

L'entrevue centrée sur le patient et ses moyens d'apprentissage

Qu'en pensent les médecins de famille récemment diplômés?

Luc Côté, MSS, PHD(ÉD) Norma Bélanger, MD, MA ,CCMF Johanne Blais, MD, MSC, CCMF, FCMF

RÉSUMÉ

OBJECTIF Décrire la perception des médecins de famille à l'égard de l'entrevue centrée sur le patient (ECP) et des moyens d'apprentissage s'y rapportant pendant la résidence.

DEVIS Enquête postale.

MILIEU Médecins de famille provenant de divers milieux de pratique au Québec.

PARTICIPANTS 91 médecins de famille ayant obtenu leur diplôme à l'Université Laval entre 1996 et 1998.

MÉTHODES Enquête réalisée en 1999 selon la méthode Dillman modifiée. Le questionnaire original comportait principalement des questions ouvertes sur la perception de l'ECP et sur les activités d'apprentissage associées à ce type d'entrevue pendant la résidence. Une analyse de contenu a été faite sur l'ensemble des données qualitatives en utilisant la stratégie de la triangulation des chercheurs.

PRINCIPALES CONSTATATIONS Faire une ECP signifie principalement explorer l'expérience de la maladie du patient. Cette exploration du vécu du patient aiderait les médecins à mieux comprendre le patient et ce dernier serait plus satisfait et plus observant face aux recommandations médicales. La principale difficulté vécue par les répondants est l'augmentation du temps d'entrevue, particulièrement dans les contextes d'urgence et de consultation sans rendez-vous. Les activités d'apprentissage jugées les plus utiles en résidence sont la supervision par observation directe et l'observation des consultations superviseur-patient.

CONCLUSION L'ECP est utile en autant qu'elle aide le médecin à mieux comprendre et soigner le patient. Les résultats de cette étude orienteront les enseignants dans leurs démarches de développement ou de consolidation d'activités visant à mieux aider les résidents à bien se représenter l'ECP et à l'intégrer en pratique.

ABSTRACT

OBJECTIVE To describe how family physicians perceive the patient-centred interview (PCI) and the way in which it is taught during residency training.

DESIGN Mailed survey.

SETTING Family physicians from a variety of practice settings in Quebec.

PARTICIPANTS Ninety-one family physicians who graduated from Laval University between 1996 and 1998.

METHOD Survey was conducted in 1999 using the modified Dillman method. The original questionnaire had mainly open-ended questions on perception of the PCI and learning activities associated with it during residency training. All qualitative data were subject to content analysis using triangulation strategies.

MAIN FINDINGS A PCI mainly involves exploring patients' experience of their illnesses; this helps physicians to better understand patients. Patients are more content with this type of interview and are, therefore, more likely to follow physicians' recommendations. Respondents reported the main drawback to be longer interview times; this was particularly true for emergency and walk-in care. The most useful learning activities during residency were reported to be supervision by direct observation and observation of supervisor-patient consultations.

CONCLUSION Patient-centred interviews enabled physicians to understand and help their patients better. Results of this study can help teachers who are developing and consolidating activities to teach residents how to conduct PCIs and how to integrate them into practice.

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

This article has been peer reviewed.

Can Fam Physician 2002;48:1800-1805.



L'approche clinique centrée sur le patient est enseignée dans tous les programmes de médecine familiale au Canada. Elle vise à bien se représenter les problèmes de santé du patient dans une perspective globale, à comprendre l'expérience de la maladie du patient et à intégrer cette compréhension à l'ensemble de la démarche de soins¹. Pour Stewart et ses collaborateurs^{2,3}, l'approche comporte six composantes complémentaires et interreliées:

- Explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécue par le patient;
- Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale;
- S'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités;
- Valoriser la prévention et la promotion de la santé;
- Développer la relation médecin-patient;
- Faire preuve de réalisme.

Le médecin qui adhère à cette philosophie de soins réalise en clinique des entrevues centrées sur le patient (ECP).

En médecine familiale à l'Université Laval, l'ECP est un objet d'apprentissage prioritaire lors des supervisions par l'observation directe des entrevues résident-patient⁴ et, depuis 1995, lors d'une série de séminaires destinés à l'ensemble des résidents de première année. Ces séminaires visent à apprendre à intervenir dans des situations cliniques jugées difficiles sur le plan relationnel⁵. Même si des recherches ont porté sur l'apprentissage de la relation médecin-patient en médecine familiale^{6,8}, aucune n'a permis de documenter comment les médecins de famille perçoivent l'ECP et les moyens d'apprentissage s'y rapportant. En tant qu'enseignants, ces points de vue sont essentiels à l'amélioration de nos activités de formation, d'autant plus que les médecins visés par l'étude ont acquis un minimum d'expérience clinique qui aide à prendre du recul par rapport aux messages transmis pendant la résidence. Le but de l'étude est de décrire la perception que les médecins de famille ont de l'ECP et des moyens d'apprentissage s'y rapportant pendant la résidence.

MÉTHODES

Sélection des participants

Tous les médecins de famille diplômés de l'Université Laval entre juin 1996 et mars 1998 étaient éligibles pour

D^r Côté est professeur agrégé au Département de médecine familiale et directeur du Centre de développement pédagogique de la Faculté de médecine à l'Université Laval à Ste-Foy, Québec. D^{re} Bélanger et D^{re} Blais sont professeures de clinique au Département de médecine familiale à l'Université Laval.

participer à l'enquête postale (n=147). Deux critères ont orienté la sélection: avoir participé à la série d'activités sur l'ECP pendant leur première année de résidence, série modifiée en 1995, et avoir, au moment de l'enquête, au moins 1 année d'expérience clinique à raison d'un minimum de 2 jours par semaine.

Recueil des données

Le recueil des données s'est fait au printemps et à l'automne 1999, selon la méthode Dillmann modifiée⁹: un envoi initial suivi de trois rappels par la poste. Cette méthode de recherche a été choisie parce qu'elle permet de recueillir relativement facilement le point de vue d'un grand nombre de répondants dans une perspective exploratoire et descriptive. Nous voulions recueillir les perceptions générales des médecins à l'aide de questions ouvertes, quitte à approfondir le point de vue des participants par des entrevues individuelles en profondeur lors d'une étude ultérieure. Les données proviennent d'un questionnaire auto-administré conçu pour cette étude. Outre les données socioprofessionnelles du répondant, il comportait des questions ouvertes sur deux thèmes principaux: l'ECP, p. ex., signification de l'ECP, comportements du médecin, avantages et difficultés à être centré sur le patient en clinique, et les activités d'apprentissage de l'ECP, p. ex., l'activité la plus utile pendant la résidence, les facteurs de démotivation face à cet apprentissage. Cette étude a été approuvée par le Comité de déontologie de la recherche de l'Université Laval.

Analyse des données

Les réponses aux questions ouvertes ont d'abord été retranscrites intégralement. Puis, une analyse de contenu selon le modèle de catégorisation ouvert décrit par l'Écuyer¹⁰ a été faite sur l'ensemble des données qualitatives: lecture du matériel à plusieurs reprises, identification et catégorisation des thèmes principaux et secondaires jusqu'à saturation. Afin d'augmenter la validité des résultats, la stratégie de la triangulation des chercheurs¹¹ fut utilisée. Les trois chercheurs de l'étude (L.C., N.B., J.B.) et une assistante de recherche formée en anthropologie et familière avec l'analyse de contenu ont d'abord analysé le matériel individuellement, puis en groupe. Quand le sens d'une unité d'information était compris différemment par un membre de l'équipe, la codification finale se faisait par consensus; si le consensus ne s'établissait pas ou donnait lieu à des inférences, l'unité en question n'était pas codée. Ces données de même que les données socioprofessionnelles des répondants ont aussi fait l'objet d'un calcul de fréquence.

RECHERCHE

.....

L'entrevue centrée sur le patient
et ses moyens d'apprentissage

RÉSULTATS

Sur les 147 médecins de famille composant la population à l'étude, 145 répondaient aux critères de sélection. Parmi eux, 91 (63%) ont retourné le questionnaire complété dont une majorité de femmes (69%). L'âge moyen des répondants était de 30,5 ans (écart type 4,2) et 60% avaient obtenu leur diplôme en 1997. Par ailleurs, le milieu hospitalier était le principal lieu d'exercice (51%), suivi du bureau privé (36%) et du centre local de services communautaires (CLSC) (31%). Quatre répondants sur 10 (42%) passaient plus de la moitié du temps de travail dans un service hospitalier d'urgence. Les caractéristiques des répondants (âge, sexe et année de diplomation) étaient similaires à celles de la population des finissants en médecine familiale à l'Université Laval.

Les représentations de l'ECP

Trois thèmes principaux caractérisent la perception de l'ECP qu'ont les médecins (Tableau 1). Pour la majorité (79%) (pour chaque thème, le pourcentage de répondants apparaît à titre indicatif), faire une entrevue centrée sur le patient signifie questionner le patient sur ses inquiétudes, ses idées et ses attentes dans le but de répondre à ses besoins (anamnèse centrée sur le patient):

C'est faire une entrevue où j'essaie d'être à l'écoute des demandes et des inquiétudes du patient et où j'essaie de comprendre ce qu'il pense de son problème afin d'y répondre le mieux possible.

Près du tiers des répondants (29%) mentionnent aussi l'importance de questionner selon l'approche biopsychosociale de la santé:

...d'obtenir les informations globales du patient, c'est-à-dire la maladie, les sentiments face à la maladie, le

Tableau 1. Thèmes se rapportant à la représentation de l'ECP

THÈMES	N (%)
Questionner le patient sur ses inquiétudes, ses idées et ses attentes dans le but de répondre à ses besoins (anamnèse centrée sur le patient)	72 (79)
Intervenir selon l'approche biopsychosociale de la santé	26 (29)
Intégrer l'agenda du patient et celui du médecin	10 (11)
Impliquer le patient pendant l'entrevue	8 (9)
Respecter le patient	7 (8)
Faire une entrevue structurée	7 (8)
Poser surtout des questions ouvertes au patient	7 (8)

contexte socio-économique ou l'environnement plus large dans lequel se trouve le patient.

Certains répondants (11%) font clairement référence à l'intégration de l'agenda (objectifs) du médecin et de celui du patient:

C'est une entrevue qui va chercher les vrais motifs de consultation du patient, son agenda caché, en tenant compte aussi de l'agenda du médecin, de ce qu'il est capable de faire.

Enfin, d'autres réponses s'appliquent à diverses dimensions de l'ECP telles que l'implication et le respect du patient, ainsi que l'importance d'une démarche structurée.

Les comportements du médecin centré sur le patient

Les répondants considèrent qu'un médecin centré sur le patient est avant tout quelqu'un qui écoute (71%), démontre de l'empathie (51%) et fait preuve d'ouverture d'esprit (20%):

L'écoute: il faut que le médecin apprenne à laisser parler le patient. Ce n'est pas facile de retenir sa langue lorsque le temps file....

Lui faire sentir qu'on le comprend, être empathique.

Que le patient se sente écouté et compris. Surtout qu'il ne se sente pas jugé dans ses propos, qu'il sente l'attitude ouverte du médecin.

Les avantages associés à l'ECP

Le principal avantage associé à l'ECP est qu'elle aide les médecins à mieux comprendre le patient (64%).

Ça me permet souvent de mettre à jour les diverses craintes du patient, ses besoins, de comprendre pourquoi un patient, par exemple, insiste tant sur un point qui nous paraît secondaire.

Un autre avantage souvent rapporté (51%) est que l'ECP améliore la satisfaction du patient, satisfaction qui se manifeste de diverses manières:

Le patient est plus satisfait en général. S'il est satisfait, il ne consultera pas quelqu'un d'autre pour le même problème.

Le patient a beaucoup plus confiance et la collaboration au traitement est meilleure.

L'ECP aiderait aussi à améliorer la qualité de la relation médecin-patient dans son ensemble (22%).

Ça évite bien des frustrations de part et d'autre. Parce que le patient se sent écouté et compris, la relation est meilleure et il y a moins de conflits.

Les difficultés associées à l'ECP

Lorsqu'on questionne les médecins sur les difficultés qu'ils rencontrent en pratique face à l'ECP, près de la moitié (45%) considèrent qu'elle augmente la durée de l'entrevue et qu'il est particulièrement difficile de la réaliser en contexte de pratique à débit élevé (31%):

Moi, ça me prend définitivement plus de temps qu'une entrevue directive.

Je trouve ça difficile de faire ce genre d'entrevue à l'urgence parce que ça prend du temps et je n'en ai pas.

Pour d'autres, l'ECP est plus complexe avec les patients jugés difficiles (32%):

Parfois, l'entrevue centrée sur le patient conduit à beaucoup de frustration. Par exemple, chez les patients positifs partout ou chez ceux qui ne veulent pas répondre à tes questions psychologiques.

Enfin, certains soulignent (14%) qu'il n'est pas facile de mener une entrevue structurée tout en se centrant sur le patient:

Des fois, je perds le fil de l'entrevue.... Je ne sais pas toujours comment être centré sur le patient et directif à la fois.

Les activités d'apprentissage les plus utiles

La supervision par l'observation directe est de loin l'activité jugée la plus utile (80%) à l'apprentissage de l'ECP:

C'est avec les supervisions directes que j'ai vraiment compris ce qu'est être centré sur le patient. J'ai pu mettre la théorie en pratique avec de vrais patients, dans différentes situations.

Ça m'a permis d'avoir de la rétroaction, de reprendre les éléments de l'entrevue et de discuter de différentes façons de me centrer sur le patient.

L'observation des entrevues d'un patron avec un patient (33%), la supervision par discussion de cas (18%) et la série de séminaires sur l'ECP (11%) sont aussi mentionnées parmi les activités les plus utiles. En voici un exemple:

L'observation des entrevues des patrons donne des exemples; il n'y a rien de mieux pour apprendre à se centrer sur le patient, en autant que le patron le démontre correctement.

À noter que lorsqu'on demande aux répondants les activités qu'ils jugent les moins utiles à l'apprentissage de l'ECP, il y a une très grande concordance avec les activités jugées les plus utiles. C'est le cas notamment des séminaires ECP, qui sont jugés peu utiles par la plupart des médecins:

Perte de temps. C'est comme d'essayer d'apprendre à quelqu'un à jouer au tennis par un séminaire.

Les facteurs de démotivation

Plusieurs répondants (68%) considèrent avoir été démotivés à apprendre l'ECP pendant la résidence. Trois facteurs principaux sont identifiés: la culture du milieu médical en général, le manque de temps et la trop grande importance accordée à la dimension psychologique de la médecine au détriment de la dimension biomédicale.

Les stages en spécialité ne nous incitent pas à faire ce genre d'entrevue. Très souvent, l'approche «médecine familiale» est ridiculisée.

Le temps que ce type d'entrevue consomme est démotivant... En principe, c'est beau mais en pratique, on doit faire du débit. C'est ça la vraie vie.

En médecine familiale, j'avais l'impression de me faire parler presque exclusivement psychosocial et trop peu du traitement. On a négligé la dimension bio. En remplissant ce questionnaire, mes frustrations face aux connaissances médicales négligées sont ressorties. On nous a écoeurés au plus haut point avec cela pendant la résidence.

DISCUSSION

Cette étude sur l'ECP était la première en ce domaine. Elle montre que les répondants ont une représentation de l'ECP partiellement conforme à celle décrite dans la littérature²⁻³. En effet, trois des six composantes du modèle de Stewart ressortent plus particulièrement: *explorer la maladie et l'expérience de la maladie du patient* et, à un moindre degré, *comprendre la personne dans sa globalité* et *trouver un terrain d'entente*. Pour la composante *explorer la maladie et l'expérience de la maladie*, il faut faire la démarche clinique tout en se préoccupant du vécu du patient. Or, *explorer la maladie* ne fait pas partie des représentations des répondants à l'égard de

RECHERCHE

.....

L'entrevue centrée sur le patient et ses moyens d'apprentissage

l'ECP. En effet, ceux-ci ont rapporté l'importance de se préoccuper de l'expérience de la maladie du patient alors que la capacité à poser un diagnostic n'a à peu près pas été mentionnée. Peut-être ont-ils considéré que cette tâche était si évidente pour un médecin qu'ils n'ont pas jugé opportun d'en faire état.

Il est aussi possible que ce type de réponses soit le reflet d'un certain clivage dans la façon de concevoir les soins: la dimension biomédicale d'une part et la dimension psychosociale d'autre part. Ce clivage se retrouve d'ailleurs dans certaines pratiques éducatives pendant la résidence. Parce que les répondants ciblent des aspects psychosociaux associés aux soins comme unique objet de l'ECP et parce qu'ils mentionnent avoir été démotivés par la trop grande emphase mise sur la dimension psychologique de la médecine pendant leur résidence, nous pensons qu'il faut trouver des moyens de mieux intégrer les dimensions «maladie» et «expérience de la maladie» au cours des activités d'enseignement formel et surtout pendant la supervision au quotidien. Il ne suffit pas de s'intéresser aux aspects psychosociaux du patient; encore faut-il connaître l'importance de ces aspects, savoir comment aborder les sujets jugés importants en entrevue et comment gérer les informations de manière utile et efficace.

Les énoncés se rapportant aux comportements du médecin centré sur le patient démontrent le souci des répondants de comprendre l'expérience de la maladie, de favoriser une bonne relation médecin-patient par l'écoute et l'empathie, deux compétences de base en relation d'aide. Par ailleurs, l'entrevue centrée sur le patient aide les médecins interrogés à mieux comprendre l'expérience de la maladie du patient, et contribue à une plus grande satisfaction et à une meilleure observance du patient. Cela correspond aux données de recherche en ce domaine¹²⁻¹⁴. Mais comment se manifeste la satisfaction du patient et son observance au traitement? Quels comportements du médecin contribuent plus spécifiquement à la satisfaction du patient? Ces questions constituent des pistes de recherche à considérer.

La principale difficulté vécue par les répondants est l'augmentation du temps d'entrevue, particulièrement dans les contextes d'urgence et de consultation sans rendez-vous. En théorie, ils semblent ouverts à l'ECP mais la gestion du temps d'entrevue est problématique en pratique. Il faut dire que les médecins interrogés ont relativement peu d'expérience clinique et sont majoritairement rémunérés à l'acte. Cela pourrait expliquer le fait que la gestion du temps représente une préoccupation majeure pour eux. Toutefois, le manque de temps est géré en fonction de nos valeurs personnelles et aussi en fonction de celles véhiculées dans le système de

santé en particulier (efficacité, démarche clinique sans erreur). Pressé par le temps, soucieux de poser le bon diagnostic, le médecin peut facilement faire le choix de se centrer uniquement sur le questionnaire médical et l'examen orienté aux symptômes, négligeant de rechercher d'autres informations susceptibles d'aider à une meilleure représentation du problème et au choix d'une conduite. Il faut dire que s'attarder à cet aspect prend un certain temps, d'autant plus si le médecin soigne des patients jugés difficiles. Nous pensons que des thèmes comme l'ECP à l'urgence et à la clinique sans rendez-vous et l'ECP auprès des patients jugés problématiques devraient être mieux pris en compte dans le programme de formation en médecine familiale et lors des activités d'EMC, car il s'agit de difficultés mentionnées par plusieurs répondants.

En ce qui concerne les activités d'apprentissage les plus utiles en résidence, la supervision directe est l'activité d'apprentissage jugée la plus utile (80%), suivie de l'observation des consultations d'un patron avec un patient (33%). Ces activités sont probablement celles qui aident le plus les résidents à intégrer les composantes «maladie et expérience de la maladie». Nous avons été plus ou moins étonnés de constater le peu de satisfaction pour les séminaires ECP, même s'ils avaient été conçus à partir des principes d'apprentissage reconnus⁵. Il faut dire que leur but était d'aider les résidents à intervenir dans des situations cliniques jugées difficiles sur le plan relationnel (p. ex., le patient suicidaire, le patient revendeur). Il faudra certainement réfléchir à mieux utiliser l'entrevue centrée sur le patient lors de problématiques médicales courantes (p. ex., le patient diabétique, le patient hypertendu).

Il nous apparaît essentiel de continuer à aider les résidents à mieux maîtriser l'intégration des composantes de l'ECP à la supervision quotidienne. En d'autres termes, mieux utiliser le potentiel de la supervision par discussion de cas qui, du reste, est et restera l'activité d'apprentissage la plus fréquente pendant la résidence. Nous devons en particulier trouver des moyens d'aider les enseignants à mieux utiliser leur rôle de *modèle* au quotidien dans l'enseignement de l'ECP. Enfin, plus des deux tiers des répondants rapportent avoir été démotivés à apprendre l'ECP pendant leur résidence. Rappelons que l'ECP n'a de sens que si elle aide les résidents et les médecins en pratique à mieux soigner leurs patients. Tant que cette utilité ne sera pas expérimentée en clinique, le sens ne pourra se construire ni, par conséquent, la motivation à ce type d'apprentissage.

Nous sommes conscients des limites de cette étude. La méthodologie de l'enquête par questionnaire postal génère peu de raffinement au niveau des réponses et

ce, même si le questionnaire comportait majoritairement des questions ouvertes, donc qui laissaient place à l'élaboration. Par ailleurs, même si le taux de réponse est très adéquat pour ce type d'étude, il n'en demeure pas moins que près de 40% des médecins n'ont pas répondu. Ces derniers ont-ils une perception différente de celle de leurs collègues répondants?

CONCLUSION

Cette étude a permis de documenter les perceptions des médecins de famille diplômés à l'Université Laval à l'égard de l'ECP et des moyens d'apprentissage s'y rapportant pendant la résidence. Les réponses aux questions posées constituent des pistes de travail intéressantes pour améliorer l'enseignement en résidence et en formation médicale continue. D'ici là, il nous apparaît essentiel de continuer à aider les résidents à mieux maîtriser l'intégration des composantes de l'ECP à leur travail quotidien. Une meilleure utilisation de la supervision par discussion de cas et du rôle de modèle que représentent les enseignants constituent des thèmes de futures activités de formation professorale.

Il serait important d'entreprendre une nouvelle étude qualitative qui permettra de mieux documenter comment les jeunes médecins se centrent sur le patient dans leur pratique (contexte à débit élevé par opposition au contexte où la pression du temps est moins forte) et de voir si les patients perçoivent cette orientation. De même, il faudrait mieux documenter, lors de la supervision par observation directe, de la supervision par discussion de cas et de l'activité d'observation des consultations superviseur-patient, quelles interventions contribuent le mieux à l'apprentissage de l'ECP et pourquoi. En ce sens, l'utilisation du matériel vidéo nous apparaît essentielle. ♦

Contributions des auteurs

D^r Côté a été chercheur principal dans cette étude et rédacteur principal de l'article. **D^{res} Bélanger et Blais** ont participé activement à la réalisation de l'étude et à la rédaction de l'article.

Intérêts concurrents

Rien déclaré

Correspondance au: **D^r Luc Côté**, Directeur du Centre de développement pédagogique, Faculté de médecine, Pavillon Vandry, Université Laval, Ste-Foy QC G1K 7P4; téléphone (418) 656-2131, poste 5963; télécopieur (418) 656-3821; courriel luc.cote@fmed.ulaval.ca

Références

1. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.

Points de repère du rédacteur

- L'entrevue centrée sur le patient (ECP) est enseignée dans tous les programmes de résidence en médecine familiale. Cette étude qualitative a documenté comment 91 médecins récemment diplômés de l'Université Laval perçoivent l'ECP et les moyens d'apprentissage s'y rapportant.
- Faire une ECP permet au médecin de mieux comprendre l'expérience de la maladie du patient et d'améliorer l'observance au traitement et la qualité de la relation médecin-patient. La principale difficulté de l'ECP est l'augmentation de la durée de l'entrevue et, par conséquent, la difficulté de l'appliquer dans un contexte clinique à débit élevé.
- Selon les répondants, la supervision par l'observation directe durant le programme de résidence en médecine familiale est de loin l'activité d'apprentissage la plus utile.

Editor's key points

- All family medicine residency programs in Canada teach the patient-centred interview (PCI). This qualitative study documents how 91 physicians, who recently graduated from Laval University, perceive the PCI and the ways in which it is taught.
- Patient-centred interviews enable physicians to more fully grasp patients' experience of their illnesses and to improve both compliance with treatment and the quality of physician-patient relationships. Because PCIs make for longer interviews, they are difficult to carry out in high-volume clinical settings.
- According to the respondents, supervision by direct observation during family medicine residency was, by far, the most effective learning activity.

2. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995.
3. Stewart M. Towards a global definition of patient-centred care. *BMJ* 2001;322:444-5.
4. Boucher G, Cayer S, St-Hilaire S. L'apprentissage de la relation médecin-patient: la supervision directe du R II dans une unité de médecine familiale. *Can Fam Physician* 1993;39:2006-12.
5. Côté L, Clavet D, St-Hilaire S, Vaillancourt C, Blondeau F, Martineau B. La relation médecin-patient en médecine familiale. Une expérience de planification d'activités d'apprentissage. *Can Fam Physician* 1999;45:1250-4.
6. Brown JB, Weston WW. Training in psychosocial issues. Survey of family medicine graduates. *Can Fam Physician* 1992;38:806-12.
7. Beaumier A, Bordage G, Saucier D, Turgeon J. Nature of the clinical difficulties of first-year family medicine residents under direct observation. *Can Med Assoc J* 1992;146(4):489-97.
8. Côté L, Leclère H. The doctor-patient relationship: how clinical-teachers present this relationship and view of themselves as role models. *Acad Med* 2000;75(11):1117-24.
9. Dillman DA. *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York, NY: John Wiley and Sons; 1978.
10. L'Écuyer R. L'analyse de contenu: notions et étapes. Dans: Deslauriers JP. *Les méthodes de la recherche qualitative*. Sillery, Qué: Presses de l'Université du Québec; 1987. p. 49-65.
11. Reidy M, Mercier L. La triangulation. Dans: Fortin MF. *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal, Qué: Décarie Ed; 1996. p. 317-34.
12. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995;152(9):1423-33.
13. Stewart M, Belle Brown J, Boon H, Galadja J, Meredith L, Sangster M. Données sur la communication entre médecin et patient. *Cancer Prev Control* 1999;3(1):25-30.
14. Putnam SM, Lipkin M Jr. The patient-centered interview: research support. Dans: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, rédacteurs. *The medical interview. Clinical care, education and research*. New York, NY: Springer-Verlag; 1995. p. 530-7.