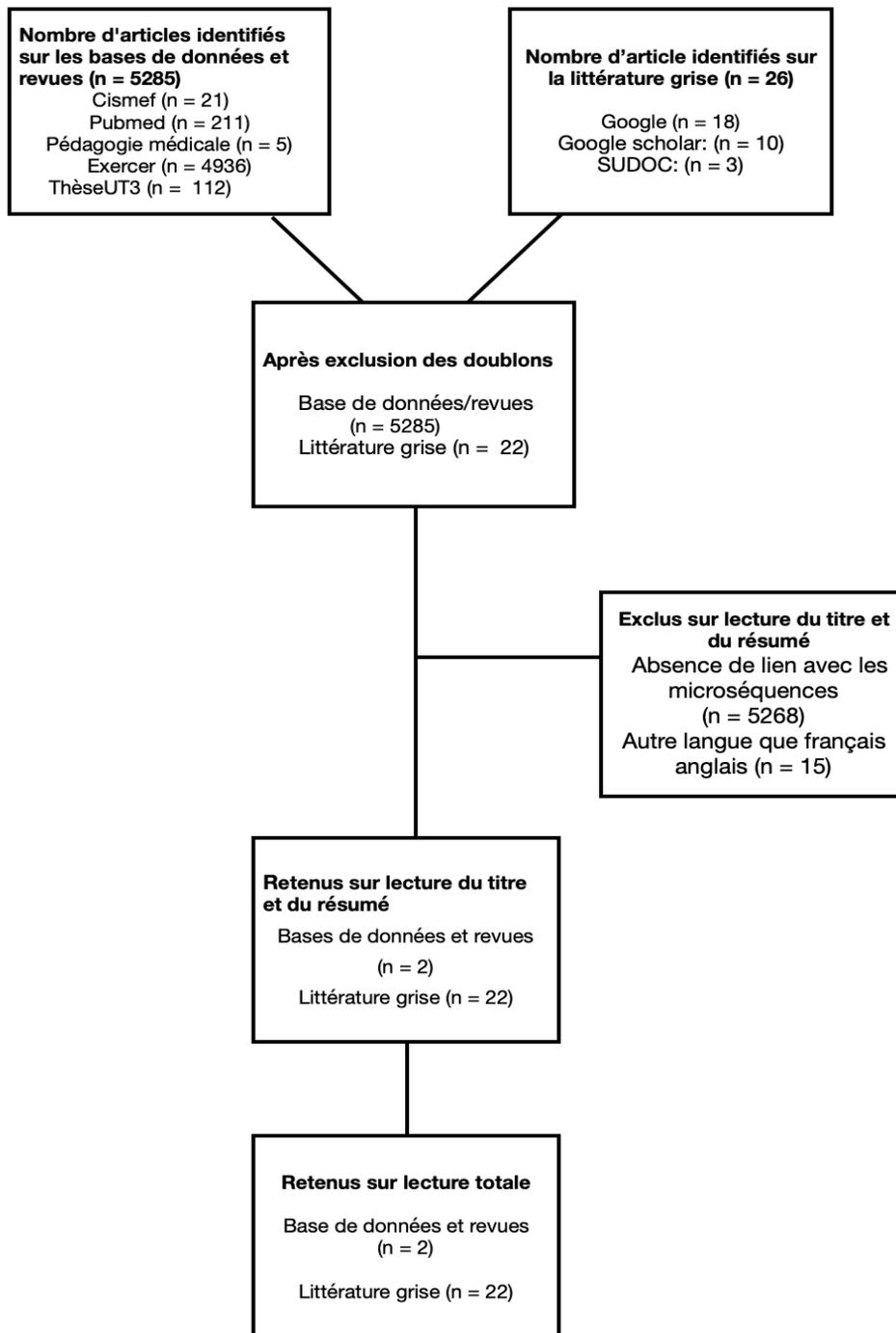


Tableau 2 : Caractéristiques principales des articles significatifs de la revue de la littérature

Titre, auteur, date	Lieu d'étude	Type d'étude	Principaux résultats
<p>Titre Version anglaise : Teaching and Learning Communication Skills in Medicine Version française : Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication</p> <p>Auteurs Version anglaise : Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Version française : Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT.</p> <p>Date Version anglaise : 1998 Version française : 2004</p>	<p>Version anglaise : Oxford</p> <p>Version française : Montréal, Canada</p>	<p>Article de revue publié dans : <i>Radcliffe Medical Press</i> en version anglaise</p> <p><i>Les Editions du Renouveau Pédagogiques</i> en version française</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● But : Créer le cadre de la consultation avec mise en lumière des compétences relationnelles et communicationnelles. ● Organisation : 5 tâches séquentielles chronologiques, et 2 tâches transversales présentes du début jusqu'à la fin de la consultation : structurer l'entrevue et construire la relation. ● Modèle mettant en avant une <u>approche centrée patient</u>. ● Spécificité : <ul style="list-style-type: none"> ○ Outil pédagogique validé pour l'acquisition des compétences communicationnelles de l'entrevue médicale par les étudiants en médecine. ○ Permet d'élaborer des programmes de formation pertinents. ● Contenu : <ul style="list-style-type: none"> ○ Elle définit une série d'étapes chronologiques pour la consultation, selon les six axes traditionnels : Ouverture de la session, Collecte d'informations, Examen physique, Explication et planification, et Clôture de la session. ○ Elle décrit une liste de 73 compétences communicationnelles et relationnelles, réparties en 3 compétences : <ul style="list-style-type: none"> ■ Médical : établir le 1er contact, identifier les motifs de la consultation. ■ Transversal structurel : expliciter le cadre et le déroulement de la consultation. ■ Transversal relationnel : développer une relation harmonieuse. ○ Les habiletés communicationnelles sont divisées en 3 catégories : Habiletés de contenu (le savoir médical), de processus et émotionnelles (attitude et gestion des émotions du patient et du médecin). ○ Intègre l'ensemble des éléments d'une approche biopsychosociale de l'entrevue médicale.

<p><u>Titre</u> Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation</p> <p><u>Auteur</u> Junod Noelle, Sommer Johanna</p> <p><u>Date</u> 2013</p>	<p>Hôpitaux Universitaires de Genève</p>	<p>Article de revue dans <i>Stratégies</i> n°31</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>But</u> : Décrire dans une approche communicationnelle la consultation médicale. ● <u>Organisation</u> : schéma chronologique qui reprend la structure proposée par Kurtz, Silverman et Draper. ● Modèle mettant en avant une <u>approche centrée patient</u>. ● <u>Spécificité</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier des outils pour développer la relation à travers la consultation. ○ Repose sur le mode de communication du soignant et de son influence sur la relation. ● <u>Contenu</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ La communication est un élément clé de la pratique clinique. ○ Importance d'effectuer un entretien structuré du début à la fin pour le développement de la relation avec le patient. ○ Approche facilitant la négociation en gardant une médecine fondée sur les preuves (EBM).
<p><u>Titre</u> Microséquences</p> <p><u>Auteur</u> DUMG de Toulouse</p> <p><u>Date</u> 2014</p>	<p>Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● <u>But</u> : Lister les différentes microséquences de la consultation. ● <u>Organisation</u> : Déroulé chronologique et structurel identifié de manière intuitive. ● Modèle mettant en avant une <u>approche centrée soignant</u>. ● <u>Spécificité</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Chaque étape est suivie d'un objectif et une compétence. ○ Basé sur le savoir expérimentiel des maîtres de stage et interne en médecine générale, alimenté d'année en année.

Partie 2 : Résultats du groupe local

1. Données générales

Le groupe local était composé de 7 médecins généralistes et 2 internes en médecine générale. Les experts sélectionnés avaient des liens différents avec la faculté : membres du pôle Pédagogie du DUMG, enseignants, responsables de Groupes d'Échanges de Pratiques (GEP), MSU. Un médecin n'avait de lien ni avec l'université, ni avec la pédagogie.

Les 60 items ont été discutés, l'un après l'autre, en abordant la dimension chronologique, la pertinence et la justesse sémantique.

2. Résultats

Le groupe local a abouti à la modification de 9 items.

Tout d'abord, le groupe a conclu à des modifications chronologiques.

- 2 items ont été déplacés : la transition avec la consultation précédente a été renseignée en fin de consultation, et l'interaction avec la salle d'attente a été déplacée en I.3.
- 2 items ont été scindés et individualisés : “ observation générale ” et “ invitation à parler ”. A l'inverse, “ reformulation par le patient ” a été fusionné dans “ l'information claire et loyale ”.

À la suite des échanges, 3 items ont été ajoutés :

- Pour les microséquences, une macroséquence “transition avec la consultation précédente ” contenant les microséquences :
 - “ 41. Aboutissement des tâches liées à la consultation précédente : prendre un rendez-vous, contact d'un tiers ”.
 - “ 42. Retour à un état de disponibilité physique et mentale ”.
- Pour les transéquences, l'item “ 4. Posture empathique ” a également été ajouté.

Il n'y a pas eu de suppression de microséquences.

Enfin deux items ont été reformulés : “ 20. Démarches diagnostiques ” et “ 32. Cadre de sécurité ”. Par ailleurs, 20 compétences ont également été reformulées.

Au cours d'un tour de parole de synthèse, plusieurs verbatims ont été retranscrits puis catégorisés. La deuxième version des microséquences est détaillée en Annexe 3.

Partie 3 : Résultats de la ronde de Delphi

1. Données générales et socio-professionnelles des experts

45 experts potentiels ont été contactés individuellement entre mars et avril 2023. Le projet de recherche a également été partagé sur deux listes de diffusions nationales. Parmi eux, 19 experts ont accepté de participer à la ronde de Delphi. Au premier tour, 3 experts n'ont pas répondu (sans raison connue) et ont été exclus. Au deuxième tour, 2 experts n'ont pas répondu (sans raison connue) et ont été exclus. Au total, nous avons enregistré 13 questionnaires complets.

Les experts sélectionnés constituaient une population hétérogène, aux caractéristiques variées. Nous avons obtenu des réponses de 13 DUMG : Angers, Brest, Clermont-Ferrand, Grenoble Alpes, Nancy, Lyon, Paris (Sorbonne-Université, Bobigny, Paris-cité), Poitiers, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg. L'âge des participants s'étalait de 32 à 72 ans avec une moyenne de 43,7 ans. L'ensemble des médecins participants étaient médecins généralistes avec une expérience de maîtrise de stage depuis plus de 5 ans pour la majorité d'entre eux.

Leur lien avec la faculté était divers : 12 (63 %) d'entre eux avaient un poste universitaire (2 AU-MG, 4 CCU-MG, 3 MCA-MG, 2 PA-MG, 1 PU-MG), 2 (10 %) n'avaient pas de liens avec la faculté.

Ils avaient des modes de pratiques variés :

- 8 (42 %) travaillaient au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), 5 (26 %) dans un cabinet de groupe, 1 (5,6 %) en centre de santé, 1 (5,6 %) en équipe de soins pluriprofessionnelles. Un expert avait cessé son activité depuis 2016.
- 9 (47 %) caractérisaient leur patientèle comme semi-rurale, 8 (42 %) d'urbaine, 2 (10 %) de rurale.
- 14 (74 %) d'entre eux déclaraient consulter en moyenne entre 20 et 30 minutes et 5 (26 %) déclaraient un temps de consultation entre 10 et 30 minutes.

Leurs expériences cliniques et pédagogiques étaient hétérogènes :

- 8 (42 %) étaient installés depuis moins de 5 ans, et 6 (31 %) étaient installés depuis plus de 15 ans, 3 (15,8 %) en cabinet seul.
- 8 (42 %) étaient MSU depuis moins de 5 ans, et 4 (21 %) avaient une expérience en tant que MSU de plus de 15 ans.

2. Résultats du premier tour

a. Données quantitatives

Un questionnaire de 69 items a été envoyé aux participants contenant :

- 42 microséquences chronologiques
- 23 microséquences transversales
- 4 questions d'évaluation de l'outil en pratique

15 réponses ont été recueillies durant le premier tour qui s'est déroulé du 05/04 au 30/04/2023.

Parmi les 65 propositions soumises :

- 65 ont obtenu un accord consensuel,
- aucune n'a obtenu de désaccord,
- Il n'y a pas eu d'ajout de microséquences.

Les 65 propositions ont bénéficié d'une évaluation à l'aide d'une analyse qualitative des commentaires :

- 294 commentaires ont été recueillis et analysés, 59 d'entre eux ont été utilisés pour les reformulations, fusions et chronologies des propositions. Les commentaires ont été à l'origine de l'ensemble des modifications de la liste.
- 44 microséquences ont fait l'objet d'une modification à la suite des commentaires (27 reformulations, 10 fusions, 7 changements de chronologie).

Au terme du premier tour, 33 microséquences ont été validées (Annexe 7).

Enfin, 4 questions ouvertes ont évalué la liste des microséquences en tant que potentiel support pédagogique pratique à l'usage du couple interne-MSU. La pertinence, l'utilité et l'utilisation pratique ont fait consensus parmi les experts. La probabilité d'aborder ce sujet avec leur interne au prochain semestre n'a pas fait consensus.

b. Données qualitatives

L'ensemble des commentaires a tout d'abord été analysé et indexé en 7 catégories en fonction de leur objet.

Une partie d'entre-eux commentait la pertinence des microséquences soumises aux experts : « *il est difficile de ne pas trouver tous ces items pertinents* » T3. Ainsi, ils ont confirmé la justesse de certaines étapes identifiées dans les microséquences comme l'invitation à parler « *Phase*

essentielle : *permettre l'expression des motifs sans couper la parole* » M8,7, ou encore la hiérarchisation des motifs : « *Essentiel mais pas toujours facile* M9, *essentiel +++* » M25.1. Par ailleurs, ils ont également formulé des désaccords, comme au sujet du mot d'aurevoir « *non, ni massage de l'épaule !!* » M38.1.

D'autres abordaient la chronologie des microséquences : « *si c'est chronologique, je mettrais ça tout au début de la micro-séquence, avant la préparation du cabinet* » M3.5. Nous avons notamment recueilli plusieurs demandes de fusion d'items : « *difficulté à distinguer cette étape dans ma pratique serait à rattacher au 4* » M6.5, « *découpage un peu arbitraire dans un même continuum ayant la même fonction* » M6.4.

Un troisième groupe de commentaires comportait des demandes de reformulation. Ainsi un expert a remis en cause l'utilisation du terme « cadre » : « *plutôt que composer un cadre : Entrer en relation avec le patient par une attitude accueillante* » M4.4. De même, il a été suggéré de modifier la notion de « juste distance » : « *Je cite A Jollien philosophe suisse : "Je n'aime pas les termes de bonne distance, je leur préfère ceux de bonne proximité* » T17.4. Enfin, certaines reformulations affinaient la précision des microséquences : « *je mettrais plutôt : "organiser le recours à un/e autre professionnel/le"* » T23.2.

Les commentaires ont également permis aux experts de partager leurs incompréhensions. Elles concernaient parfois le découpage : « *concept de microséquence/ transéquences floue* » P2. Elles pouvaient également être liées aux termes techniques utilisés dans la rédaction « *préciser apprentissages secondaires* » T19.3, « *Je ne sais pas ce qu'est la « littératie* » Mc25.2.

Par ailleurs, une grande partie des commentaires concernaient des partages d'expériences : « *les questions "cachées" surgissent justement du vide créé par mon silence "actif"* » M8.2, un partage de connaissances : « *Attention l'idée du recentrage est souvent matière à interrompre le récit du patient. Les situations où le patient échappe totalement de la consultation sont rares. Des études concordent pour apprécier le temps de parole libre des patients à environ 7 minutes vs le même temps pour l'interrogatoire.* » T1.2, ou encore une opinion : « *j'suis trop vieux pour les EBM ... qui ont trop fluctué durant ma vie professionnelle* » M26.1, « *on n'est pas bons dans les cotations ; les chir et autres techniciens savent mieux* » M36.2.

Un ensemble de commentaires soulignait particulièrement les difficultés pratiques liées à l'une ou l'autre des microséquences comme celle de la mise en œuvre du plan de soins : « *Difficile à mettre en œuvre parfois* » M10.1, de l'évaluation de la compréhension et de l'adhésion du patient : « *c'est un peu idéaliste. En pratique, est-ce qu'on requestionne systématiquement les patients pour savoir ce qu'ils ont compris...* » M33.1, ou du retour, en fin de consultation à un état de disponibilité : « *Dans nos rêves les plus fous oui, en réalité on n'a pas le temps* » M42.5.

Enfin, un dernier groupe de commentaires abordait la dimension pédagogique de certaines microséquences : « *Beaucoup de dgts en MG se font par méthode analogique (histoire atcd symptômes) et très peu en hypothético-déductif* » M12.6.

Un expert a souligné l'importance du temps de discours libre du patient :« *Microséquence fondamentale, assez difficile à appréhender en début d'exercice car tendance à "fermer" la consultation en proposant un sujet (à partir des éléments des dernières consultations par exemple) ou en rebondissant immédiatement sur la première problématique abordée par la personne (généralement la moins importante). Importance d'une phrase ou question ouverte et de laisser la personne parler et de la laisser exposer tous ses motifs de consultation* » M7.5.

Un autre associait l'établissement de la feuille de soins à un « *Objectif de fin de formation* » M36.4. Enfin, un dernier évoquait l'apprentissage progressif, par l'expérience de la gestion de l'incertitude : « *facile pour un "vieux" médecin, plus délicat pour l'interne* » T18.1.

Parmi ces 294 commentaires, 59 (20 %) d'entre eux ont été à l'origine de modifications (Annexe 8).

Tout d'abord certains commentaires ont induit des modifications d'ordre chronologique. La macroséquence « 1.1 débiter l'entrevue » a suscité plusieurs commentaires sur son organisation :

« *je distinguerais 2 séquences différentes : la phrase (souvent une question) d'introduction adaptée à la situation, et l'écoute initiale sans interrompre le patient* » M7.6

De même, pour la macroséquence 5 « Établir le plan de soin », plusieurs experts ont exprimé le souhait de fusionner des items :

« *j'aurais recoupé avec une ou deux précédentes* » M28.1

« *assez équivalentes à la précédente phase pour moi* » M28

Cependant, la décomposition a été maintenue car d'autres experts ont pu identifier et commenter les enjeux spécifiques de chaque microséquence :

« *Et dans beaucoup de situations il n'existe pas de "données actualisées de la science" mais plutôt un "état de l'art" issu d'un consensus de pairs fondés sur des données empiriques* » M26.3

« *L'EBM contient trois valences : les faits probants, l'expérience du médecin et les préférences du patient* » M26.5

« *Conduite à tenir à personnaliser pour chaque patient* » M26.4

D'autres part, des commentaires ont été à l'origine de reformulations : Ils ont remis en cause des dénominations utilisées dans la liste des microséquences :

« *Je suis gênée par la proposition tiers parasite ou gênant : à reformuler selon moi car discrimination* » T.10.2

« *Qu'appellez-vous un tiers parasite ? (...) Cela relève d'un préjugé ou d'un jugement (d'une représentation sociale)* » T10.3

De plus, des reformulations ont été suggérées à la suite de partages d'opinion et d'expériences des experts :

« *Par ailleurs, le terme centré patient est également remis en cause, car le modèle proposé est de considérer le patient comme un acteur de ses soins au même titre que les soignants. La proposition d'une conduite à tenir est centrée non pas sur le patient mais sur sa situation pathologique. (On peut sur ce point consulter G Reach, pour une médecine humaine, Herman, 2022 et bien d'autres auteurs)* » M26.5

« *On ne gère pas les pleurs, on ne gère pas les accompagnants, les sourires sont authentiques et non de politesse. Les pleurs sont des émotions, on ne gère pas les émotions !* » M4.5

Enfin, certains termes utilisés n'ont pas été compris par les experts, et ont été modifiés :

« *littératie kezaco* » M21.1, « *qu'est-ce "procédés de facilitation" ?* » M13.2

Par ailleurs, certains commentaires ont suscité des échanges qui n'ont pas abouti à des modifications. Tout d'abord, à plusieurs reprises, plusieurs d'entre-deux évoquaient l'aspect variable, et non systématique des microséquences :

« *pas fait systématiquement avant l'entrée du patient* » M2.8, « *Pas toujours. Parfois il n'y en a pas, parfois ce n'est pas le bon moment* » M12.5

Les commentaires de la microséquence 16 confrontaient également différents points de vue sur l'information et le consentement au déshabillage :

« *essentiel pour mettre en confiance le patient* » M16.14, « *Pas forcément toujours expliquer pourquoi on propose le déshabillage* » M16.2, « *trop "politiquement correct" pour un vieux comme moi mais je m'y plie* » M16.3

Nous avons fait le choix de ne pas modifier, suivant l'avis majoritaire.

De même, un expert a remis en cause la microséquence 38 « *si la consultation a été bien menée, il n'y a pas de confiance de "poignée de porte* » M38.2. Elle a été maintenue car son avis était minoritaire.

Enfin, il est important de souligner qu'un grand nombre de commentaires ne concernaient pas la structure des microséquences, ni leur formulation mais prenaient la forme d'un échange d'opinions ou d'un partage d'expériences au sujet de l'une ou l'autre des microséquences.

« Parfois on demande au patient d'évoquer le diagnostic auquel il a pensé. Parfois on laisse le patient le temps de son récit et on prend à mesure des éléments diagnostiques, parfois on abandonne le lexique médical pour se centrer sur la formulation de la plainte. (...) Ce n'est pas de l'anamnèse académique. » M13.4

Pour terminer, les commentaires des 4 questions ont été analysés à part et sont recensés dans l'Annexe 9. Les experts ont confirmé que l'outil était proche des enjeux de la médecine générale. Ils ont évoqué certaines limites :

« Après l'avoir amélioré sur le papier, il n'y aura qu'un moyen de le savoir : le tester ! » U1

« Cet outil me semble pertinent mais il est perfectible, une organisation en tiroirs de différents niveaux me semblerait plus adaptée. » P2

« Proche des enjeux en MG. » P3

3. Résultats du deuxième tour

13 réponses ont été recueillies durant le 2ème tour qui s'est déroulé du 05 au 31/05/2023. Les résultats figurent en Annexe 7. Parmi les 31 propositions soumises (21 microséquences chronologiques et 10 microséquences transversales) :

- 31 ont obtenu un accord consensuel
- Aucune n'a obtenu de désaccord
- Il n'y a pas eu d'ajout, ni de suppression de microséquences

Les 31 propositions ont bénéficié d'une évaluation à l'aide d'une analyse qualitative des commentaires. 60 commentaires ont été recueillis et analysés. Ils n'ont pas été à l'origine de modifications.

Par ailleurs, une nouvelle dénomination des items " microséquences" et "transéquences" a été proposée par l'équipe de recherche à la suite d'incompréhensions. Les formulations "microséquences chronologiques" et "microséquences transversales" ont fait consensus.

Au total, la ronde a permis la reformulation de 11 microséquences. Il n'y a pas eu d'ajout de microséquences. 12 modifications chronologiques ont été réalisées, ainsi que 4 fusions d'items

redondants. Au sujet des compétences liées, 3 compétences ont été ajoutées et 23 ont été reformulées (Annexe 7).

4. Version finale des microséquences

La ronde de Delphi a abouti à une version finale de la liste des microséquences (Annexe 10).

Les microséquences chronologiques

1 - Débuter l'entrevue

1. Préparation du cabinet de consultation

Gérer l'hygiène et la mise au propre de l'agencement pour la prochaine consultation

Créer un cadre de consultation propre, confortable, propice à la confiance, au respect du secret médical

2. Appréhension du contexte propre à la consultation et au patient

Se saisir des spécificités du contexte de la consultation (résultats, événements de vie...)

3. Phase sociale : accueil, civilités, invitation à entrer, présentation, conversation initiale

Entrer en relation de manière authentique et accueillante propice à la confiance

4. Observation générale à l'arrivée du patient

Appréhender l'attitude et la présentation du patient

Réaliser une appréciation éclair

5. Invitation à parler et écoute active

Formuler une phrase d'introduction adaptée pour initier le récit du patient

Respecter un temps de discours libre sans intervention

6. Recueil des motifs énoncés et recherche des attentes cachées

Recenser les demandes énoncées par le patient

Identifier les attentes cachées du patient

7. Hiérarchisation et choix conjoint du plan de la consultation

Évaluer rapidement les situations d'urgence réelle et ressentie

Négocier entre attentes du patient et du médecin

Élaborer, par une décision partagée, un programme mutuellement acceptable

2 - Recueil des informations et anamnèse

8. Description détaillée des motifs par le patient

S'installer dans une posture d'écoute active et attentive

9. Anamnèse médicale dirigée par les symptômes

Utiliser des procédés communicationnels pour préciser les symptômes

Adapter l'interrogatoire au tableau clinique

10. Aspects subjectifs de la plainte

Explorer la perspective patiente : contexte, vécu, attente, croyances, représentations, crainte, impact

11. Hypothèses diagnostiques intuitives

Émettre une ou plusieurs hypothèses diagnostiques analogiques

12. Synthèse

Résumer la situation clinique

3 - Examen clinique

13. Invitation à l'examen clinique, consentement et mise en condition

Introduire l'examen clinique et obtenir le consentement du patient

Informé du niveau de déshabillage nécessaire et l'expliquer

14. Gestion du déshabillage/rhabillage

Accompagner avec pudeur et discrétion le moment du déshabillage/rhabillage

15. Examen clinique adapté, orienté, expliqué

Cibler l'examen en fonction du tableau clinique

Traduire les étapes de l'examen au patient

Réorienter l'examen clinique et l'anamnèse en fonction des découvertes

Limiter l'examen clinique aux gestes impactant la démarche médicale

16. Gestes paracliniques en fonction du contexte : dextro, bu, mesure de saturation, ecg

Proportionner les examens paracliniques en fonction du contexte

Justifier l'indication et le résultat attendu auprès du patient

4 - Explication

17. Conclusion de la démarche diagnostique

Intégrer l'ensemble des informations pour discerner le diagnostic le plus probable à ce stade

Identifier et éliminer les différents diagnostics différentiels : urgence, diagnostic critique

18. Annonce diagnostique et pronostique

Transmettre une information organisée

Adapter les explications au niveau de compréhension du patient

Échanger sur la notion d'incertitude diagnostique

19. Explication claire, loyale et adaptée

Évaluer les connaissances et les représentations de la maladie) du patient : préjugé, croyance, levée d'ambiguïté

S'assurer d'une communication verbale efficace : langages concis, accessible, adapté au niveau du patient, répétitions et résumés, aides visuelles

20. Réactions du patient

Relever les indices verbaux et non-verbaux exprimés par le patient

Reconnaître les attentes, croyances, et émotions du patient

Intégrer la perspective du patient et respecter son rythme

5 - Établir le plan de soins

21. Proposition d'un plan de soin

Appliquer une démarche centrée patient en fonction de sa pathologie et au regard des données actualisées de la science

22. Négociation du plan de soin

Explorer les différentes options d'action ou de non-action
Susciter la participation active en partageant ses réflexions cliniques avec le patient
Identifier un plan mutuellement acceptable

23. Décision partagée du plan de soin

Expliquer et justifier la décision vis à vis du contexte
Échanger avec le patient sur les implications des décisions prises ensemble
Respecter les oppositions et résistances du patient

6 - Planifier le plan de soin

24. Prescription médicamenteuse et non médicamenteuse (IDE, kiné...) conseils hygiéno-diététiques, adressage

Connaître les règles de prescription
Rédiger les documents en bonne et due forme

25 Explication des prescriptions

Adapter les explications au niveau de compréhension du patient

26. Cadre de sécurité pour le patient et le médecin

Transmettre au patient une conduite à tenir adaptée en fonction de l'évolution potentielle

27. Échange sur les modalités du suivi

Planifier un suivi adapté au projet thérapeutique

28. Compréhension et adhésion du patient

Estimer les informations retenues par le patient au terme de l'entrevue
Mettre en œuvre des méthodes pour le renforcement de l'adhésion thérapeutique

29. Reformulation de l'information par le patient

S'assurer de la bonne compréhension du patient

30. Retour sur la demande de soins

Résumer brièvement et clairement le plan de soin
S'enquérir des questions éventuelles du patient

7 - Terminer l'entrevue

31. Établissement de la feuille de soin

Maîtriser les nomenclatures et les cotations

32. Paiement

Intégration de la dimension économique de la consultation : paiement, tiers payant...

33. Fin de la consultation et mots d'au revoir

Mettre un terme à la consultation et reconduire le patient de manière adaptée
Choisir les mots adaptés en fonction de la consultation écoutée

34. Éventuels motifs du pas de la porte

Recueillir et proposer d'y revenir dans un délai adapté à la confiance

8 - Transition avec la consultation précédente

35. Retour à un état de disponibilité physique et mentale

Retrouver la disponibilité nécessaire pour la prochaine consultation

36. Interaction avec la salle d'attente et avec le secrétariat

Gérer le flux et l'agenda des rendez-vous

Les microséquences transversales

1 - Gestion du déroulé de la consultation

1. Structuration de l'entrevue
 - Mener une consultation structurée*
 - Ajuster les échanges en fonction du temps disponible en respectant le temps d'expression du patient*
2. Communication sur l'organisation de l'entrevue
 - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue*
 - Annoncer les transitions*
3. Rédaction de la synthèse dans le dossier médical
 - Synthétiser la consultation par écrit de manière adaptée (interprofessionnalité, dimension légale)*
 - Compléter le dossier médical de manière exhaustive*

2 - Construction de la relation médecin – malade

4. Instauration d'un climat de confiance
 - Développer l'alliance thérapeutique en créant un climat de confiance approprié*
5. Posture emphatique
 - Intégrer l'empathie à sa démarche clinique en adaptant sa posture*
6. Communication verbale
 - S'exprimer dans un vocabulaire approprié au patient*
 - S'appuyer sur des outils communicationnels : légitimation, reformulation, empathie*
 - Mettre en œuvre des méthodes pour le renforcement de l'adhésion thérapeutique*
7. Communication non-verbale : contact visuel, expression faciale, posture, position et mouvement, indices vocaux (le débit, le volume, la tonalité)
 - Identifier la communication non-verbale du patient*
 - Adopter un comportement non-verbal approprié*
 - Écouter activement le patient*
8. Participation active du patient
 - Impliquer le patient dans la démarche clinique*
 - Coopérer avec le patient dans la démarche décisionnelle*
9. Désaccord médecin-malade
 - Verbaliser une situation de conflit*
 - Refuser une demande non-raisonnée, non-adaptée*
10. Les non-dits
 - Expliciter les attentes cachées du patient*
 - Relever et analyser les silences du soignant et du soigné*

3 - Place du tiers dans la consultation

11. Le tiers-présent : aidant, parent d'ado, parent d'enfants, personne âgée, enfant, le couple
 - Identifier la place et le rôle de l'accompagnant et les intervenants environnementaux*
 - Composer avec le tiers présent*
12. Le tiers-absent
 - S'informer de l'état de santé des proches suivi au cabinet*
 - Connaître les modalités de transmission par un tiers d'informations médicales concernant le patient majeur ou mineur*
13. Le couple étudiant/ maître de stage
 - Expliquer au patient les implications de la triade maître de stage, étudiant, patient*
 - Assurer l'équilibre au sein de la triade patient, maître de stage, étudiant*

4 - Gestion des perturbations extérieures

14. Interférence (secrétaire, collègue, téléphone, bruits parasites...)

Préserver le fil de la consultation

15. Ordinateur et encodage

Intégrer l'ordinateur de manière adéquate : contact visuel, moment, emplacement...

16. Dysfonctionnement technique (téléphone, logiciel, électricité...)

Organiser une solution adaptée en minimisant la perte de chance

5 - Gestion des perturbations intérieures

17. Facteur de stress perturbant la consultation

Reconnaître les facteurs de stress perturbant la consultation : retard, interférences personnelles...

18. Les émotions

Prendre conscience des émotions suscitées chez le médecin et chez le patient

Mettre en place une stratégie pour maintenir un lien adapté

19. L'incertitude

Analyser l'incertitude

Communiquer, selon le contexte, à propos de son incertitude

20. Sentiment d'échec

Analyser les causes d'un échec ou de mise en échec

Identifier les apprentissages secondaires à une erreur

Mettre en place une stratégie adaptée en collaboration avec le patient

6 - Gestion des différentes opportunités de soins

21. Démarche de prévention : repérage, dépistage...

Saisir l'occasion d'un acte de prévention en fonction du contexte clinique et du temps

Identifier les éléments potentiellement annonciateurs de pathologie

22. Communication pluriprofessionnelle

Mettre en place une collaboration avec d'autres professionnels de santé du territoire

Compléter le dossier médical partagé

Coordonner le parcours de soins

23. Recours à l'expertise d'un autre professionnel

Reconnaître ses limites

Organiser le recours à un autre professionnel de santé

Établir un réseau de soin

24. Gestion du suivi lié à la prise en charge du patient : prendre un rendez-vous, contact d'un tiers...

Prendre le temps administratif nécessaire pour le suivi

Discussion

1. Principaux résultats

La revue narrative de la littérature, réalisée entre septembre et décembre 2021, a permis d'identifier 3 écrits évoquant le déroulé détaillé de la consultation de médecine générale.

Seul le travail de recherche du DUMG de Toulouse sur les microséquences (19) était exclusivement centré sur la capacité à structurer la consultation. Il explicite de manière détaillée l'enchaînement chronologique des temps structurant la consultation. La grille Calgary-Cambridge a été l'un des premiers supports pédagogiques traduit en français décrivant une structure détaillée de la consultation (22). Elle fait référence pour l'enseignement et l'évaluation des compétences communicationnelles des étudiants (6,23,24). Elle est indexée dans les ressources de nombreux DUMG en France (Rennes (25), Rouen (10), Lille (26)) et dans d'autres pays francophones comme en Belgique (27). De nombreux supports pédagogiques en sont inspirés, comme le montre le travail de N.Junod et J.Sommer dans « Approche en communication pour le bon déroulement d'une consultation ». Cet article de pédagogie, reprend la structure d'entretien proposée dans la grille Calgary, et décrit des outils de communication à la disposition du soignant pour chaque étape de la consultation (13).

Lors du groupe local, 60 microséquences ont été présentées et discutées. Les échanges ont permis de modifier 9 items. Finalement, les microséquences issues du groupe local comportaient 42 microséquences chronologiques et 23 microséquences transversales.

Lors de la ronde de Delphi, nous avons obtenu un consensus sur la structure de consultation proposée. Cette convergence au sein d'un groupe d'experts hétérogène révèle un accord entre les professionnels sur la structure détaillée de la consultation. De plus, nous avons recueilli 354 commentaires. Ils ont été à l'origine de l'ensemble des modifications de la liste des microséquences. Sur les 65 microséquences identifiées en amont de la ronde, seulement 16 ont fait l'objet d'une modification chronologique. Il n'y a pas eu d'ajout de microséquences. 11 microséquences et 22 compétences ont été reformulées à la suite des échanges. L'analyse de ces commentaires a permis d'identifier qu'un certain nombre d'entre eux ne concernaient pas la structure de la consultation, mais consistait en un partage d'expérience sur le vécu et la mise en pratique de la microséquence.

La version finale des microséquences décrivait une liste de 36 items s'enchaînant de manière chronologique intitulés “microséquences chronologiques”. En parallèle, elle développait 24 items transversaux, appelés “microséquences transversales”, correspondant à des temps pouvant intervenir à tout moment de la consultation, sans ordre chronologique.

2. Une architecture consensuelle

La revue narrative de la littérature a montré un consensus sur l'architecture globale de la consultation de médecine générale. La comparaison des articles a confirmé que les différents modèles de consultation étudiés depuis les années 50 ont une structure globale similaire et reproductible (2,3,28). Notre travail a établi une conclusion analogue au sujet du contenu détaillé de la consultation. D'autres supports comme la grille Attali (29) ou les grilles d'évaluation du CNGE (30) confirment que le découpage de la consultation proposé par Kurtz et Silverman est concordant avec l'expérience pratique des médecins généralistes. Cependant, ces articles sont centrés sur l'évaluation globale des compétences communicationnelles des étudiants. Ils n'étudient pas spécifiquement la structure de la consultation. Ainsi, certaines étapes indépendantes des habiletés communicationnelles ne sont pas abordées. Notre travail a permis d'enrichir le contenu de la grille Calgary-Cambridge, avec des temps pratiques, identifiés par les MSU et leurs internes lors de l'élaboration des microséquences. On y retrouve par exemple : l'observation éclair, la gestion des transitions, la rédaction de la feuille de soin et le paiement, ou la prise en charge des tiers (19).

Le groupe local et le groupe national ont montré un consensus sur l'ensemble des microséquences décrites dans notre travail, confortant l'hypothèse que les temps pratiques identifiés par les microséquences du DUMG Toulouse ont une dimension universelle dans la profession. On retrouve ce consensus dans la littérature à travers des articles spécifiques de certaines microséquences : le silence (31,32), les non-dits (33), la présence de tiers (34) ou encore la manière de débiter ou clore une consultation (7,12,16).

Notre travail a confirmé que l'architecture détaillée de la consultation était une notion consensuelle partagée par toute la profession. Il a permis de formaliser ce savoir implicite et de caractériser avec davantage de précisions les connaissances sur sa structure, telle qu'elle est pratiquée en France, en 2023.

3. Un support pour l'analyse des pratiques

L'analyse des données qualitatives a été le point de départ de nombreuses réflexions sur l'enjeu, la chronologie et la formulation de chaque microséquence.

Tout d'abord, l'analyse des commentaires a porté notre attention sur certains moments clés de la consultation. Par exemple, la macroséquence « 1.1 débiter l'entrevue » a suscité des questionnements à l'origine de plusieurs réorganisations. Ils ont permis de mettre en évidence une diversité des pratiques entre les experts. Cependant, ils s'accordaient sur l'importance de laisser la parole aux patients à travers une question ouverte et l'écoute active (M7.8). Il n'y a pas une bonne manière d'entamer l'anamnèse (12). Cependant, le fait de solliciter l'ensemble des préoccupations des patients au début de la consultation permet de mieux préparer les médecins et le patient à la suite de celle-ci (16). Bien que chaque microséquence soit un temps fonctionnel indépendant, l'étude de la structure de la consultation a ainsi souligné le lien entre les différents temps. En effet, la présence de nouveaux motifs en fin de consultation, est associée par les experts (M38.2) et dans la littérature (4) à un manque de liberté d'expression durant celle-ci : manque d'orientation du patient dans le déroulement, absence d'évaluation des croyances ou de vérification de la compréhension. L'utilisation et la maîtrise des microséquences permettent d'identifier les mécanismes ayant mené à l'apparition de nouveaux motifs. Elle permet ainsi une amélioration des pratiques et une meilleure satisfaction au terme de la consultation pour le médecin et le patient (4).

Par ailleurs, les commentaires suggérant des modifications et reformulations ont permis de souligner des enjeux spécifiques de la consultation de médecine générale. Ainsi, dans la macroséquence 5 « Établir le plan de soin », les experts ont suggéré de fusionner des items : « *j'aurais recoupé avec une ou deux précédentes* » M28.1. Pourtant, sa décomposition a été maintenue afin de souligner les caractéristiques propres à chaque étape :

- La microséquence 21 « Proposition d'une conduite à tenir » souligne les enjeux liés aux ressources utilisées par le médecin pour proposer une conduite à tenir (M26.5).
- La microséquence 22 « Négociation du plan de soin » met en exergue les enjeux liés aux ressources mises en œuvre pour échanger de manière claire et loyale avec le patient (M27.2).
- La microséquence 23 « Décision partagée du plan de soin » évoque la mise en place de la décision et l'explication de ses implications.

Nous avons choisi de maintenir ce découpage, afin de permettre une attention particulière à la cinétique de la démarche collaborative avec le patient (35). Ce découpage permet ainsi de

mettre l'emphase sur des temps chronologiquement proches, mais dont les enjeux et les compétences diffèrent. En pratique, l'analyse de chaque étape permet d'identifier d'éventuels manquements pouvant expliquer une décision partiellement acceptée par l'un des locuteurs.

Pour conclure, l'enjeu de notre outil n'est pas uniquement d'enseigner la structure de la consultation, mais aussi d'être le point de départ d'échanges sur son application pratique. En effet, si le déroulement théorique de la consultation fait consensus au sein de la profession, on observe une grande variation des pratiques (4). Elles varient selon le profil des patients, leurs demandes, ou encore le profil du médecin (15,36). L'analyse de consultation en pratique quotidienne révèle que certaines phrases sont omises, entremêlées, inversées chronologiquement (4). Cette nécessité d'adaptation de la structure théorique à la réalité du cabinet a été retrouvée au sein des échanges : « *pas fait systématiquement avant l'entrée du patient* » M2.8, « *Pas toujours. Parfois il n'y en a pas, parfois ce n'est pas le bon moment* » M12.5. La variabilité des consultations est une spécificité de la médecine générale (4) dans laquelle l'enchaînement des scènes est modifiable et toujours à adapter à la situation singulière du patient (37). Bien que l'enchaînement des microséquences suggérait une certaine linéarité de la consultation, il n'est pas destiné à une application stricte ou rigide. En effet, toutes les microséquences n'ont pas vocation à être utilisées dans toutes les consultations. Au contraire, notre outil est un support pour développer l'aptitude de chaque praticien à élaborer une structure adaptée à sa pratique et au contexte du patient. La consultation est "un espace de liberté" (38) à orchestrer selon les caractéristiques cliniques propres à chaque situation (M26.5). La liste des microséquences constitue ainsi une cartographie précise, au sein duquel le praticien discerne le chemin adapté à chaque consultation. De même en tant qu'outil pédagogique, il constitue davantage un support d'échange, utilisable en partie ou intégralement, formellement ou non, selon les besoins du couple MSU-interne (39).

4. Un outil réflexif sur les différentes dimensions de la consultation de médecine générale

Les échanges autour des microséquences ont également révélé que notre support était un outil particulièrement propice à la réflexivité sur les enjeux de la consultation de médecine générale. Certains choix sémantiques étaient révélateurs de représentations présentes dans nos pratiques professionnelles.

Tout d'abord, certains items ont permis d'aborder des concepts spécifiques de la médecine générale. Pour exemple, la microséquence 11 « Hypothèses diagnostiques intuitives » a été

l'occasion d'évoquer le mode de raisonnement diagnostique en médecine générale en échangeant sur le concept de diagnostic analogique. Les experts les mentionnaient comme surgissant « *sans en avoir toujours conscience* » M12.1. Cela a permis d'introduire la dimension d'hypothèses intuitives (M12.6) propre à la démarche clinique de médecine générale (40).

De plus, certaines formulations étaient révélatrices de difficultés pratiques fréquemment rencontrées lors de consultations. La mention d'émotions « *envahissantes* » T17 a été supprimée. Elle présumait du caractère négatif de l'apparition d'émotions durant l'entretien. Cette conception traduit la difficulté des médecins à faire place et à composer avec les émotions durant la consultation. De même, l'utilisation initiale de l'expression "tiers parasites" révélaient la difficulté posée par les consultations triangulées avec un tiers : « *Je suis gênée par la proposition tiers parasite ou gênant : à reformuler selon moi car discrimination* » T.10.2, « *Qu'appellez-vous un tiers parasite ? (...) Cela relève d'un préjugé ou d'un jugement (d'une représentation sociale)* » T10.3.

Par ailleurs, certains concepts mentionnés initialement dans notre liste ont été reformulés pour cause d'incompréhension des experts : "agenda caché" (41), "procédé de facilitation" (13,31), "Littératie" (42). Ces méconnaissances révélaient que ces notions, apparues récemment en médecine générale ne sont pas encore appréhendées par tous les médecins généralistes.

Enfin, les échanges autour des microséquences ont permis de montrer que la consultation est soumise aux évolutions de la médecine et au contexte socio-culturel.

Ainsi la vision des enjeux du déshabillage à susciter la confrontation de différents points de vue : *Pas forcément toujours expliquer pourquoi on propose le déshabillage* » M16.2. Ils peuvent s'expliquer par les différences de contexte sociétal dans lequel s'inscrivent les pratiques : « *trop "politiquement correct" pour un vieux comme moi mais je m'y plie* » M16.3. La reconnaissance du droit des malades et de leurs expériences, la modification de la posture du médecin, et l'ouverture de la parole sur certains abus ont fait naître de nouvelles pratiques sur l'information et le consentement aux déshabillages (43).

Par ailleurs, un travail étudiant la contribution des différents temps dans l'établissement du diagnostic, souligne l'impact des évolutions numériques et de l'émergence des nouvelles technologiques sur la structure de la consultation (44).

De même, l'avènement de la démocratie sanitaire modifie l'organisation de la consultation. En effet, lorsque Byrne et Long ont établi la structure de la consultation, ils ont adopté une perspective centrée sur le médecin. La plupart des modèles qui ont suivi ont maintenu ce point de vue, positionnant le médecin en hôte et principal moteur de la structure de la consultation

(4). Or, dans le modèle de santé actuel, le patient n'est plus réduit à "*l'acceptation aveugle du pouvoir*" (45). Au contraire, il est mis au centre et participe activement aux démarches concernant sa santé (3). La grille Calgary-Cambridge, établie dans les années 90, prend en compte l'émergence de ce nouveau modèle en adoptant une perspective davantage centrée sur le patient. Ces changements retentissent sur la structure détaillée de la consultation : l'élaboration conjointe des sujets à aborder, les temps dédiés à l'information loyale et à la décision partagée (3,13). Dans notre outil, 13 microséquences ont été dédiées à la démarche partagée soulignant l'impact de cette évolution sur l'architecture de la consultation. Inversement, il est démontré que le modèle de consultation choisie influe sur l'autonomie des patients (3).

5. Utilisation pratique de l'outil et modalité de mise en œuvre

La pertinence de l'approche par microséquences a été confirmée par l'ensemble des experts à l'échelle nationale comme à l'échelle locale. La liste des microséquences apparaissait comme un outil utile pour l'enseignement, l'évaluation et la recherche sur la structure de la consultation médicale. Sur le plan théorique, elle apparaissait comme un support pédagogique pertinent, validée au niveau national. En pratique, elle était identifiée comme un outil pédagogique utile pour aborder la capacité à organiser la consultation au sein du couple interne-MSU. En effet, les microséquences permettent de verbaliser une compétence implicite mais nécessaire : structurer la consultation et la contenir dans le temps (10, 23). La maîtrise progressive de cette compétence permet à l'étudiant d'élaborer et de critiquer sa manière de consulter en identifiant les compétences à mettre en jeu, mais aussi les difficultés réelles ou ressenties de chaque étape.

L'utilisation de cet outil se décline en fonction des phases d'apprentissage de l'interne.

Lors des phases d'observation, il est utilisé comme un outil de décryptage. Au fil des consultations, l'interne cherche à repérer les différents changements (rythme, attitude, lieu, discours...) pour identifier les microséquences et les nommer. L'analyse de la structure des consultations observés lui donne une place active en proposant une nouvelle dimension à étudier : l'architecture de la consultation.

Lors des consultations en supervision directe, l'interne et le maître de stage l'utilisent comme une ressource de suivi pédagogique. Elle permet d'identifier et de suivre la progression de l'interne : aptitudes, besoins, scotomes dans son organisation de consultation. La liste permet de mieux appréhender et d'auto-évaluer sa capacité à élaborer une consultation structurée. Enfin, lors de la phase de supervision indirecte, l'interne pourra mobiliser les microséquences

lors de ses consultations en autonomie. Pendant les débriefings, elles permettent d'en enrichir le contenu en proposant d'échanger sur la structure de la consultation mis en place par l'interne. Cette analyse permet d'identifier des difficultés lors de la pratique. Enfin, elle peut aussi être le point de départ d'un échange réflexif sur un temps spécifique de la consultation comme l'ont montré les commentaires.

6. Forces et limites

1. Forces

L'élaboration de la liste détaillée des microséquences structurant la consultation de médecine générale est le fruit d'un travail de synthèse associant une revue narrative de la littérature francophone et anglophone, soumis dans un second temps à un consensus d'experts nationaux par le biais d'une ronde de Delphi. Le choix méthodologique d'une revue narrative et d'une ronde de Delphi était concordant avec la problématique. Par ailleurs, les critères de qualité des deux méthodes ont été respectés. Les médecins généralistes interrogés avaient des profils hétérogènes, à l'image de la diversité des MSU, ce qui assuraient une richesse d'opinion et des points de vue nuancés.

Notre travail constituait une approche conceptuelle originale. Il abordait une compétence peu développée lors du DES de médecine générale. En effet, malgré l'existence de nombreux articles abordant la structure de la consultation, il n'existe pas de support pédagogique dédié à la structure de celle-ci. Notre approche a enrichi les connaissances théoriques sur la structure de la consultation. Malgré une dimension théorique inhérente à l'émergence d'un nouveau concept, l'utilisation pratique de notre travail a été questionnée à chaque étape. Pour chaque microséquence, une description de la compétence et des objectifs mis en jeu en pratique a été associée. De plus, l'utilisation pratique de cet outil a été décrite comme utile et pertinente, avec un degré d'acceptabilité important parmi les experts. Par ailleurs, en combinant la perspective du patient et du médecin, notre travail promouvait une collaboration authentique et loyale entre les deux interlocuteurs. Enfin, notre support s'inscrit dans les différents champs décrits dans la marguerite des compétences du DES tel que l'approche centré patient, l'approche globale et la prise de décisions en situation complexe (46).

2. Limites

Les méthodes utilisées lors de notre travail ont été à l'origine de différents biais. Concernant la revue narrative, la genèse d'un nouveau concept issu d'un néologisme à constituer un obstacle. L'absence de mots-clefs dédiés a pu entraîner un biais de sélection. De plus, certains articles identifiés lors de la revue étaient inaccessibles à la lecture intégrale. Concernant la ronde de Delphi, l'utilisation d'un questionnaire a entraîné un biais de suggestibilité. Il a cependant été limité par la présence d'un espace de commentaires en question ouverte. Les questionnaires envoyés lors de la ronde de Delphi étaient longs et complexes. Ils étaient composés de nombreuses questions, et abordaient des concepts pédagogiques subtils. De plus, l'absence d'échange direct a été à l'origine de multiples incompréhensions : « *découpage un peu arbitraire dans un même continuum ayant la même fonction* », « *concept de microséquence/transéquence floue* ». Lors du processus de sélection des experts, nous ne pouvons exclure un biais de sélection. De plus, le nombre d'experts inclus était bas, puisqu'il devait être autour de 10 d'après la littérature (47). Nous expliquons cette difficulté par le temps nécessaire à la participation à une ronde de Delphi, dans une période où la charge de travail des médecins généralistes est importante. Des obstacles ont été rencontrés pour joindre certains participants. Enfin, bien que mené par deux chercheuses différentes, notre travail d'analyse était soumis à un biais d'interprétation.

D'autre part, l'outil en lui-même présentait plusieurs limites. Les néologismes "microséquences chronologiques" et "microséquences transversales" ne sont pas intuitivement compréhensibles. Une formation précédant l'utilisation semblait nécessaire pour que l'étudiant et le MSU puissent s'approprier le concept et la démarche. De plus, malgré la diminution du nombre d'items, la liste des microséquences restait dense, diminuant son accessibilité et sa praticité. Enfin, un participant a insisté sur l'impact de nos croyances et représentations sur la consultation de médecine générale. Un travail approfondi sur la dimension sociologique de la consultation aurait été intéressant dans ce contexte. Enfin, certains participants ont eu du mal à se détacher de leur propre pratique. Ceci soulignait la complexité de l'analyse des pratiques, en particulier sur le sujet de l'art de consulter, propre à chaque praticien.

7. Perspectives

Il semble nécessaire de poursuivre ce travail pour élaborer un outil simple et ergonomique pour le couple MSU-interne. Une étude en pratique réelle devra être réalisée pour évaluer la capacité des MSU et des internes à s'approprier l'outil, et évaluer son utilité pédagogique au cours des stages ambulatoires. Par ailleurs, une réflexion approfondie sur la forme est indispensable afin de réaliser un support pratique d'utilisation. Cette réflexion devra également porter sur la manière de transmettre cet outil auprès des internes et des MSU.

A l'échelle locale, la pédagogie des microséquences sera présentée au sein du parcours des étudiants comme du parcours de maîtrise de stage. Notre outil pourra être référencé sur le site du DUMG afin d'être accessible au couple MSU-interne.

Par ailleurs, nous avons montré que la structure de la consultation était soumise aux évolutions sociales et culturelles. L'arrivée de nouvelles professions telles que les assistants médicaux et les infirmiers en pratique avancée laisse envisager la délégation de certaines microséquences comme celle du paiement, de la feuille de soin, ou encore du déshabillage (48). Les évolutions actuelles du système de santé impacteront ainsi la structure de la consultation et pourront être étudiées sous cet angle.

Enfin, il existe peu d'études sur le point de vue des patients en matière de déroulé de la consultation. Étant donné l'impact de la structure de la consultation sur la relation médecin-malade (3), la communication et l'autonomisation des patients, il semble nécessaire d'explorer la perspective patiente sur l'organisation de la consultation de médecine générale.

Conclusion

Le travail présenté a pour but de proposer un déroulé détaillant les microséquences structurant la consultation de médecine générale. Une nouvelle version des microséquences, enrichie des données de la littérature, a été réalisée puis validée au sein d'un groupe local à Toulouse. 65 microséquences ont été listées, et associées à des compétences spécifiques. Cette liste a ensuite été soumise à un panel de médecins généralistes dans le cadre d'une ronde de Delphi nationale. Notre travail a révélé un consensus sur la structure détaillée de la consultation. L'analyse des commentaires a montré la richesse des échanges autour des microséquences. Notre travail a abouti à une liste définissant 36 microséquences chronologiques et 24 microséquences transversales structurant la consultation de médecine générale. Chaque temps a été associé à des compétences techniques, communicationnelles et relationnelles à mettre en jeu au fur et à mesure de la consultation.

Ce travail constitue un support pour l'analyse des pratiques et un outil réflexif sur les représentations mises en jeu lors de la consultation. En plus d'une référence théorique, les microséquences constituent un support pédagogique, à destination du couple MSU-interne pour l'enseignement de la compétence à structurer la consultation. Cet outil permet d'approfondir chaque étape à travers la description des microséquences et des compétences dédiées, en fonction des aptitudes et des scotomes de l'étudiant. Il pourrait ainsi répondre à un enjeu pédagogique important pour la formation des étudiants en médecine. Comparativement aux études précédentes, notre travail décrit de manière précise et détaillée le déroulement de la consultation. Il met en exergue les spécificités contemporaines de sa structure qui sont le fruit des évolutions de la société et du système de santé. Ainsi, les microséquences sont un outil pertinent pour l'enseignement, l'évaluation et la recherche sur la structure de la consultation de médecine générale. Il est nécessaire de poursuivre ce travail par l'évaluation en pratique au cabinet de son utilité et de sa faisabilité. La pédagogie des microséquences, dans cette nouvelle version, pourra alors être intégrée dans la pratique des MSU et des internes par le biais d'une formation dédiée.

Références bibliographiques

1. Byrne PS and L. 1976. Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behavior of General Practitioners Consulting in Their Surgeries. Disponible sur : <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/772545>
2. Dr. Faisal Al Haddad. Consultation models [Internet]. [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.slideshare.net/DrFaisalAlHaddad/consultation-models-31006956>
3. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19(5):413-25.
4. Manalastas G, Noble LM, Viney R, Griffin AE. What does the structure of a medical consultation look like? A new method for visualising doctor-patient communication. *Patient Educ Couns*. 1 juin 2021;104(6):1387-97.
5. Noble LM, Manalastas G, Viney R, Griffin AE. Does the structure of the medical consultation align with an educational model of clinical communication? A study of physicians' consultations from a postgraduate examination. *Patient Educ Couns* [Internet]. 5 oct 2021 [cité 1 mai 2022]; Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399121006480>
6. Thillard P, Ferre V. Quelle grille utiliser pour évaluer la communication des étudiants en santé ? *Revue systématique de la littérature*. 14 oct 2021;112.
7. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. 1 oct 2001;45(1):23-34.
8. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2003;78(8):802-9.
9. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides : an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. mars 1996;30(2):83-9.
10. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. (2004) Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication [Internet]. [cité 29 juill 2023]. Disponible sur: <https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>
11. Faramond J, Filippi F. Théâtre et médecine. De l'exhibition spectaculaire de la médecine à l'analyse clinique du théâtre, *Epistemocritique*, collection "Actes de colloques", 2016. Théâtre et médecine de l'exhibition. [Internet]. [cité 1 septembre 2023]; Disponible sur: https://www.epistemocritique.org/IMG/pdf/The_a_tre-Me_decine_complet.pdf
12. Rey-Bellet S, Zürcher M, Martin S, Conus KM, Redondi P, Vannotti M. Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo, *Rev Med Suisse*, 2008/144 (Vol.-6), p. 418-421. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-144/comment->

commencer-l-entretien-medical-reflexions-sur-la-phase-sociale-a-partir-d-enregistrements-video

13. N. Junod, J.Sommer. Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation. [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.scribd.com/document/397185152/Approches-Bon-Deroulement-Consultation>
14. Meeuwesen L. Sequential analysis of the phasing of the medical interview. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2003;12(2):124-9.
15. Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale : à propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2012 [cité 20 sept 2021]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/413/>
16. Alison PD, Barthelemy PC, Bougnoux PP, Cosnay PP, Danquechin-Dorval PE. L'expression des motifs de consultation du patient : éviter les demande de fin de consultations.
17. Guilbert JJ, Gaillet RP. Comment raisonnent les médecins--réflexions sur la formation médicale. *Rev Médicale Suisse Romande.* janv 1994;114(1):57-65.
18. Pavis P. Dictionnaire du théâtre [Internet]. Paris: Armand Colin; 2019. 704 p. (Hors collection; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/dictionnaire-du-theatre--9782200623340.htm>
19. Vidal M, Oustric S, Poutrain JC, Michot M, Mesthe P, Oustric B, Abitteboul Y, Nicodeme R, Lauque D, Arlet P. Le Microséquençage de la consultation en Médecine Générale peut – il être un outil pédagogique? Enquête auprès de couples maître de stage - résidents. 2003.
20. Erving Goffman, La mise en scène de la vie quotidienne, tome 1 « la présentation de soi », les éditions de minuit, 1973.
21. David G., Lavoie B. *Dramaturgie I : Exercices d'analyse dramaturgique, notes de cours et indications bibliographiques.* Montréal : Coop UQAM, 1995.
22. Kurtz SM. Doctor-patient communication : principles and practices. *Can J Neurol Sci.* 2002 Jun;29 Suppl 2:S23-9. doi: 10.1017/s0317167100001906. PMID: 12139082.
23. Harrison C, Hart J, Wass V. Learning to communicate using the Calgary-Cambridge framework. *Clin Teach.* 2007;4(3):159-64.
24. Baniaghil AS, Ghasemi S, Rezaei-Aval M, Behnampour N. Effect of Communication Skills Training Using the Calgary-Cambridge Model on Interviewing Skills among Midwifery Students: A Randomized Controlled Trial. *Iran J Nurs Midwifery Res.* févr 2022;27(1):24-9.
25. Département de Médecine Générale - Rennes : Grille d'auto-évaluation (Calgary simplifiée) [cité 8 sept 2021]. Disponible sur : <https://dmg-rennes.fr/page/quelques-ressources>
26. Calgary simplifiée. [Internet]. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur : http://www.cemg-lille.fr/fichiers/outils/calgary_simplifiee.pdf

27. Référentiel À l'usage du futur médecin généraliste à l'U.C.L. [Internet]. Centre Universitaire de Médecine Générale (C.U.M.G.) de l'Université Catholique de Louvain (U.C.L.) ; 2003 [cité 26 juin 2021]. Disponible sur : https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/referentiel_a_l_usage_du_futur_generaliste.pdf
28. Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation in general practice: a standard operating procedure? Patient Educ Couns. Août 2004 ;54(2) :227-33.
29. Attali C, Renoux C, Bansard M. Evaluation formative des internes — Grille d'observation par compétences. Université de Paris [Internet]. [cité 29 juill 2023]. Disponible sur : <https://dmg-u-paris.fr/storage/18582/grille-comp%C3%A9tence-UP.pdf>
30. Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants. Outil d'évaluation de l'interne par le superviseur en supervision directe n°2 bis. 2014. [Internet]. [cité 31 août 2023]. Disponible sur : <http://clge.fr/maitres-de-stage-des-universites/enseigner/ressources/>
31. Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient.
32. Have P ten. The doctor is silent: observations on episodes without vocal receipt during medical consultations. In : Les formes de la conversation. CNET; 1991.
33. Gaudin G. Le non-dit dans la consultation de médecine générale. Une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes. 2013 ;230.
34. Meyerink D. Les enfants dans la salle d'attente du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2011.
35. Patient et professionnels de santé : décider ensemble ; Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » [Internet]. [cité 31 août 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
36. Lombes L, Stephan H, Chicoulaa B. Le genre des médecins et des patients influence-t-il le déroulement des consultations ? : à propos de 93 consultations en médecine générale [Internet]. Toulouse, France : Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2015 [cité 21 sept 2021]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/725/>
37. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé 2^e édition.
38. Société Française de Médecine Générale : L'espace de liberté [Internet]. [cité 31 août 2023]. Disponible sur : https://www.sfm.org/theorie_pratique/demarche_decisionnelle/l_espace_de_liberte/
39. Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stagedes résidents au cabinetdu médecin généraliste français, pédagogie médicale [Internet]. 2002 [cité 17 juill 2023]. p. 33-7. Disponible sur : <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2002005>

40. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Fiche n°26 : Modes de raisonnement diagnostique. GMSanté édition. 2015. 206 pages
41. Rodondi PY, Guex et P, Vannotti M. Que cache l'agenda caché ? Rev Med Suisse. 2 févr 2005 ;005 :362-8.
42. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. Décembre 2015 ;25(6) :1053-8.
43. Guyard L. La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique [Internet] [phdthesis]. Université Paris X - Nanterre ; 2008 [cité 31 août 2023]. Disponible sur : <https://hal.science/tel-03466437>
44. Fouzai-Jaaouani A. La contribution des différents temps de la consultation dans l'établissement du diagnostic en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine ; 2016.
45. Touraine A. Critique de la modernité. [Internet]. 2023 [cité 29 juill 2023]. Disponible sur : <https://www.fayard.fr/sciences-humaines/critique-de-la-modernite-9782213030050>
46. CNGE Compagnon L et al. (2010) La marguerite des compétences. [Internet]. [cité 29 juill 2023]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
47. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?. *exercer* 2011;99:170-7. [Internet]. [cité 29 juill 2023]. Disponible sur : https://www.exercer.fr/full_article/337
48. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé. [Internet]. 2006 [cité 29 juill 2023] Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/rapport/29189-cinq-experimentations-de-cooperation-et-de-delegation-de-taches-entre-pr>

Annexes

Annexe 1 : Listes des articles sélectionnées dans la revue narrative

1. Stephan. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale : à propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2012 [cité 20 sept 2021]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/413/>
2. Petitjean L. Analyse multifactorielle des consultations en médecine générale à Paris : étude portant sur 2140 consultations pour 1200 patients. :121.
3. Hien TT. Analyse descriptive du déroulement de la visite à domicile et du ressenti des internes en médecine générale auprès des SASPAS de Rennes promotion 2016/2017 à partir des situations cliniques vécues [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
4. Rey bellet, S., Zurcher, M., Martin, S., Conus, K., M., Redondi, P., Vannoti, M., Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo, Rev Med Suisse, 2008/144 (Vol.-6), p. 418–421.URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-144/comment-commencer-l-entretien-medical-reflexions-sur-la-phase-sociale-a-partir-d-enregistrements-video>
5. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. 2007;Vol. 19(5):413-25.
6. Stephan H, Chicoulaa B, Dupouy J, Aantic J, Bismuth S, Bismuth M, et al. Consultation de médecine générale: de quoi dépendent ses différents « temps » ? Une étude d'observation en Haute-Garonne. Médecine. 1 sept 2015;11(7):329-32.
7. Dr. Faisal al haddad. Consultation models [Internet]. 14:49:13 UTC [cité 8 sept 2021]. <https://www.slideshare.net/DrFaisalAlHaddad/consultation-models-31006956> x
8. Jammet I. Etude sur une typologie des consultations en médecine générale Résultat d'une étude descriptive prospective sur 3142 consultations. Université de Poitiers. 12 mai 2004:101.
9. Fages bedoue Audrey. L'expression des motifs de consultation du patient : éviter les demandes de fin de consultation. Faculté de médecine de Tours. 15 mars 2018.
10. Fouzai-jaouaani A. Société Française de Médecine Générale. La contribution des différents temps de la consultation dans l'établissement du diagnostic en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine ; 2016.
11. Lombes L, Stephan H, Chicoulaa B. Le genre des médecins et des patients influence-t-il le déroulement des consultations : à propos de 93 consultations en médecine générale.
12. Gaudin G. Le non-dit dans la consultation de médecine générale. Une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes. 2013 ; 230.

13. Dauris V, Schambach S. Les Consultations de médecine générale : déroulement, pratiques des médecins et attente des patients : Enquête d'observation auprès de médecins généralistes du Gard et de l'Hérault Enquête d'observation auprès des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.
14. DRESS. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. 2004 ;12.
15. Meyerink D. Les enfants dans la salle d'attente du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Ranguel ; 2011.
16. Micro-séquences, Stage prat DCEM.
<https://sites.google.com/site/stagedcem/microsequences-de-la-consultation>
17. Kurtz SM, Silvermann JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ. mars 1996 ; 30(2):83-9.
18. Boyer MJB. Quels sont les éléments qui structurent les préliminaires de la consultation en médecine générale ? Analyse conversationnelle à partir d'enregistrements vidéo de consultation en médecine générale. :172.
19. N. Junod, J.Sommer. Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation. [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur : <https://www.scribd.com/document/397185152/Approches-Bon-Deroulement-Consultation>
20. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs). La communication professionnelle en santé. Montréal, Canada : Les Éditions du Renouveaux Pédagogiques Inc., 2004 (sous presse).
21. Grille de Calgary Cambridge. Département de médecine générale sorbonne université ; 2020.
<https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/10/Calgary-Cambridge-.pdf>
22. Birouste G. Les déterminants de la consultation en médecine générale : analyse sociologique à partir de 190 observations [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2009.
23. Référentiel À l'usage du futur médecin généraliste à l'U.C.L. [Internet]. Centre Universitaire de Médecine Générale (C.U.M.G.) de l'Université Catholique de Louvain (U.C.L.);2003[cité 2021 Jun 26].
https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/referentiel_a_l_usage_du_futur_generaliste.pdf
24. Vidal M., Lauque D., Nicodeme R., Bros B.,Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. Pédagogie Médicale 2002 ;1 :33-37

Annexe 2 : Microséquences issues de la revue de la littérature

LES MICROSÉQUENCES

1 Débuter l'entrevue

1.1 Préparation de la rencontre, créer un climat favorable

Transition avec la consultation précédente

1. Interaction dans la salle d'attente et avec le secrétariat
Identifier les bases du secrétariat et la gestion du flux et de l'agenda
2. Préparation du cabinet de consultation
*Gérer l'hygiène et la mise au propre de l'agencement pour la prochaine consultation /
Créer un cadre de consultation propice à la confiance, à l'éthique, confortable, hygiène*
3. Appréhension du contexte de la consultation (ouvrir le dossier & co)
Se saisir des enjeux de la consultation du point de vue soignant
4. Accueil, invitation à entrer, observation générale et appréciation éclair
Analyser la demande/le besoin du patient

1.2 Établir le premier contact

5. Civilités, salutation du médecin et présentation
Composer un cadre : gestions de pleurs, sourire de politesse, gestion des accompagnants
6. Conversation initiale/ phase sociale : Invitation à parler (discours libre, écoute active, mise à l'aise, attitude d'empathie, avec ou sans contenu médicale)
*Initier la relation par une attitude adaptée :
Formuler une phrase d'introduction adapter à la situation*

1.3 Établir l'agenda de la consultation

7. Inventaire des problèmes à aborder
*Évaluer rapidement les situations d'urgence et mettre en œuvre une réponse calme et adéquate
Déterminer l'agenda attendu et caché du patient par des questions ouvertes*
8. Hiérarchisation des préoccupations et les attentes en jeu
*Identifier le ou les motifs principaux de la consultation
Négocier entre agenda du patient et du soignant un programme mutuellement acceptable*
9. Choix du plan de la consultation
Élaborer une décision partagée

2 Recueil des informations - anamnèse

10. Discours libre du patient
Mettre en place une posture d'écoute active et attentive
11. Hypothèses diagnostiques intuitives
Reconnaître un tableau clinique
12. Anamnèse médicale dirigée par les symptômes
*Utiliser des procédés de facilitations pour préciser les symptômes
Adapter l'interrogatoire au tableau clinique*
13. Aspects subjectifs de la plainte
Explorer la perspective patient (contexte, vécu, attente, croyances, crainte, impact)
14. Synthèse
Résumer la situation clinique

3 Examen clinique

15. Invitation à l'examen clinique, consentement et mise en condition
Introduire l'examen clinique et obtenir le consentement du patient

- Informez du niveau de déshabillage nécessaire et l'expliquez*
16. Gestion du déshabillage/rhabillage
Accompagner avec pudeur et discrétion le moment du déshabillage/rhabillage
 17. Examen clinique adapté, orienté, expliqué
Adapter l'examen au tableau clinique
Traduire les étapes de l'examen au patient
 18. Geste technique en fonction du contexte : dextro, bu, mesure de saturation, échographie
Proportionner les examens paracliniques en fonction du contexte
Justifier l'indication et le résultat attendu auprès du patient

4 Explication

19. Démarche diagnostique
Intégrer l'ensemble des informations pour discerner la plus probable en soins primaires malgré l'incertitude
Identifier et éliminer les diagnostics différentiels
20. Annonce diagnostique
Transmettre une information organisée, compréhensible en quantité et type adéquat
21. Annonce pronostique
Adapter son niveau de réassurance à la gravité
22. Information claire, loyale et adaptée
Évaluer la connaissance du patient : préjugé, fausse croyance, levée d'ambiguïté
S'assurer d'une communication verbale efficace : langages concis, accessibles, adaptés au niveau du patient, répétitions et résumés, aides visuelles

Vérifier la compréhension du patient (techniques de reformulation)
23. Réaction du patient
Relever les indices verbaux et non-verbaux exprimés par le patient
Reconnaître les attentes, croyances, et émotions du patient
Intégrer la perspective du patient et respecter son agenda/ rythme

5 Établir le plan de soins

24. Proposition d'une à conduite à tenir
Appliquer une démarche d'EBM en fonction des données bio-psycho-sociales, et du risque morbide à court et moyen terme
25. Négociation du plan de soin
Explorer les différentes options d'action ou de non-action
Susciter la participation active en partageant ses réflexions cliniques avec le patient
Identifier un plan mutuellement acceptable
26. Décision partagée
Expliquer et justifier la décision vis à vis du contexte
Aider le patient à réaliser ce qui a été décidé ensemble

6 Planifier le plan de soin

27. Prescription médicamenteuse et non médicamenteuse (IDE, kiné...) conseils hygiéno-diététiques, adressage
Savoir rédiger les documents en bonne et due forme
28. Échange sur les modalités du suivi
Planifier un suivi adapté au projet thérapeutique
29. Explication de l'ordonnance
Adapter les explications au niveau de littératie du patient
30. Filet de sécurité
Transmettre une conduite à tenir adaptée en fonction de l'évolution
31. Compréhension et adhésion du patient
Estimer les informations retenues par le patient au terme de l'entrevue

Mettre en œuvre des méthodes pour le renforcement de l'adhésion thérapeutique (entretien motivationnel)

32. Retour sur la demande de soins

*Résumer brièvement et clairement le plan de soin
S'assurer d'avoir répondu aux attentes du patients*

7 Terminer l'entrevue

33. Rédaction de la synthèse dans le dossier médical

Synthétiser la consultation par écrit de manière adaptée (interprofessionnalité, dimension légale)

Compléter le dossier médical de manière exhaustive

34. Établir feuille de soin

Maîtriser les nomenclatures et les cotations

35. Paiement

Intégration la dimension économique de la consultation : paiement, tiers payant,

36. Fin de la consultation

Mettre un terme la consultation et reconduire le patient de manière adapté

37. Éventuel confiance du pas de la porte

Recueillir et proposer d'y revenir dans un délai adapté à la confiance

38. Mots d'au revoir et souhait

Choisir les mots adaptés en fonction de la consultation écoutée

LES TRANSÉQUENCES

1 Gestion du déroulé de la consultation

1. Structuration de l'entrevue :

Mener une séquence temporelle logique

2. Communication sur l'organisation de l'entrevue

*Rendre explicite l'organisation de l'entrevue
Annoncer les transitions*

2 Gestion de la relation médecin - malade

3. Cadre de la relation chaleureux et harmonieux

*Développer la relation thérapeutique en créant un climat de confiance approprié
Impliquer le patient à la démarche clinique*

4. Communication verbale

*Formuler dans un vocabulaire approprié au patient
Maîtriser les outils communicationnels : légitimation, reformulation, empathie*

5. Communication non-verbale : contact visuel, expression faciale, posture, position et mouvement, indices vocaux (le débit, le volume, la tonalité)

*Identifier la communication non-verbale du patient
Exprimer un comportement non-verbal approprié*

6. Participation active du patient

Impliquer le patient dans la démarche clinique

7. Désaccord médecin-malade

*Formuler une situation de conflit
Refuser une demande non-raisonnée, non-adapté*

8. Les non-dits

*Expliciter l'agenda caché du patient
Relever et analyser les silences du soignant et du soigné*

3 Gestion du tiers dans la consultation

9. Le tiers-présent : aidant, parent d'ado, parent d'enfants, personne âgée, enfant, le couple

*Déterminer la place et le rôle de l'accompagnant et les intervenants environnementaux
Identifier et composer avec le tiers parasite ou gênant*

10. Le tiers-absent :
S'informer de l'état de santé des proches suivi au cabinet
Connaître les modalités de transmission par un tiers d'informations médicales concernant le patient majeur ou mineur
11. Gestion de l'étudiant/ du maître de stage
Favoriser la relation de confiance et la communication libre
Permettre la critique constructive et le débat

4 Gestion des perturbations extérieures

12. Interférence (secrétaire, collègue, téléphone)
Préserver le fil de la consultation
13. Ordinateur et encodage
Intégrer l'ordinateur de manière adéquate : contact visuel, moment, emplacement
14. Dysfonctionnement technique (téléphone, logiciel, électricité)
Organiser une solution adaptée en minimisant la perte de chance

5 Gestion des perturbations intérieures

15. Raisonnement intérieur
Reconnaître les facteurs de stress perturbant la consultation : retard, interférences personnelles
16. Les émotions
Identifier et gérer les émotions envahissantes et
17. L'incertitude
Considérer et analyser le ressenti d'incertitude
Communiquer à propos de son incertitude
18. Sentiment d'échec
Analyser le constat d'un échec et déterminer les apprentissages secondaires

6 Gestion des différentes opportunités de soins

19. Démarche de prévention
Élargir le sujet de la consultation en fonction du contexte clinique et du contexte temporel
Saisir l'occasion d'un acte de prévention : dépistage, vaccinations, éducation
20. Repérage et dépistage
Identifier les lésions potentiellement annonciatrices de pathologie
Organiser les démarches de dépistage adapté au contexte clinique.

7 Gestion de la pluriprofessionnalité

21. Communication interprofessionnelle
Mise en place d'une collaboration avec d'autres soignants
Compléter le dossier médical partagé
Coordonner le parcours de soins
22. Recours à l'expertise d'autres soignants
Reconnaître ses limites
Établir un réseau de soin

Annexe 3 : Microséquence issues du groupe local

Les microséquences chronologiques :

I - Débuter l'entrevue

Préparation de la rencontre, créer un climat favorable

1. Préparation du cabinet de consultation
Gérer l'hygiène et la mise au propre de l'agencement pour la prochaine consultation
Créer un cadre de consultation propre, confortable, propice à la confiance, au respect du secret médical
2. Appréhension du contexte de la consultation : prend connaissance le dossier
Se saisir des enjeux de la consultation du point de vue soignant
3. Interaction avec la salle d'attente et avec le secrétariat
Gérer le flux et l'agenda des rendez-vous

Établir le premier contact

4. Accueil, Civilités, invitation à entrer, présentation
Composer un cadre : gestions de pleurs, sourire de politesse, gestion des accompagnants
5. Observation générale
Appréhender l'attitude et la présentation du patient
Réaliser une appréciation éclair
6. Conversation initiale/ phase sociale (avec ou sans contenu médical)
Initier la relation par une attitude adaptée
7. Invitation à parler : discours libre, écoute active, mise à l'aise, attitude d'empathie
Formuler une phrase d'introduction adaptée à la situation

Établir le plan de la consultation

8. Inventaire des problèmes à aborder
Évaluer rapidement les situations d'urgence et mettre en œuvre une réponse adéquate
Déterminer les attentes énoncées et cachées ("agenda") du patient par des questions ouvertes .
9. Hiérarchisation des préoccupations et les attentes en jeu
Identifier le ou les motifs principaux de la consultation
Différencier la demande du patient de ses besoins
10. Choix du plan de la consultation
Négocier entre attentes du patient et du soignant
Élaborer, par une décision partagée, un programme mutuellement acceptable

II - Recueil des informations

11. Discours libre du patient
Mettre en place une posture d'écoute active et attentive
12. Hypothèses diagnostiques intuitives
Émettre une ou plusieurs hypothèses diagnostiques intuitives
13. Anamnèse médicale dirigée par les symptômes
Utiliser des procédés de facilitations pour préciser les symptômes
Adapter l'interrogatoire au tableau clinique
14. Aspects subjectifs de la plainte
Explorer la perspective patient : contexte, vécu, attente, croyances, représentations, crainte, impact ...
15. Synthèse
Résumer la situation clinique

III - Examen clinique

16. Invitation à l'examen clinique, consentement et mise en condition
Introduire l'examen clinique et obtenir le consentement du patient
Informé du niveau de déshabillage nécessaire et l'expliquer
17. Gestion du déshabillage/rhabillage
Accompagner avec pudeur et discrétion le moment du déshabillage/rhabillage

Légendes :

gris clair : microséquence déplacée

gris foncé : microséquence scindée ou rajoutée

*xxx : Microséquence reformulée

°xxx : compétence reformulé

18. Examen clinique adapté, orienté, expliqué
 - Cibler l'examen en fonction du tableau clinique*
 - Limiter l'examen clinique aux gestes impactant la démarche diagnostique*
 - Traduire les étapes de l'examen au patient*
 - Réorienter l'examen clinique et l'anamnèse en fonction des découvertes*
19. Geste paraclinique en fonction du contexte : dextro, bu, mesure de saturation, échographie
 - Proportionner les examens paracliniques en fonction du contexte*
 - Justifier l'indication et le résultat attendu auprès du patient*

IV - Explication

20. Conclusion de la démarche diagnostique*
 - Intégrer l'ensemble des informations pour discerner le diagnostic le plus probable à ce stade*
 - Identifier et éliminer les différents diagnostics différentiels : urgence, diagnostic critique, trouble somatoforme*
21. Annonce diagnostique
 - Transmettre une information organisée, compréhensible en quantité et type adéquat*
 - Adapter les explications au niveau de compréhension du patient et à sa littératie*
22. Annonce pronostique
 - Adapter son niveau de réassurance à la gravité*
23. Information claire, loyale et adaptée
 - Évaluer les connaissances et les représentations de la maladie du patient : préjugé, fausse croyance, levée d'ambiguïté*
 - S'assurer d'une communication verbale efficace : langages concis, accessible, adapté au niveau du patient, répétitions et résumés, aides visuelles*
24. Réactions du patient
 - Relever les indices verbaux et non-verbaux exprimés par le patient*
 - Reconnaître les attentes, croyances, et émotions du patient*
 - Intégrer la perspective du patient et respecter son rythme*
25. **Reformulation de l'information par le patient**
 - S'assurer de la bonne compréhension du patient*

V - Établir le plan de soins

26. Proposition d'une conduite à tenir
 - Appliquer une démarche centrée patient au regard des données actualisées de la science*
27. Négociation du plan de soin
 - Explorer les différentes options d'action ou de non-action*
 - Susciter la participation active en partageant ses réflexions cliniques avec le patient*
 - Identifier un plan mutuellement acceptable*
28. Décision partagée du plan de soin
 - Expliquer et justifier la décision vis à vis du contexte*
 - Échanger avec le patient sur les implications des décisions prises ensemble*

VI Planifier le plan de soin

29. Prescription médicamenteuse et non médicamenteuse (IDE, kiné...) conseils hygiéno-diététiques, adressage
 - Connaître les règles de prescription*
 - Rédiger les documents en bonne et due forme*
30. Échange sur les modalités du suivi
 - Planifier un suivi adapté au projet thérapeutique*
31. Explication de l'ordonnance
 - Adapter les explications au niveau de la compréhension et de la littératie du patient*
32. Cadre de sécurité pour le patient et le médecin *
 - Transmettre une conduite à tenir adaptée en fonction de l'évolution potentiel*
33. Compréhension et adhésion du patient
 - Estimer les informations retenues par le patient au terme de l'entrevue*
 - Mettre en œuvre des méthodes pour le renforcement de l'adhésion thérapeutique*
34. Retour sur la demande de soins
 - Résumer brièvement et clairement le plan de soin*

S'enquérir de la satisfaction des attentes des patients

VII - Terminer l'entrevue

35. Rédaction de la synthèse dans le dossier médical
Synthétiser la consultation par écrit de manière adaptée (interprofessionnalité, dimension légale)
Compléter le dossier médical de manière exhaustive
36. Établissement de la feuille de soin
Maîtriser les nomenclatures et les cotations
37. Paiement
Intégration la dimension économique de la consultation : paiement, tiers payant...
38. Fin de la consultation
Mettre un terme à la consultation et reconduire le patient de manière adaptée
39. Éventuels motifs du pas de la porte
Recueillir et proposer d'y revenir dans un délai adapté à la confiance
40. Mots d'au revoir
Choisir les mots adaptés en fonction de la consultation écoutée

VIII - Transition avec la consultation précédente

41. Aboutissement des tâches liées à la consultation précédente : prendre un rendez-vous, contact d'un tiers...
Prendre le temps administratifs nécessaire pour clôturer la consultation
42. Retour à un état de disponibilité physique et mentale
Retrouver la disponibilité nécessaire pour la prochaine consultation

LES TRANSÉQUENCES :

I - Gestion du déroulé de la consultation

1. Structuration de l'entrevue :
Mener une séquence temporelle logique
Recentrer la consultation quand nécessaire
2. Communication sur l'organisation de l'entrevue
Rendre explicite l'organisation de l'entrevue
Annoncer les transitions

II - Gestion la relation médecin - malade

3. Cadre de la relation chaleureux et harmonieux
Développer la relation thérapeutique en créant un climat de confiance approprié
4. Posture emphatique
Intégrer l'empathie à sa démarche clinique en adaptant sa posture
Écouter activement le patient
5. Communication verbale
S'exprimer dans un vocabulaire approprié au patient
S'appuyer sur des outils communicationnels : légitimation, reformulation, empathie
Mettre en œuvre des méthodes pour le renforcement de l'adhésion thérapeutique (entretien motivationnel)
6. Communication non-verbale : contact visuel, expression faciale, posture, position et mouvement, indices vocaux
Identifier la communication non-verbale du patient
Adopter un comportement non-verbal approprié
7. Participation active du patient
Impliquer le patient dans la démarche clinique
Coopérer avec le patient dans la démarche décisionnelle
8. Désaccord médecin-malade
Verbaliser une situation de conflit
Refuser une demande non-raisonnée, non-adaptée
9. Les non-dits
Expliciter les attentes (agenda) cachées du patient

Relever et analyser les silences du soignant et du soigné

III - Gestion du tiers dans la consultation

10. Le tiers-présent : aidant, parent d'ado, parent d'enfants, personne âgée, enfant, le couple
Déterminer la place et le rôle de l'accompagnant et les intervenants environnementaux
Identifier et composer avec le tiers parasite ou gênant
11. Le tiers-absent
S'informer de l'état de santé des proches suivi au cabinet
Connaître les modalités de transmission par un tiers d'informations médicales concernant le patient majeur ou mineur
12. Gestion de l'étudiant/ du maître de stage
Favoriser la relation de confiance et la communication libre
Intégrer l'étudiant/ le maître de stage de manière adapté
Permettre la critique constructive et le débat

IV - Gestion des perturbations extérieures

13. Interférence (secrétaire, collègue, téléphone, bruits parasites...)
Préserver le fil de la consultation
14. Ordinateur et encodage :
Intégrer l'ordinateur de manière adéquate : contact visuel, moment, emplacement ...
15. Dysfonctionnement technique (téléphone, logiciel, électricité ...)
Organiser une solution adaptée en minimisant la perte de chance

V - Gestion des perturbations intérieures

16. Facteur de stress perturbant la consultation *
Reconnaître les facteurs de stress perturbant la consultation : retard, interférences personnelles...
17. Les émotions
Identifier les émotions envahissantes
Garder une distance adaptée
18. L'incertitude
Analyser l'incertitude (appréhender, composer, reconnaître)
Communiquer à propos de son incertitude
19. Sentiment d'échec
Analyser le constat d'un échec
Déterminer les apprentissages secondaires

VI - Gestion des différentes opportunités de soins

20. Démarche de prévention
Élargir le sujet de la consultation en fonction du contexte clinique et du temps ("agenda caché du praticien")
Saisir l'occasion d'un acte de prévention : dépistage, vaccinations, éducation
21. Repérage et dépistage
Identifier les éléments potentiellement annonciateurs de pathologie
Organiser les démarches de dépistage adaptées au contexte clinique

VII - Gestion de la pluriprofessionnalité :

22. Communication interprofessionnelle
Mettre en place une collaboration avec d'autres soignants
Compléter le dossier médical partagé
Coordonner le parcours de soins
23. Recours à l'expertise d'autres soignant
Reconnaître ses limites
Établir un réseau de soins

Annexe 4 : Courrier d’invitation à destination des experts

Objet : Participation à un groupe de consensus par ronde de Delphi sur le séquençage de la consultation de médecine générale

Cher Docteur,

Dans le cadre de notre thèse sur les microséquences qui structurent la consultation de médecine générale, nous constituons un groupe national d'expert afin de valider par méthode de consensus un outil pédagogique détaillant les microséquences de la consultation de médecine générale.

Ce groupe d'experts sera constitué de quarante médecins généralistes, maîtres de stages, membres de DUMG, sélectionnés pour leur expérience clinique et pédagogique dans le domaine de la consultation en soins primaires. Nous serions honorées de votre participation à notre travail.

Vous trouverez en pièces jointes la description du projet de recherche, dirigé par le Dr Émile Escourrou et Dr Pauline Munier.

A l'aide d'une revue de littérature de la recherche sur les différents temps structurant la consultation de médecine générale, nous avons élaboré une liste des microséquences structurant la consultation de médecine générale. Nous souhaitons vous soumettre ce séquençage, au cours d'une ronde de Delphi afin de vous interroger sur la pertinence de chaque item, et sa validité pédagogique.

En quoi consiste votre participation ?

- Répondre individuellement à trois questionnaires successifs, transmis par courrier électronique permettant d'évaluer la validité de items de la liste des microséquences et de leurs énoncés.
- Le premier tour du Delphi comporte 65 items et prendra environ 30-45 minutes à compléter. Il aura lieu début avril.
- Vous avez 10 à 15 jours pour nous faire parvenir une réponse.
- Les autres tours ont lieu début mai et début juin. La fin de l'étude est prévue au 30 juin 2023.
- La méthode Delphi nécessite votre participation à l'ensemble des étapes. Vous représenterez votre DUMG : une absence de réponse serait fortement dommageable au travail fourni par l'ensemble des analystes et des 40 autres experts.
- Les réponses que vous donnerez au cours des trois itérations du Delphi seront anonymisées, et traitées de manière confidentielle, selon la réglementation RGPD. En participant à cette consultation, vous n'êtes pas considérés comme des participants de recherche.

- Le rapport final présentant l'ensemble des résultats ainsi que notre thèse vous sera communiqué dans les suites.

Merci de nous confirmer votre participation, ou celle d'un autre médecin de votre DUMG, par retour de mail avant le 31 mars. Si vous ne désirez pas participer à cette consultation, merci de le mentionner par retour de mail afin de ne pas recevoir de relance.

A la suite de la confirmation de participation, vous recevrez un mail contenant le détail du projet de recherche, le planning des consultations, et un questionnaire préliminaire (moins de 5 minutes) détaillant votre contact et votre pratique.

Si vous avez des questions ou des commentaires, merci de nous contacter sur l'adresse mail du projet de recherche ou par téléphone : 06 59 31 11 44.

L'équipe de recherche vous remercie de l'attention que vous portez à ce projet.

Cordialement,

Sonia KHEDIM, et Alix FERNET-SCHERER, Interne en Médecine Générale

Annexe 5 : Courrier de participation au premier tour

Cher Docteur,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette ronde de Delphi sur les microséquences structurant la consultation de médecine générale.

Le premier tour du Delphi comporte 69 items et prendra environ 30 minutes à compléter.

Vous trouverez ci-dessous le lien vers le questionnaire : [Cliquez-ici](#)

Vous avez 14 jours pour nous faire parvenir une réponse.

Les réponses que vous donnerez seront traitées de manière confidentielle et la participation est volontaire.

En participant à cette consultation, vous n'êtes pas considérés comme des participants de recherche.

Votre consentement formel n'est pas nécessaire autrement que par votre réponse aux questions.

Si vous avez des questions ou des commentaires, contactez-nous :

these.microsequencemg@gmail.com / 06 59 31 11 44

L'équipe de recherche vous remercie de l'attention que vous portez à ce projet

Alix FERNET-SCHERER et Sonia KHEDIM

Annexe 6 : Courrier de participation au second tour

Cher docteur,

L'équipe de recherche vous remercie pour votre implication dans le premier tour de la ronde de Delphi.

Vous trouverez ci-joint une vidéo synthétisant les résultats du premier tour: [cliquez ici](#)

Pour la deuxième ronde, les énoncés à évaluer ont été sélectionnés et formulés à la suite des suggestions et commentaires de la ronde. Vous trouverez pour chaque item :

- L'ancienne proposition
- La note médiane et un extrait des commentaires
- La nouvelle proposition

Nous vous invitons à évaluer les nouvelles propositions émises selon la même méthode via [le questionnaire du 2eme tour](#). Vous avez **14 jours** pour répondre à cette ronde de consultation c'est-à-dire jusqu'au **31 mai 2023**.

Si vous avez des questions ou des commentaires, contactez-nous : these.microsequencemg@gmail.com
/ 06 59 31 11 44

L'équipe de recherche vous remercie de l'attention que vous portez à ce projet.

Alix FERNET-SCHERER et Sonia KHEDIM

Annexe 7 : Synthèse des résultats de la ronde de Delphi

Tour 1						Tour 2					
	Score médian	Pourcentage dans la médiane	Consensus	Commentaire	Conclusion du premier tour	Microséquence	Score médian	Pourcentage dans la médiane	Consensus	Commentaire	Conclusion
Microséquence 1	8	100 %	oui	non	Validation	Mc1					
Microséquence 2	7	53 %	oui	oui	Reformulation	Mc2	8	92 %	oui	non	Validation
Microséquence 3	7	60 %	oui	oui	Chronologie + Reformulation	Mc36	8	84 %	oui	non	Validation
Microséquence 4	8	73 %	oui	oui	Fusion + Reformulation	Mc3	8	84 %	oui	non	Validation
Microséquence 5	8	93 %	oui	non	Validation	Mc4					
Microséquence 6	8	66 %	oui	oui	Fusion + Reformulation	Mc3					
Microséquence 7	9	73 %	oui	oui	Fusion + Reformulation	Mc5	8	100%	oui	non	Validation
Microséquence 8	8	80 %	oui	oui	Reformulation	Mc6	8	84	oui	non	Validation
Microséquence 9	8	100 %	oui	oui	Reformulation	Mc7	8	100%	oui	non	Validation
Microséquence 10	8	73 %	oui	oui	Fusion	Mc7					
Microséquence 11	9	73 %	oui	oui	Reformulation	Mc8	8	76%	oui	non	Validation
Microséquence 12	8	80 %	oui	oui	Chronologie + Reformulation	Mc11	9	76%	oui	non	Validation
Microséquence 13	9	80 %	oui	non	Validation	Mc9					
Microséquence 14	9	93 %	oui	non	Validation	Mc10					
Microséquence 15	7	53 %	oui	non	Validation	Mc12					
Microséquence 16	8	86 %	oui	non	Validation	Mc13					
Microséquence 17	9	80 %	oui	non	Validation	Mc14					
Microséquence 18	9	86 %	oui	oui	Reformulation	Mc15	8	92	oui	non	Validation

Microséquence 19	9	86 %	oui	non	Validation	Mc16					
Microséquence 20	8	86 %	oui	non	Validation	Mc17					
Microséquence 21	8	86 %	oui	oui	Fusion + Reformulation	Mc18	8	92	oui	non	Validation
Microséquence 22	8	60 %	oui	oui	Fusion + Reformulation	Mc18					
Microséquence 23	9	86 %	oui	non	Validation	Mc19					
Microséquence 24	9	93 %	oui	non	Validation	Mc20					
Microséquence 25	8	86 %	oui	oui	Chronologie + Reformulation	Mc29	9	92	oui	non	Validation
Microséquence 26	8	80 %	oui	non	Validation	Mc21					
Microséquence 27	9	92%	oui	non	Validation	Mc22					
Microséquence 28	9	86 %	oui	non	Validation	Mc23					
Microséquence 29	9	93 %	oui	non	Validation	Mc24					
Microséquence 30	8	100 %	oui	oui	Chronologie + Reformulation	Mc27	8	92%	oui	non	Validation
Microséquence 31	9	100 %	oui	oui	reformulation	Mc25	9	100%	oui	non	Validation
Microséquence 32	8	80 %	oui	non	Validation*	Mc26					
Microséquence 33	8	93 %	oui	non	Validation*	Mc28					
Microséquence 34	8	73 %	oui	oui	Chronologie	Mc30	8	92	oui	non	Validation
Microséquence 35	9	95 %	oui	oui	Chronologie	Mt3	8	100%	oui	non	Validation
Microséquence 36	8	66 %	oui	non	Validation	Mc31					
Microséquence 37	8	73 %	oui	non	Validation	Mc32					
Microséquence 38	9	86 %	oui	oui	Fusion + reformulation	Mc33	9	100%	oui	non	Validation
Microséquence 39	8	86 %	oui	oui	Validation	Mc34 °					

Microséquence 40	9	73 %	oui	oui	Fusion + reformulation	Mc33					
Microséquence 41	7	53 %	oui	oui	Chronologie + Reformulation	Mt24	8	84	oui	non	Validation
Microséquence 42	8	66 %	oui	non	Validation	Mc35					
Transéquences											
Transéquence 1	9	93 %	oui	oui	Reformulation	Mt1	8	100%	Oui	oui	Validation
Transéquence 2	7	60 %	oui	non	Validation	Mt2					
Transéquence 3	9	93 %	oui	oui	Reformulation	Mt4	9	92%	oui	non	Validation
Transéquence 4	9	100 %	oui	non	Validation	Mt5					
Transéquence 5	9	100 %	oui	non	validation	Mt6					
Transéquence 6	9	93 %	oui	non	validation	Mt7					
Transéquence 7	8	93 %	oui	non	validation	Mt8					
Transéquence 8	9	80 %	oui	non	validation	Mt9					
Transéquence 9	8	93 %	oui	non	validation	Mt10					
Transéquence 10	8	86 %	oui	oui	Reformulation	Mt11		84%	oui	non	Validation
Transéquence 11	8	86 %	oui	non	validation	Mt12					
Transéquence 12	9	86 %	oui	oui	Reformulation	MT13	9	92%	oui	non	Validation
Transéquence 13	9	92 %	oui	non	validation	MT14					
Transéquence 14	8	100 %	oui	non	validation	Mt15					
Transéquence 15	7	73 %	oui	non	validation	Mt16					
Transéquence 16	8	93 %	oui	non	validation	Mt17					

Transéquence 17	8	93 %	oui	oui	reformulation	Mt18	7	61%	oui	non	Validation
Transéquence 18	9	93 %	oui	oui	Reformulation	Mt19	9	92%	oui	non	validation
Transéquence 19	8	86 %	oui	oui	Reformulation	Mt20	8	92%	oui	non	validation
Transéquence 20	9	100 %	oui	oui	Fusion et reformulation	Mt21	8	100%			validation
Transéquence 21	8	93 %	oui		Fusion et reformulation	Mt21					
Transéquence 22	8	100 %	oui	non	validation	Mt22					
Transéquence 23	9	93 %	oui	oui	reformulation	Mt23	9	84%	oui	non	Validation °

Annexe 8 : Commentaires ayant servi à une reformulation

Microséquence		Commentaire à l'origine d'une modification
Microséquence 2	2.1	uniquement si la consultation est connue comme étant particulière, je ne peux pas potasser le dossier avant chaque consultation.
	2.4	Formulation délicate du mot « appréhension » proposition : Prise en compte du contexte de santé et environnemental du patient Idem pour « enjeux » et « côté du soignant » je ne trouve pas qu'on ait les enjeux à la lecture du dossier. Plutôt les spécificités
	2.7	reformulation souhaitable : prendre connaissance du dossier et se saisir des enjeux de la consultation du point de vue soignant
	2.11	Si on connaît déjà bien le patient, pas nécessaire de consulter le dossier. Indispensable pour un remplaçant /collaborateur
Microséquence 3	3.1	ça, je le fais au fur et à mesure, souvent en même temps que le début de l'interrogatoire ou sur des temps de transition habillage/ déshabillage du patient. J'anticipe aussi beaucoup le soir pour le lendemain, le dimanche soir pour les 2 prochaines semaines pour ne pas avoir à faire de modifications pendant les consultations. Je calibre les rdv pour éviter l'accumulation de retard. Entre les consultations, je passe les appels importants et je préviens les suivants par le système de SMS de mon logiciel de prise de rdv en cas de retard. Et dès que c'est possible, je charge mon assistante médicale de gérer les modifications d'agenda. Saluer les autres personnes présentes en salle d'attente, en respectant le secret médical même dans le non-verbal.
	3.4	Je ne comprends pas la notion d'interaction avec la salle d'attente. Gestion des échanges avec le secrétariat et / ou des messages urgents : à mettre en séquence entre 2 consultations, dans les mêmes séquences ou espace-temps que la préparation du cabinet entre 2 patients ?
	3.5	Si c'est chronologique, je mettrais ça tout au début de la micro-séquence, avant la préparation du cabinet
Microséquence 4	4.4	plutôt que de composer un cadre : Entrer en relation avec le patient par une attitude accueillante, gérer les accompagnants. La gestion des pleurs n'intervient pas à ce stade de la consultation
Microséquence 6	6.2	La proposition 6 et 7 prêtent à confusion. Dans la 6 on parle d'attitude mais aussi de langage verbal, ce sont deux choses différentes je pense. Il faudrait statuer si l'idée est de lancer la conversation ou de créer par son attitude une connexion propice à une relation empathique. Si le verbal est en jeu = empiète sur la proposition 7. Proposition de formulation : phrase (mais idée 7) ou attitude comportementale permettant la connexion avec le patient, contact oculaire, attitude corporelle favorable au lien par exemple
	6.3	me semble redondant avec la précédente, je réalise cette phase lors du trajet entre salle d'attente et le moment où on s'assoit.

	6.4	Microséquence redondante avec la 4ème, contenu pertinent mais découpage un peu arbitraire dans un même continuum ayant la même "fonction" => à fusionner
	6.5	difficulté à distinguer cette étape dans ma pratique. serait à rattacher au 4 ?
Microséquence 7	3	Cf commentaire 6. Mélange entre ces 2 propositions à clarifier. Proposition verbale strictement pour la 7, et non verbale pour la 6 par exemple. Pour la 7 : formulation d'une question ouverte permettant la libre formulation du patient
	8	Un "je vous écoute" incite au discours libre, à la narration de soi, au récit. Les informations recueillies suffisent la plupart du temps à organiser une pensée médicale cohérente.
Microséquence 8	1	Je ne comprends pas le mot agenda ici
	3	A nouveau 8 et 9 se chevauchent Recenser l'ensemble des demandes énoncées et cachées paraît un premier point d'importance. Puis hiérarchiser ces dernières en fonction -de l'urgence réelle ou ressentie Mais nous ne sommes pas encore au stade de la mise en œuvre de la réponse adéquate à ce stade
	4	Je verrai plutôt 3 étapes : - Évaluer rapidement les situations d'urgence et mettre en œuvre une réponse adéquate - Déterminer les attentes énoncées du patient par des questions ouvertes - Relancer le patient à la recherche d'attentes cachées.
	6	En premier lieu c'est au patient d'exprimer ses attentes et les hiérarchiser. C'est secondairement que le médecin approfondit. Le motif caché n'est pas toujours clair pour le patient lui-même.
Microséquence 9	1	Cela se recoupe avec la précédente pour moi
	2	Les motifs principaux paraît faire plutôt partie de la Proposition 8 La hiérarchisation est très pertinente (cf commentaire dans 8) La phase de mise en évidence du besoin du patient pour l'aider à formuler sa demande et les différentes stratégies qui peuvent exister pour un même besoin est fondamentale (à mettre en micro séquence à part entière ?)
	3	faire une synthèse des demandes et proposer une démarche adaptée pour la consultation du jour et obtenir son accord.
Microséquence 10	3	me semble redondant avec le point 9

	5	Implicitement recherché et élaboré dans la phase précédente
Microséquence 11	11.1	Réponse à proposition 11 (ou n'y avait pas possibilité de commentaire) : cette phase a déjà été établie au départ de la consultation , bien qu'il soit pertinent de toujours laisser une possibilité de discours libre si d'autres idées émergent dans le cours de la consultation
Microséquence 12	3	les hypothèses intuitives n'arrivent elles Pas après la phase complète d'anamnèse, introduisant la Phase d'Examen physique pour les approfondir ?
	6	Beau coup de dgts en MG se font par méthode analogique (histoire atcd symptômes) et très peu en hypothético-déductif
Microséquence 18	2	l'examen clinique ne se limite pas aux gestes impactant la démarche diagnostique : examen de prévention (ex naevus), états des pieds du diabétique
	3	"limiter l'examen" : pas toujours, c'est important parfois d'ouvrir sur d'autres aspects (prévention en tout genre : cardio-vasc, addictions, dépistages, ...) : cela passe à mon sens par l'ouverture de l'examen à certains gestes/organes explorés qui vont servir de prétexte à aborder le sujet
Microséquence 21	1	littératie kezaco (merci Marion, de m'avoir briefé)
	5	Parfois, si l'on juge que ce n'est pas le bon moment, il est possible de surseoir à l'annonce diagnostique.
Microséquence 22	5	Je fusionnerais avec 21. Il s'agit plutôt de principes directeurs de la gestion de la microséquence d'annonce. Je trouve leur distinction trop artificielle
	6	idem
Microséquence 25	1	je reformulerais plus tard
	2	sûrement pertinent mais je ne le fais quasi jamais !
Microséquence 30	2	à mettre après le 32
Microséquence 38	1	en résumant les 2 ou 3 idées essentielles : diagnostic, CAT, suite de la PEC
Microséquence 40	1	non, ni massage de l'épaule !!
	2	Important mais redondant avec 38 (à fusionner)
Transséquence		
Transséquences 1	T1.2	Attention l'idée du recentrage est souvent matière à interrompre le récit du patient. Les situations où le patient échappe totalement de la consultation sont rares. Des études concordent pour apprécier le temps de parole libre des patients à environ 7 minutes vs le même temps pour l'interrogatoire.
	T1.3	Savoir recentrer certes mais aussi savoir se laisser « décentrer » par le patient : parfois on apprend plus et mieux

Transséquence 4	T4.1	confiance, oui; chaleur... pas toujours possible ni souhaitable
	T4.4	Encore cette maudite gestion. C'est une illusion de surcroît, voir sur ce point tous les auteurs de la sociologie interactionniste (Goffman, Le Breton, ...). Les interactions sociales ne sont que des ajustements permanents qui échappe en grande partie à un cadre défini, sauf dans la relation dominant-dominé qui ne constitue pas, nous l'espérons, celui de la relation de soin
Transséquence 10	T10.2	Je suis gênée par la proposition tiers parasite ou gênant : à reformuler selon moi car discrimination.
	T10.2	Même remarque. Qu'appellez-vous un tiers parasite ? Les accompagnants ont été acceptés par le patient, pourquoi ? Quelle relation entretiennent-ils dont les manifestations "gênantes" "parasites" n'auraient pas de sens ? Cela relève d'un préjugé ou d'un jugement (d'une représentation sociale).
Transséquence 12	T12.1	recentrer le patient sur l'interne s'il est celui qui mène la consultation
	T12.2	Proposition insuffisamment claire : la triade en consultation doit être abordée clairement, les objectifs et règles de secret médical bien définis. À formuler plus distinctement
Transséquence 17	T17.2	Gênée par la formulation : identification des émotions du patient et les nôtres pour s'y adapter. Car que veut dire une émotion envahissante et une distance adaptée ? Dépendant de chacun Plutôt : conscience des émotions de chacun et adaptation
	T17.4	Je cite A Jollien philosophe suisse : "Je n'aime pas les termes de bonne distance, je leur préfère ceux de bonne proximité"
	T17.5	Les émotions du patient et celles du soignant
Transséquence 18	T18.2	Communiquer si besoin sur son incertitude (dépendant du patient)
	T18.3	l'analyser toujours, la noter souvent, la communiquer selon le contexte
Transséquences 19	T19.2	échec d'une prise en charge ?
	T19.3	préciser apprentissages secondaires
Transséquence 21	T21.1	Pertinent mais à intégrer dans l'item 20
Transséquence 23	T23.2	2è partie, je mettrais plutôt : "organiser le recours à un/e autre professionnel/le"

Annexe 9 : Recueil des réponses ouvertes sur l'utilisation en pratique de la pédagogie des microséquences

1. Considérez-vous cet outil comme pertinent pour aborder l'enseignement de la consultation avec vos internes ?

Médiane 7 Moyenne : 7

P1 : « oui, pour le troisième cycle, pas tant pour le deuxième cycle. »

P2 : « Cet outil me semble pertinent mais il est perfectible. Les principaux défauts que j'identifie à ce stade : 1) il cherche à être trop exhaustifs dans son approche (d'où ma proposition de fusionner certains items proches ou redondants) 2) la distinction entre microséquences, qui reflètent une notion d'organisation temporelle de la consultation et "trans-séquentielle" qui (si j'ai bien compris) doit refléter des capacités relationnelles et comportementales plus globales est un peu floue (personnellement je préfère parler de "principes directeurs") 3) il manque une gradation dans la progression attendue, certaines compétences ou niveau d'analyse ne sont pas adaptées à tous les niveaux. Une organisation en tiroirs de différents niveaux me semblerait plus adaptée »

P3 : « proche des enjeux en MG »

P4 : « Je ne partage pas votre posture initiale qui aurait mérité un long temps de déconstruction des a priori afin de s'éloigner des stéréotypes qui structurent les représentations collectives des médecins. Je suppose que votre travail a été précédé de lectures du champ social afin de se saisir des critiques et des apports de la sociologie à un tel travail de recherche. »

P5 : « Oui mais le mieux est qu'ils le découvrent eux-mêmes »

2. Considérez-vous cet outil comme utile pour aborder l'enseignement de la consultation avec vos internes ?

Médiane 7 Moyenne : 7

U1 : « Après l'avoir amélioré "sur le papier", il n'y aura qu'un moyen de le savoir : le tester ! »

U2 : « oui, selon les modalités décrites plus haut »

U3 : « Même réponse, il est trop entaché de biais de représentations »

U4 : « Pertinent utile ? Ce n'est pas la même chose ? »

3. Considérez-vous cet outil peut facilement s'intégrer dans vos échanges pédagogique avec vos internes ?

Médiane 7 Moyenne: 6,4

I1 : « Clarification de certaines propositions qui se chevauchent et alourdissent l'outil tout est question de temps ! »

I2 : « Idem que réponse 3 + contrainte temporelle et organisationnelle à intégrer un peu trop complet peut-être, mais permet de cibler certains points plus précisément »

I3 : « outil lourd et complexe : nécessite un prise en main progressive et selon la progression éventuellement parcellaire »

I4 : « Pour certaines séquences oui »

4. Au prochain semestre, aborderez-vous la pédagogie des microséquences avec votre interne ?

Médiane : 6 Moyenne : 5,8

A1 : « J'utilise actuellement la grille de Calgary Cambridge et la grille des compétences du CNGE, ainsi que la grille des compétences de la santé de l'enfant pour mon interne qui fait son stage santé de l'enfant. Je ne sais pas si j'utiliserai les microséquences ou si je continuerai avec ce que je fais actuellement. Je pense au moins tester votre outil. »

A2 : « je vais tenter »

A3 : « Pourquoi pas ? »

A4 : « attention à ne pas formater les consultations, et de toute façon, on fait des choix et on renonce à certaines séquences régulièrement (non abordé dans les différents items) »

A4 : « j'ai la SODEV à débiter... donc difficile de tout faire »

A5 : « pourquoi pas »

Annexe 10 : Microséquences issues de la ronde de Delphi avec mise en évidence des modifications réalisées

Les microséquences chronologiques

1 - Débuter l'entrevue

1. Préparation du cabinet de consultation

Gérer l'hygiène et la mise au propre de l'agencement pour la prochaine consultation

Créer un cadre de consultation propre, confortable, propice à la confiance, au respect du secret médical

2. Appréhension du contexte propre à la consultation et au patient*

Se saisir des spécificités du contexte de la consultation (résultats, événements de vie...) °

3. Phase sociale : accueil, civilités, invitation à entrer, présentation, conversation initiale*

Entrer en relation de manière authentique et accueillante propice à la confiance °

4. Observation générale à l'arrivée du patient

Appréhender l'attitude et la présentation du patient

Réaliser une appréciation éclair

5. Invitation à parler et écoute active :

Formuler une phrase d'introduction adaptée pour initier le récit du patient

Respecter un temps de discours libre sans intervention

6. Recueil des motifs énoncés et recherche des attentes cachées*

Recenser les demandes énoncées par le patient °

Identifier les attentes cachées du patient °

7. Hiérarchisation et choix conjoint du plan de la consultation

Évaluer rapidement les situations d'urgence réelle et ressentie

Négocier entre attentes du patient et du médecin

Elaborer, par une décision partagée, un programme mutuellement acceptable

2 Recueil des informations / anamnèse :

8. Description détaillée des motifs par le patient*

S'installer dans une posture d'écoute active et attentive °

9. Anamnèse médicale dirigée par les symptômes

Utiliser des procédés communicationnelles pour préciser les symptômes °

Adapter l'interrogatoire au tableau clinique

10. Aspects subjectifs de la plainte

Légendes :

gris clair : microséquence déplacée

gris foncé : microséquence scindée ou rajoutée

*xxx : Microséquence reformulée

°xxx : compétence reformulé

Explorer la perspective patient : contexte, vécu, attente, croyances, représentations, crainte, impact

11. **Hypothèses diagnostiques intuitives**

Émettre une ou plusieurs hypothèses diagnostiques analogiques°

12. Synthèse

Résumer la situation clinique

3 Examen clinique :

13. Invitation à l'examen clinique, consentement et mise en condition

Introduire l'examen clinique et obtenir le consentement du patient

Informé du niveau de déshabillage nécessaire et l'expliquer

14. Gestion du déshabillage/rhabillage

Accompagner avec pudeur et discrétion le moment du déshabillage/rhabillage

15. Examen clinique adapté, orienté, expliqué

Cibler l'examen en fonction du tableau clinique

Traduire les étapes de l'examen au patient

Réorienter l'examen clinique et l'anamnèse en fonction des découvertes

Limiter l'examen clinique aux gestes impactant la démarche médicale

16. Geste paraclinique en fonction du contexte : dextro, bu, mesure de saturation, ecg ...*

Proportionner les examens paracliniques en fonction du contexte

Justifier l'indication et le résultat attendu auprès du patient

4 Explication :

17. Conclusion de la démarche diagnostique

Intégrer l'ensemble des informations pour discerner le diagnostic le plus probable à ce stade

Identifier et éliminer les différents diagnostics différentiels : urgence, diagnostic critique°

18. **Annonce diagnostique et pronostique**

Transmettre une information organisée

Adapter les explications au niveau de compréhension du patient °

Échanger sur la notion d'incertitude diagnostique

19. Explication claire, loyale et adaptée *

Évaluer les connaissances et les représentations de la maladie) du patient : préjugé, croyance, levée d'ambiguïté

S'assurer d'une communication verbale efficace : langages concis, accessible, adapté au niveau du patient, répétitions et résumés,

aides visuelles

20. Réactions du patient

*Relever les indices verbaux et non-verbaux exprimées par le patient
Reconnaître les attentes, croyances, et émotions du patient
Intégrer la perspective du patient et respecter son rythme*

5 Établir le plan de soins :

21. Proposition d'un plan de soin*

Appliquer une démarche centrée patient en fonction de sa pathologie et au regard des données actualisées de la science °

22. Négociation du plan de soin

*Explorer les différentes options d'action ou de non-action
Susciter la participation active en partageant ses réflexions cliniques avec le patient
Identifier un plan mutuellement acceptable*

23. Décision partagée du plan de soin

*Expliquer et justifier la décision vis à vis du contexte
Échanger avec le patient sur les implications des décisions prises ensemble
Respecter les oppositions et résistances du patient*

6 Planifier le plan de soin :

24. Prescription médicamenteuse et non médicamenteuse (IDE, kiné...) conseils hygiéno-diététiques, adressage

*Connaître les règles de prescription
Rédiger les documents en bonne et due forme*

25 **Explication des prescriptions**

Adapter les explications au niveau de compréhension du patient °

26. Cadre de sécurité pour le patient et le médecin

Transmettre au patient une conduite à tenir adaptée en fonction de l'évolution potentielle

27. **Échange sur les modalités du suivi**

Planifier un suivi adapté au projet thérapeutique

28. Compréhension et adhésion du patient

*Estimer les informations retenues par le patient au terme de l'entrevue
Mettre en œuvre des méthodes pour le renforcement de l'adhésion thérapeutique*

29. **Reformulation de l'information par le patient**

S'assurer de la bonne compréhension du patient

30. Retour sur la demande de soins

*Résumer brièvement et clairement le plan de soin
S'enquérir des questions éventuelles du patient°*

7 Terminer l'entrevue :

31. Établissement de la feuille de soin
Maîtriser les nomenclatures et les cotations
32. Paiement
Intégration de la dimension économique de la consultation : paiement, tiers payant...
33. **Fin de la consultation et mots d'au revoir**
Mettre un terme à la consultation et reconduire le patient de manière adaptée
Choisir les mots adaptés en fonction de la consultation écoutée
34. Éventuels motifs du pas de la porte
Recueillir et proposer d'y revenir dans un délai adapté à la confiance

8 Transition avec la consultation précédente :

35. Retour à un état de disponibilité physique et mentale
Retrouver la disponibilité nécessaire pour la prochaine consultation
36. **Interaction avec la salle d'attente et avec le secrétariat**
Gérer le flux et l'agenda des rendez-vous

Les microséquences transversales

1 Gestion du déroulé de la consultation :

1. Structuration de l'entrevue :
Mener une consultation structurée °
Ajuster les échanges en fonction du temps disponible en respectant le temps d'expression du patient°
2. Communication sur l'organisation de l'entrevue
Rendre explicite l'organisation de l'entrevue
Annoncer les transitions
3. **Rédaction de la synthèse dans le dossier médical**
Synthétiser la consultation par écrit de manière adaptée (interprofessionnalité, dimension légale)
Compléter le dossier médical de manière exhaustive

2 Construction de la relation médecin – malade :

4. Instauration d'un climat de confiance *
Développer l'alliance thérapeutique en créant un climat de confiance approprié
5. Posture empathique
Intégrer l'empathie à sa démarche clinique en adaptant sa posture
6. Communication verbale
S'exprimer dans un vocabulaire approprié au patient
S'appuyer sur des outils communicationnels : légitimation, reformulation, empathie
Mettre en œuvre des méthodes pour le renforcement de l'adhésion thérapeutique
7. Communication non-verbale : contact visuel, expression faciale, posture, position et mouvement, indices vocaux (le débit, le volume, la tonalité)
Identifier la communication non-verbale du patient

Adopter un comportement non-verbal approprié
Écouter activement le patient

8. Participation active du patient

Impliquer le patient dans la démarche clinique
Coopérer avec le patient dans la démarche décisionnelle

9. Désaccord médecin-malade

Verbaliser une situation de conflit
Refuser une demande non-raisonnée, non-adaptée

10. Les non-dits

Expliciter les attentes cachées du patient
Relever et analyser les silences du soignant et du soigné

3. Place du tiers dans la consultation :

11. Le tiers-présent : aidant, parent d'ado, parent d'enfants, personne âgée, enfant, le couple

Identifier la place et le rôle de l'accompagnant et les intervenants environnementaux^o
Composer avec le tiers présent^o

12. Le tiers-absent

S'informer de l'état de santé des proches suivi au cabinet
Connaître les modalités de transmission par un tiers d'informations médicales concernant le patient majeur ou mineur

13. Le couple étudiant/ maître de stage*

Expliquer au patient les implications de la triade maître de stage, étudiant, patient^o
Assurer l'équilibre au sein de la triade patient, maître de stage, étudiant^o

4 Gestion des perturbations extérieures :

14. Interférence (secrétaire, collègue, téléphone, bruits parasites...)

Préserver le fil de la consultation

15. Ordinateur et encodage :

Intégrer l'ordinateur de manière adéquate : contact visuel, moment, emplacement...

16. Dysfonctionnement technique (téléphone, logiciel, électricité...)

Organiser une solution adaptée en minimisant la perte de chance

5 Gestion des perturbations intérieures :

17. Facteur de stress perturbant la consultation

Reconnaître les facteurs de stress perturbant la consultation : retard, interférences personnelles...

18. Les émotions

Prendre conscience des émotions suscitées chez le médecin et chez le patient^o
Mettre en place une stratégie pour maintenir un lien adaptée^o

19. L'incertitude

Analyser l'incertitude
Communiquer, selon le contexte, à propos de son incertitude

20. Sentiment d'échec

Analyser les causes d'un échec ou de mise en échec^o
Identifier les apprentissages secondaire à une erreur^o

Mettre en place une stratégie adaptée en collaboration avec le patient

6 Gestion des différentes opportunités de soins

21. **Démarche de prévention: repérage, dépistage...**

Saisir l'occasion d'un acte de prévention en fonction du contexte clinique et du temps °

Identifier les éléments potentiellement annonciateurs de pathologie

22. **Communication pluriprofessionnelle***

Mettre en place une collaboration avec d'autres professionnels de santé du territoire°

Compléter le dossier médical partagé

Coordonner le parcours de soins

23. **Recours à l'expertise d'un autre professionnel***

Reconnaître ses limites

Organiser le recours à un autre professionnel de santé

Établir un réseau de soins

24. **Gestion du suivi lié à la prise en charge du patient : prendre un rendez-vous, contact d'un tiers...**

Prendre le temps administratifs nécessaire pour le suivi

Annexe 11 : CNIL



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme FERNET-SCHERER Alix

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX)

à la date du 20/01/2023

sous le numéro : **2023FSA9**

Fait à Toulouse, le 22/01/2023


Pr P. BOYER

AUTEUR : Alix FERNET-SCHERER, Sonia KHEDIM

TITRE : Détails des Microséquences structurant la consultation de Médecine Générale :
Consensus national par ronde de Delphi

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Emile ESCOURROU et Dr Pauline MUNIER

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 05 octobre 2023

Introduction : En médecine générale, la consultation constitue la modalité principale de l'interaction entre le médecin et le patient. Bien que son organisation semble instinctive, elle est soumise à des contraintes : rôles de chacun, temporalité. S'il existe des modèles de structure globale de la consultation, il existe peu de données sur sa structure détaillée. Le Département universitaire de médecine générale de Toulouse a élaboré une architecture détaillée de la consultation. Elle découpe la consultation en fractions de temps, identifiable par des changements d'espace de tons, et de rythme appelé "microséquences".

Méthode : L'objectif de ce mémoire est de détailler les microséquences structurant la consultation. Notre projet de recherche a été divisé en trois étapes, correspondant aux différents objectifs de notre travail : une revue narrative afin de réaliser un état des lieux de la littérature sur la structure détaillée de la consultation ; un groupe de travail local ; puis une ronde de Delphi, à l'échelle nationale.

Résultats : Nous avons identifié 3 articles abordant spécifiquement la structure détaillée de la consultation. Les temps identifiés par chaque article présentaient de nombreuses similitudes. Nous avons abouti à une nouvelle version consensuelle comportant 36 microséquences chronologiques et 24 microséquences transversales. Chacune d'entre elles a été associée à une compétence spécifique.

Discussion : Notre travail a abouti à un consensus sur la structure détaillée de la consultation. Nous avons pu formaliser un concept pédagogique adapté pour développer la compétence de chaque praticien à structurer sa consultation. Il a permis de souligner des enjeux spécifiques à certains temps de la consultation. Cet outil est propice à l'analyse des pratiques et à des échanges réflexifs. Ce travail développe un concept original, pertinent et utile. Il présente différents biais (sélection, suggestibilité, interprétation), et nécessite une évaluation pratique et ergonomique.

Conclusion : Cette étude a révélé un consensus sur l'architecture détaillée de la consultation de médecine générale. Ce travail a permis de développer un concept adapté à l'enseignement de la structure de la consultation. Il constitue également un outil pédagogique et réflexif sur la consultation de médecine générale. Son utilisation en pratique reste encore à évaluer. La pédagogie des microséquences pourrait être intégrée dans la pratique des MSU et des internes de médecine générale.

Mots-Clés : Pédagogie, Consultation médicale, Structure, Modèle, Microséquences, Communication

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE – France

AUTHOR: Alix FERNET-SCHERER, Sonia KHEDIM

TITLE: Details of the Microsequences structuring the General Medicine consultation: National consensus by Delphi round

THESIS SUPERVISORS: Dr Emile ESCOURROU and Dr Pauline MUNIER

PLACE AND DATE OF SUBMISSION: Toulouse, October 05, 2023

Introduction: In general practice, the doctor-patient consultation represents the primary mode of interaction. While it may seem instinctive, it is subject to various constraints, including considerations of positioning and timing. Despite existing models for the overall structure of consultations, a dearth of data exists on their detailed structure. The Department of General Medicine at Toulouse University has developed an elaborated architecture of consultations. It dissects consultations into temporal fractions, delineated by shifts in tone, space, or rhythm, referred to «microsequences».

Method: This research aims to identify the microsequences that underpin the structure of consultations. Our research project encompassed three distinct phases, each aligning with specific objectives: a literature review to provide a comprehensive overview of consultation structure, collaboration with a local working group about the new version of microséquences, and a nationwide consensus through a Delphi survey.

Results: We identified 3 articles dealing specifically with the detailed structure of consultations. The different steps identified by each article showed many similarities. The synthesis of our study yielded a consensus-based framework comprising 36 chronological microsequences and 24 cross-sectional microsequences, each linked to a distinct skill set.

Discussion: Our work led to a consensus on the detailed structure of consultations. We formalized a pedagogical concept designed to enhance the ability of medical practitioners to structure consultations. It has enabled us to highlight specific challenges at various stages of consultations. Beyond its utility in practice analysis, it fosters reflective exchanges. This study advances an original, pertinent, and useful concept. Notably, it acknowledges inherent biases (selection, suggestibility, interpretation) and underscores the necessity for practical and ergonomic evaluations.

Conclusion: This research has unveiled a consensus on the elaborated structure of general medical consultations. It has enabled the development of an effective teaching concept for consultation structuring, serving as a pedagogical and reflective tool. While its practical implementation awaits evaluation, the integration of microsequences teaching into the training of medical students holds promise for enhancing their practice of medicine.

Key-words : Pedagogy, Medical consultation, Structure, Model, Microsequences, Communication

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France
