



**HAL**  
open science

# Validation des propriétés psychométriques d'une échelle d'évaluation des qualités relationnelles en consultation maïeutique

Gwendoline Blanc

► **To cite this version:**

Gwendoline Blanc. Validation des propriétés psychométriques d'une échelle d'évaluation des qualités relationnelles en consultation maïeutique. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02283768

**HAL Id: dumas-02283768**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02283768v1>**

Submitted on 11 Sep 2019

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

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

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAIEUTIQUE**

# Validation des propriétés psychométriques d'une échelle d'évaluation des qualités relationnelles en consultation maïeutique

Par : BLANC Gwendoline  
[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 20 juin 2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2019



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAIEUTIQUE**

# Validation des propriétés psychométriques d'une échelle d'évaluation des qualités relationnelles en consultation maïeutique

Par : BLANC Gwendoline  
[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 20 juin 2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2019



# Remerciements

---

Je remercie les membres du jury :

Madame Chantal SEGUIN, Directrice du Département Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble, présidente du jury ;

Monsieur le Professeur Thierry DEBILLON, PU-PH en réanimation néonatale et néonatalogie à l'Hôpital Couples-Enfants - CHU Grenoble Alpes ;

Madame Stéphanie WEISS, Sage-femme coordinatrice au CH Métropole Savoie (Chambéry) ;

Docteur Alexandre BELLIER, Médecin au Centre d'Investigation Clinique Plurithématique du CHU Grenoble Alpes, directeur de ce mémoire ;

Monsieur Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, co-directeur de ce mémoire.

# Remerciements

---

Je remercie plus particulièrement :

Docteur Alexandre BELLIER, Médecin au Centre d'Investigation Clinique Plurithématique du CHU Grenoble Alpes, directeur de ce mémoire ;

*Pour le temps qu'il m'a accordé, ses précieux conseils et sa disponibilité durant l'élaboration de cette étude ;*

Monsieur Lionel DI MARCO, sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, co-directeur de ce mémoire ;

*Pour m'avoir guidée et soutenue au cours de la réalisation de ce travail ;*

Monsieur Lionel CURTO, sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, référent de notre promotion durant cette année ;

*Pour son soutien tout au long de l'année ;*

Les Sages-Femmes Cadres des services de consultations ;

*Pour leur intérêt quant à mon sujet et leur aide dans la mise en place de mon recueil de données ;*

Les Sages-Femmes ayant accepté de participer à mon étude ;

*Pour leur accueil et leur gentillesse au cours de mon recueil de données.*



# Remerciements

---

Je remercie plus personnellement :

Mes parents, mon frère, ma famille et mes amies,

*Pour leur soutien indéfectible et leur présence à mes côtés ;*

Les étudiantes de ma promotion,

*Pour ces quatre années passées ensemble, pour la solidarité et l'écoute mises en place ;*

Mes amies étudiantes : Audrey, Aurore, Carole, Marylène, Mathilde, Mélanie, Yamina,

*Pour les souvenirs, les bons moments passés ensemble et leur présence au cours de ces quatre années.*

# Table des matières

---

<b>TABLE DES SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET GRAPHIQUES</b> .....	<b>8</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>9</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
I.1 – CONTEXTE .....	10
I.2 – VALIDATION D’UNE ECHELLE.....	12
I.3 – UTILISATION DE L’ECHELLE 4-HCS .....	14
I.4 – OBJECTIFS ET ENJEUX .....	16
<b>II. MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>18</b>
II.1 – TYPE D’ETUDE : .....	18
II.2 – LIEU ET PERIODE D’ETUDE : .....	18
II.3 – RECUEIL DE DONNEES : .....	18
II.4 – ÉCHANTILLON DE L’ETUDE : .....	19
a. <i>Critères d’inclusion</i> .....	19
b. <i>Critères d’exclusion</i> .....	20
II.5 – OBJECTIFS ET CRITERES DE JUGEMENT .....	20
II.6 – METHODE D’ANALYSE STATISTIQUE .....	21
II.7 – ÉTHIQUE .....	22
<b>III. RESULTATS</b> .....	<b>24</b>
III.1 – DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L’ETUDE .....	24
III.2 – VALIDITE DE L’ECHELLE .....	25
III.3 – FIABILITE DE L’ECHELLE.....	27
III.5 – RESULTATS DES OBJECTIFS SECONDAIRES.....	28
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	<b>33</b>
IV.1 – LIMITES ET BIAIS DE L’ETUDE .....	33
IV.2 – ANALYSE DES RESULTATS DE L’OBJECTIF PRINCIPAL.....	35
IV.3 – RESULTATS DE L’OBJECTIF SECONDAIRE.....	37
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>44</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>47</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>54</b>

# Table des sigles et acronymes

---

**4-HCS** = Four Habits Coding Scheme (*Système de Codage des Quatre Habitudes*)

**CHU** = Centre Hospitalier Universitaire

**CHUGA** = Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

**CHV** = Centre Hospitalier de Valence

**CPP** = Comité de Protection des Personnes

**GHM** = Groupe Hospitalier Mutualiste

**HAS** = Haute Autorité de Santé

**HCE** = Hôpital Couple Enfant

**ICC** = Intraclass Correlation Coefficient (Coefficient de Corrélation Intraclasse)

**SCQH** = Système de Codage des Quatre Habitudes

**RIPH** = Recherche Impliquant la Personne Humaine

# Liste des figures

---

<b>Figure 1.</b> Version anglo-saxonne synthétique de l'échelle 4-HCS.....	15
<b>Figure 2.</b> Traduction française de l'échelle 4-HCS (SCQH en français).....	16
<b>Figure 3.</b> Diagramme d'inclusion (Flow-chart) .....	24
<b>Figure 4.</b> Coefficients de corrélation entre les 23 items de l'échelle SCQH. ....	25
<b>Figure 5.</b> Corrélations moyennes et coefficient alpha de Cronbach pour chacun des 23 items. ....	27
<b>Figure 6.</b> Description des scores à l'échelle SCQH.....	29
<b>Figure 7.</b> Pourcentage des scores pour chaque item. ....	30
<b>Figure 8.</b> Graphique de corrélation des durées de consultations en fonctions des notes obtenues à l'échelle .....	31

# Annexes

---

<b>Annexe 1.</b> Système de Codage des 4 Habitudes .....	47
<b>Annexe 2.</b> Autorisation d'enregistrement .....	52

# I. Introduction

---

## I.1 – Contexte

La qualité des relations entre les professionnels de santé et les patients est depuis longtemps décrite comme étant un déterminant majeur de la satisfaction du patient et de la réussite de sa prise en charge [1]. On observe, par ailleurs, depuis quelques années, une prise de conscience de la part des professionnels de santé, des patients, des chercheurs et des professeurs quant au fait qu'une bonne relation soignant-soigné peut influencer le devenir du patient et a un impact sur l'obtention des résultats médicaux souhaités. Il existe une importante littérature à ce sujet, montrant que la qualité des interactions aux cours de la consultation est un déterminant majeur de la satisfaction du patient, de son adhésion au plan thérapeutique ou encore des résultats obtenus [1,2,3].

A l'ère des nombreuses polémiques concernant les violences obstétricales, il semble par ailleurs très important de s'attacher au sujet [4]. Des compétences telles que la qualité de communication et l'empathie constituent un élément essentiel de la relation singulière qui existe entre la sage-femme et la patiente, alors même que notre pratique est de plus en plus centrée sur l'acte technique médical. En effet, les compétences relationnelles d'un praticien constituent un élément indispensable pour une médecine dont l'approche est centrée sur le patient, sujet d'actualité dans le domaine de la santé publique [5,6]. Des études ont, par ailleurs, montré qu'il était

possible d'améliorer ces compétences interpersonnelles par l'entraînement des professionnels de santé en cours de formation initiale ou continue [1,7].

Dans ce contexte, il est nécessaire de disposer d'instruments standardisés, valides et fiables, pour évaluer, à des fins formatives, ces compétences. Une récente revue systématique de la littérature a permis d'identifier 19 références pertinentes, rapportant le développement et/ou la validation d'échelles standardisées d'évaluation des compétences relationnelles des professionnels de santé au cours d'une consultation [8]. La majorité de ces études étaient nord-américaines, les trois-quarts ont été développés en langue anglaise et toutes concernaient des médecins. Il existait une hétérogénéité importante dans les objectifs de ces échelles, la méthodologie de leur développement, et leurs propriétés psychométriques et métrologiques (mesure des phénomènes psychologiques) [9].

Cette même revue systématique de la littérature [8] a permis d'identifier une échelle multidimensionnelle américaine qui paraît pertinente, produisant un score composite, pouvant être utilisée aussi bien en formation initiale que continue (*Annexe 1*) [10]. Cette échelle, développée par Krupat et al., dite 4-Habits Coding Scheme, (4-HCS) ou Système de Codage des Quatre Habitudes (SCQH) en français, possède 4 dimensions : « S'investir dès le début », « Obtenir le point de vue du patient », « Faire preuve d'empathie » et « S'investir jusqu'à la fin » [10]. Elle a récemment fait l'objet d'une adaptation transculturelle vers le français par une société internationale de référence dans le domaine, Mapi Language Service. Les propriétés psychométriques originales de cette échelle sont satisfaisantes. L'échelle SCQH nouvellement traduite

a bénéficié d'une validation dans sa version française pour une évaluation des qualités des médecins mais n'a pas bénéficié d'une validation dans le domaine de la maïeutique [11].

La qualité de la relation soignant-soigné via les compétences relationnelles peut être influencée par de nombreux déterminants. Certains auteurs se sont intéressés à l'impact que cela pouvait avoir sur le temps de consultation médicale. Dans une revue de la littérature, Stewart et al montre que le temps de consultation médicale est augmenté en moyenne d'une minute lorsque le praticien applique une approche centrée sur le patient [12]. Dans un contexte économique contraint, où les institutions de santé sont rémunérées principalement à l'acte, il est intéressant d'étudier l'impact des compétences relationnelles sur ce temps de consultation en maïeutique.

## **I.2 – Validation d'une échelle**

La validation d'une échelle consiste à tester l'outil de mesure afin de vérifier ses qualités psychométriques dans une population définie au préalable. La psychométrie est définie comme « l'ensemble des méthodes de mesure des phénomènes psychologiques (tests, notamment) » [13]. Le terme de « validation transculturelle », signifie que l'on souhaite vérifier la possibilité d'utiliser cet outil dans des contextes ou des langues différents. [14]

L'adaptation transculturelle d'un instrument implique, d'après Caron, trois grandes étapes. La première étape consiste en la traduction de l'outil et la vérification de son équivalence. La seconde étape est la vérification de la validité de la version traduite,



et la troisième, l'adaptation de l'échelle au contexte culturel [12,13]. Dans notre cas, la phase de traduction avait été réalisée et validée au cours d'une précédente étude [11].

Il n'existe pas aujourd'hui de véritable consensus international quant à la méthodologie à mettre en place pour la validation d'une échelle [16]. Cependant, des études ont élaboré une liste de critères à évaluer pour procéder à la validation d'un outil de mesure (checklist COSMIN *pour COnsensus based Standards for the selection of health status Measurement Instruments*) [16,17,18]. Cette liste contient différents critères tels que la consistance interne, la fiabilité ou la validité du contenu [18]. Certaines étapes ayant été réalisées lors de la traduction de l'échelle en langue française, et dans un souci de simplification, nous ne détaillerons ci-dessous que les outils utilisés lors de notre étude.

Les qualités psychométriques d'un outil de mesure sont évaluées grâce à la validité et à la fiabilité (ou reproductibilité).

La fiabilité étudie la capacité de l'échelle à fournir des scores similaires, quels que soient les évaluateurs, les situations ou les périodes. Elle comprend la fiabilité inter-juges (c'est-à-dire par des observateurs différents) et la fiabilité test-retest ou fiabilité intra-juge (c'est-à-dire par le même observateur à des instants différents). Un des coefficients les plus utilisés dans ce contexte d'évaluation de la fiabilité d'une échelle est le coefficient de corrélation intra-classe (ICC). Des résultats supérieurs à 0,80 sont considérés comme excellents [14].

La validité s'intéresse notamment à la consistance interne de l'outil qui indique la capacité des items à mesurer la même dimension ou le même construit. Elle est

évaluée grâce au calcul du coefficient alpha de Cronbach, réalisé sur chacune des dimensions, parfois sur la globalité. Plus il est élevé, plus on considère que les items sont homogènes entre eux. La consistance interne est satisfaisante si le coefficient alpha est supérieur ou égal à 0,70, on peut alors considérer que les items du test sont similaires dans leur contenu (c'est-à-dire homogènes) [12,19,20]. Une autre étape consiste à vérifier la corrélation entre les items de l'échelle. Il est admis qu'une corrélation inter-items supérieure à 0,80 montre une redondance sur le contenu évalué par ces deux items. A l'opposé, dans le cas de deux items avec un coefficient de corrélation inférieure à 0,20, la présence d'un de ces items peut être remise en cause. En effet, cela montre l'indépendance de cet item par rapport au concept que l'on souhaite mesurer [22].

### **I.3 – Utilisation de l'échelle 4-HCS**

L'échelle 4-HCS est utilisée dans différents pays. Cette échelle d'évaluation a été adaptée de manière transculturelle en Norvège [23] et en Allemagne et une validation de ses propriétés psychométriques pour un utilisation dans différents domaines dans ces pays et aux États-Unis [24] a également été réalisée. Elle a été utilisée dans un but d'amélioration des qualités relationnelles, notamment dans un organisme de santé américain, le Kaiser Permanente, qui est le plus important système de soin à but non lucratif des États-Unis [25].

Code each of the items below using the categories 1, 3, or 5. If you feel strongly that the behavior being coded is directly in between categories, you may use the categories 2 or 4.

	Highly Effective			Not very Effective	
<b>1. Invest in the Beginning</b>					
A. Shows familiarity with patient	1	(2)	3	(4)	5
B. Greets patient warmly	1	(2)	3	(4)	5
C. Makes small talk	1	(2)	3	(4)	5
D. Uses primarily open-ended questions	1	(2)	3	(4)	5
E. Encourages expansion of patient's concerns	1	(2)	3	(4)	5
F. Elicits the full range of concerns	1	(2)	3	(4)	5
<b>2. Elicit the Patients Perspective</b>					
A. Interested in patient's understanding of problem	1	(2)	3	(4)	5
B. Asks about patient's goals for visit	1	(2)	3	(4)	5
C. Shows interest in impact on patient's life	1	(2)	3	(4)	5
<b>3. Demonstrate Empathy</b>					
A. Encourages expression of emotion	1	(2)	3	(4)	5
B. Accepts/ validates patient's feelings	1	(2)	3	(4)	5
C. Helps to identify/label feelings	1	(2)	3	(4)	5
D. Displays effective nonverbal behavior	1	(2)	3	(4)	5
<b>4. Invest in End</b>					
A. Frames information using patient's perspective	1	(2)	3	(4)	5
B. Allows time for information to be absorbed	1	(2)	3	(4)	5
C. Explains clearly/uses little jargon	1	(2)	3	(4)	5
D. Explains rationale for tests and treatments	1	(2)	3	(4)	5
E. Effectively tests for comprehension	1	(2)	3	(4)	5
F. Encourages involvement in decision making	1	(2)	3	(4)	5
G. Explores acceptability of treatment plan	1	(2)	3	(4)	5
H. Explores barriers to implementation	1	(2)	3	(4)	5
I. Encourages additional questions	1	(2)	3	(4)	5
J. Makes clear plans for follow-up	1	(2)	3	(4)	5

**Figure 1.** Version anglo-saxonne synthétique de l'échelle 4-HCS

La traduction de l'échelle 4-HCS en langue française a été réalisée au cours d'une précédente étude par une société internationale spécialisée, avec les étapes de traduction, rétro-traduction et vérification de l'équivalence sémantique [11]. Cette traduction a été mise en forme dans une version simplifiée (*Figure 2*), avec le titre de chaque élément et chaque dimension, ou en version complète. La version complète contient des informations d'aide détaillées sur l'évaluation pour chaque élément et modalité de réponse. Cette échelle d'évaluation se trouve en *Annexe 1*.

Le travail de validation précédemment réalisé dans une population de médecins a permis de montrer des propriétés psychométriques satisfaisantes et une structure unidimensionnelle lors de l'analyse factorielle, remettant ainsi en cause la structure initialement décrite à 4 dimensions. Ainsi, nous explorerons lors de nos analyses statistiques uniquement l'ensemble des items, comme une unique dimension.

Système de Codage des 4 Habitudes	
<b>Habitude 1 :</b> S'investir dès le début (/30)	1. Montre de la familiarité avec le patient 2. Accueille les patients chaleureusement 3. Fait du bavardage 4. Utilise principalement des questions ouvertes 5. Encourage l'expression des inquiétudes du patient 6. Suscite toutes les préoccupations
<b>Habitude 2 :</b> Obtenir le point de vue du patient (/15)	7. Intéressé par la compréhension du problème du patient 8. Demande les attentes du patient pour la consultation 9. Montre de l'intérêt à propos de l'impact sur la vie quotidienne
<b>Habitude 3 :</b> Faire preuve d'empathie (/30)	10. Encourage l'expression des émotions 11. Accepte/comprend les sentiments du patient 12. Aide à identifier/nommer les sentiments 13. Fait preuve d'un comportement non verbal efficace
<b>Habitude 4 :</b> S'investir jusqu'à la fin (/50)	14. Enonce les informations/le diagnostic en fonction des préoccupations du patient 15. Marque des pauses permettant l'intégration de l'information 16. Explique clairement sans jargon médical 17. Explique la nécessité des examens et traitements 18. Vérifie efficacement la compréhension 19. Encourage la participation à la prise de décision 20. Vérifie l'acceptance du plan thérapeutique 21. Explore les obstacles à sa mise en oeuvre 22. Encourage des questions supplémentaires 23. Etablit un plan de suivi clair

Bellier A. (2018)

**Figure 2.** Traduction française de l'échelle 4-HCS (SCQH en français)

## I.4 – Objectifs et enjeux

L'objectif principal de notre étude était donc de valider les propriétés psychométriques de l'échelle SCQH.

L'hypothèse testée, *a priori*, était qu'il serait possible de valider l'échelle SCQH pour les sages-femmes françaises. En effet, celle-ci est issue d'une échelle largement validée dans plusieurs pays pour d'autres professionnels de santé.

Cette étude a un caractère innovant puisqu'à ce jour, aucune échelle standardisée d'évaluation des compétences relationnelles des sages-femmes n'a été développée et validée conformément aux standards de la psychométrie en langue française.

Dans un second temps, notre premier objectif secondaire était de décrire les compétences relationnelles des sages-femmes avec l'échelle afin de mettre en avant leurs points forts et leurs points faibles, et ce, à visée pédagogique.

Notre deuxième objectif secondaire était la comparaison des durées de consultation en fonction des scores obtenus à l'échelle.

## **II. Matériel et méthode**

---

### **II.1 – Type d'étude :**

Cette étude de validation de l'échelle d'évaluation des qualités relationnelles SCQH est une étude observationnelle, transversale, multicentrique.

### **II.2 – Lieu et période d'étude :**

L'étude a été réalisée dans les services de consultations de l'Hôpital Couples-Enfants du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), du Centre Hospitalier de Valence (CHV) et de la Clinique Mutualiste de Grenoble (GHM).

Elle s'est déroulée au cours des mois de septembre 2018 à avril 2019.

### **II.3 – Recueil de données :**

Les données ont été recueillies prospectivement par observation de consultations programmées de suivi de grossesse. Lors de celles-ci, la non-opposition orale de la sage-femme et le consentement écrit de la patiente ont été obtenus afin de réaliser un enregistrement vocal. Ceci nous a permis, non seulement de remplir la grille de l'échelle d'évaluation des compétences relationnelles, développée par Krupat et al. [10], au cours de la consultation, mais également d'y revenir ultérieurement.

Nous avons inclus entre 3 et 7 consultations par sage-femme, afin d'avoir un nombre suffisant d'évaluations pour pouvoir valider notre échelle.

Les observations ont été évaluées une, deux ou trois fois. Elles ont été évaluées une première fois de façon directe, en consultation. Ensuite, les enregistrements ont pu être jugés une seconde fois par le même opérateur. Il est à noter que toutes les consultations n'ont pu être enregistrées (problèmes techniques, refus de la sage-femme). Ces réévaluations ont été réalisées dans un intervalle de temps de minimum quinze jours.

Un deuxième évaluateur a également écouté des enregistrements. Celui-ci était un interne en médecine avec une bonne connaissance de cette échelle. Pour les mêmes raisons que celles énoncées précédemment, ainsi que pour des problèmes de disponibilité, toutes les consultations n'ont pu être réévaluées. Nous avons ainsi sélectionné de façon aléatoire 10 consultations qui ont subi une troisième évaluation.

## **II.4 – Échantillon de l'étude :**

### *a. Critères d'inclusion*

Ont été incluses :

- les sages-femmes diplômées, effectuant des consultations programmées de suivi de grossesse après information et recueil de leur non-opposition,
- les sages-femmes recevant en consultation des patientes majeures, comprenant et parlant la langue française, après information et recueil du consentement écrit.

### *b. Critères d'exclusion*

Ont été exclues :

- les sages-femmes en formation initiale ou refusant de participer à l'étude,
- les sages-femmes recevant en consultation des patientes s'opposant à la participation à l'étude

## **II.5 – Critères de jugement**

Notre critère de jugement principal était composé de :

- la cohérence interne évaluée par le coefficient alpha de Cronbach. La cohérence interne a été jugée satisfaisante pour un coefficient  $> 0,70$ ,
- les coefficients de corrélation inter-items, jugés satisfaisants si compris entre 0,2 et 0,8,
- la fiabilité intra-juge évaluée en test-retest à l'aide du coefficient de corrélation intra-classe, jugée satisfaisante pour un coefficient  $> 0,70$ ,
- la fiabilité inter-juge évaluée à l'aide du coefficient de corrélation intra-classe, jugée satisfaisante pour un coefficient  $> 0,70$ .

Notre critère de jugement secondaire était le score synthétique produit par l'échelle SCQH. Notre second critère de jugement secondaire était la corrélation entre la durée de consultation et le score obtenu mesurée grâce au coefficient de Pearson. Si le coefficient  $r$  est proche de 0, il n'existe pas de corrélation linéaire entre les deux



variables, si  $r$  est proche de 1, il existe une forte corrélation linéaire positive entre elles, et si  $r$  est proche de -1, , il existe une forte corrélation linéaire négative entre elles [27].

## **II.6 – Méthode d'analyse statistique**

Dans le cadre d'une validation d'échelle standardisée dans une sous-population spécifique, l'évaluation de 50 consultations a été prévue. Basé sur les simulations de Rouquette et Falissard, cet effectif serait suffisant pour fournir un intervalle de confiance à 95% avec une précision de  $\pm 0,14$  dans l'estimation d'un coefficient alpha de Cronbach proche de 0,80 [26].

Concernant le critère de jugement principal, afin de valider les propriétés psychométriques de l'échelle, nous avons utilisé des statistiques telles que le coefficient alpha de Cronbach (pour juger de la cohérence interne). Des coefficients de corrélations de Pearson ont également été calculés entre chaque items selon une matrice tracée graphiquement par la suite. Les conditions de validité des tests ont été vérifiés. Cette analyse statistique a uniquement été réalisée sur les premières observations, directes en consultation, afin de n'avoir qu'une évaluation par patiente. Puis, le coefficient de corrélation intra-classe a été utilisé pour juger de la fiabilité.

Pour le critère de jugement secondaire, des analyses descriptives du score synthétique produit par l'échelle ont été effectuées, avec un indicateur de position et de dispersion pour l'ensemble des sages-femmes, adapté à la distribution normale ou non des variables quantitatives. Ces analyses ont ensuite été détaillées habitude par

habitude et items par items. Afin de mesurer la corrélation entre les durées de consultations et les résultats à l'échelle, nous avons utilisé le coefficient de corrélation de Pearson, après vérification de la normalité des distributions.

Les analyses descriptives ou les analyses bivariées de comparaison de moyennes ont été réalisées grâce au logiciel Jasp® (Version 0.92) sur les données recueillies lors des évaluations directes (lors de l'observation de consultations). Concernant les propriétés psychométriques, les analyses ont été effectuées sur le logiciel RStudio® (Version 1.0.143 – ©).

## **II.7 – Éthique**

Afin de réaliser notre étude nous avons eu recours à un enregistrement audio des consultations. Pour cela, la non-opposition des sages-femmes a été recueillie de façon orale. Le consentement de chaque patiente a été obtenu de façon écrite (*Annexe 2*). Les patientes ont été préalablement informées de façon claire, loyale et adaptée, de l'implication de leur consentement et étaient libres de s'y opposer sans conséquence sur la suite de leur prise en charge. Chaque fichier audio était anonymisé en coupant à l'enregistrement toute parole pouvant être identifiante, en accord avec la méthodologie de référence MR-004 de la Commission Nationale Informatique et Liberté. Les documents étaient stockés sur une clé USB cryptée et accessibles par mot de passe unique, connu seulement des investigateurs. Leur écoute s'est effectuée sur un ordinateur sécurisé sans accès à internet. A l'issue de l'étude, les enregistrements vocaux ont été supprimés.

Après avis auprès d'un comité de protection des personnes (CPP), l'étude a été considérée comme hors Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH) car elle ne traitait pas de données médicales ou biologiques. Il n'était donc pas nécessaire de présenter notre recherche devant un comité d'éthique.

# III. Résultats

## III.1 – Description de la population de l'étude

Au total, 12 sages-femmes ont été observées, 4 au Centre Hospitalier de Valence, 4 à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble et 4 à la clinique Mutualiste de Grenoble (Figure 3). Finalement, avec les différentes consultations pour chaque sage-femme, évaluées par les différents opérateurs, un total de 105 évaluations ont été effectuées, dont 21 l'ont été une seule fois.

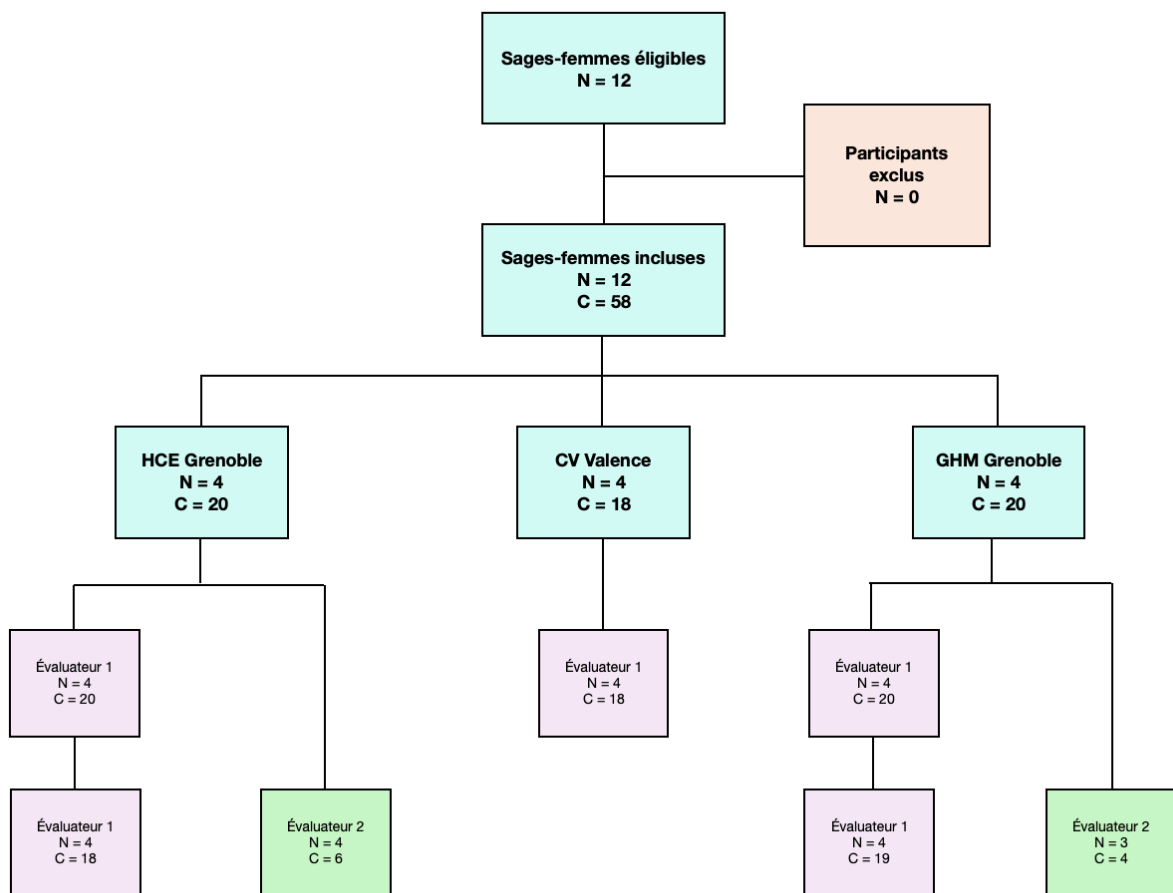
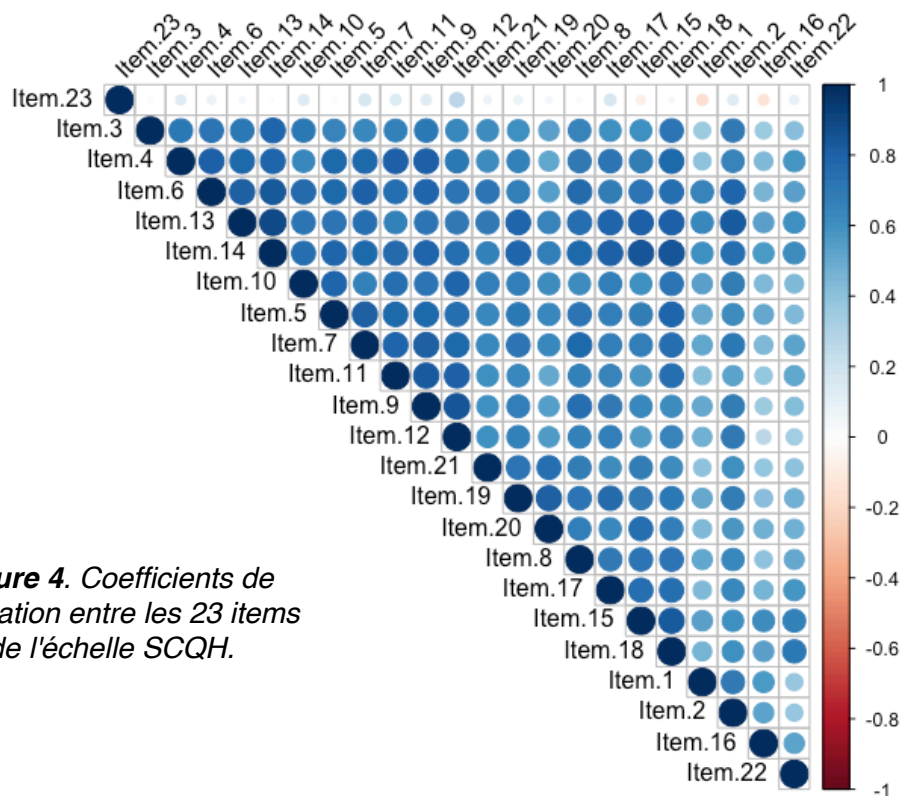


Figure 3. Diagramme d'inclusion (Flow-chart)

(C = nombre de consultations)

## III.2 – Validité de l'échelle

*Cohérence interne* – Nous avons évalué la cohérence interne grâce au calcul des corrélations inter-items de l'échelle SCQH. Pour simplifier la lecture du coefficient de corrélation entre les différents éléments, ils sont représentés dans la *Figure 4*. Nous pouvons alors voir que la majorité des corrélations entre les éléments se situent entre 0,2 et 0,8, et que, excepté pour l'item 23, tous les couples d'items présentent une corrélation satisfaisante. Les corrélations moyennes par éléments sont représentées dans la *Figure 5*.



**Figure 4.** Coefficients de corrélation entre les 23 items de l'échelle SCQH.

L'item 23 « *Établit un plan de suivi clair* » est très peu corrélé avec les autres. En effet, son coefficient de corrélation moyen est le plus bas, égal à 0,061. Le coefficient de corrélation est négatif, aux alentours de  $-0,2$  avec les items 1 « *Montre de la familiarité avec le patient* » et 16 « *Explique clairement / sans jargon médical* ».

L'item 16 a également des coefficients de corrélations inférieurs à ceux des autres items, compris entre 0 et 0,4. Le coefficient est notamment proche de 0 avec l'item 12 « *Aide à identifier/nommer les sentiments* ». Cependant, son coefficient de corrélation moyen est de 0,411, il est donc jugé satisfaisant.

Enfin, on peut observer dans le tableau de la *Figure 5*, que les items 7 « *Est intéressé par la compréhension du problème de la patiente* », 8 « *Demande les attentes de la patiente pour la consultation* », 9 « *Montre de l'intérêt à propos de l'impact sur la vie quotidienne* » et 14 « *Énonce les informations/le diagnostic en fonction des préoccupations de la patiente* » ont des coefficients moyens supérieurs à 0,8.

La moyenne globale des coefficients de corrélation inter-item est égale à 0,598.

La dernière étape de l'évaluation de la cohérence interne de l'échelle était le calcul du coefficient alpha de Cronbach (*Figure 5*). Tous les items avaient un coefficient alpha jugé comme très satisfaisant. Le coefficient alpha global pour l'échelle était excellent, à 0,97 (0,96-0,98) (*Figure 5*).

	Moyenne des corrélations inter- item	Coefficient $\alpha$ de Cronbach (IC95%)
Item 1	0,548	0,972
Item 2	0,716	0,971
Item 3	0,663	0,971
Item 4	0,702	0,970
Item 5	0,699	0,970
Item 6	0,783	0,970
Item 7	0,842	0,970
Item 8	0,813	0,970
Item 9	0,834	0,970
Item 10	0,739	0,970
Item 11	0,733	0,970
Item 12	0,743	0,971
Item 13	0,779	0,970
Item 14	0,820	0,969
Item 15	0,700	0,971
Item 16	0,411	0,973
Item 17	0,605	0,970
Item 18	0,615	0,970
Item 19	0,607	0,970
Item 20	0,589	0,971
Item 21	0,546	0,971
Item 22	0,501	0,973
Item 23	0,061	0,974
<b>Total</b>	0,598	0,97 (0,96-0,98)

**Figure 5.** Corrélations moyennes et coefficient alpha de Cronbach pour chacun des 23 items.

### III.3 – Fiabilité de l'échelle

Concernant la fiabilité intra-juge (test-retest), nous avons retrouvé une fiabilité de excellente, de 0,96 [IC95% : 0,92-0,98] sur les 23 items évalués.

Nous avons retrouvé une fiabilité inter-juge satisfaisante de 0,72 [IC95% : 0,20-0,92] sur les 23 items évalués.

### III.5 – Résultats des objectifs secondaires

Notre premier objectif secondaire était de décrire les compétences relationnelles des sages-femmes avec la nouvelle échelle afin de mettre en avant leurs points forts et leurs points faibles, dans un but pédagogique. Ce calcul a uniquement été réalisé sur les observations directes.

Globalement, on s'aperçoit que les scores obtenus sont bons (*Figure 6*) puisque la moyenne globale est de 98,7/115 ( $\pm 15,7$ ) ce qui correspond, ramené à une note sur 20 à 17,2/20. Pour chaque habitude, les moyennes sont : *Habitude 1 : S'investir dès le début* : 26,9/30 (17,9/20); *Habitude 2 : Obtenir le point de vue de la patiente* : 11,9/15 (15,9/20); *Habitude 3 : Faire preuve d'empathie* : 16,9/30 (11,3/20); *Habitude 4 : S'investir jusqu'à la fin* : 43/50 (17,2/20).

L'item 23 a un très faible écart-type, égal à 0,3. Quasiment toutes les sages-femmes ont donc obtenu la même note. Cette observation confirme nos propos précédents et le manque de capacité discriminatoire de cet item.



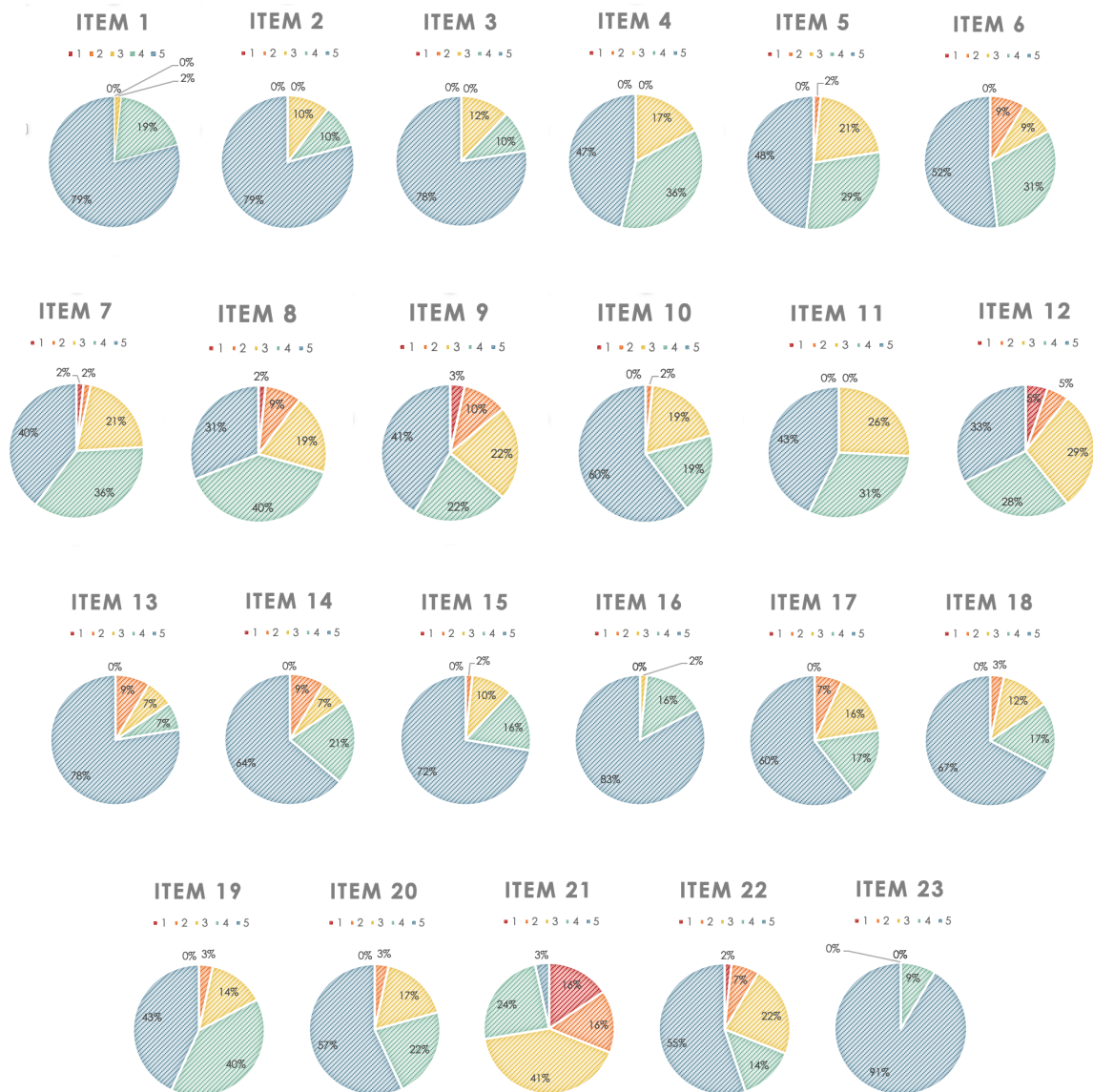
<i>N = 58</i>	Moyenne	Écart-type
<b>Item 1</b>	4,78	0,46
<b>Item 2</b>	4,69	0,65
<b>Item 3</b>	4,66	0,69
<b>Item 4</b>	4,29	0,75
<b>Item 5</b>	4,24	0,84
<b>Item 6</b>	4,26	0,95
<b>Item 7</b>	4,10	0,91
<b>Item 8</b>	3,90	1,00
<b>Item 9</b>	3,88	1,17
<b>Item 10</b>	4,38	0,86
<b>Item 11</b>	4,17	0,82
<b>Item 12</b>	3,78	1,13
<b>Item 13</b>	4,53	0,96
<b>Item 14</b>	4,40	0,95
<b>Item 15</b>	4,59	0,75
<b>Item 16</b>	4,81	0,44
<b>Item 17</b>	4,31	0,98
<b>Item 18</b>	4,48	0,84
<b>Item 19</b>	4,22	0,82
<b>Item 20</b>	4,33	0,89
<b>Item 21</b>	2,85	1,07
<b>Item 22</b>	4,14	1,1
<b>Item 23</b>	4,91	0,3
<b>Habitude 1</b>	26,91	3,73
<b>Habitude 2</b>	11,88	2,85
<b>Habitude 3</b>	16,86	3,36
<b>Habitude 4</b>	43,03	6,56
<b>Total</b>	98,69	15,71

**Figure 6.** Description des scores à l'échelle SCQH.

Les compétences relationnelles sont détaillées dans la *Figure 7*. Pour chaque item, le professionnel a été évalué en utilisant les catégories 1, 3 ou 5 (la catégorie 1 étant le score le plus faible, la 5, la meilleure). Si l'évaluateur considérait que le praticien se situait entre deux catégories, il pouvait utiliser les notes 2 ou 4. La grille complète avec le détail de chaque catégorie est présentée en *Annexe 1*.

On observe que les items 23 : « *Établir un plan de suivi clair* », 15 : « *Marque des pauses permettant l'intégration de l'information* », 16 : « *Expliquer clairement sans*

*jargon médical* » et 13 : « *Faire preuve d'un comportement non verbal efficace* » sont ceux pour lesquels les scores obtenus sont le plus fréquemment la meilleure note (5).



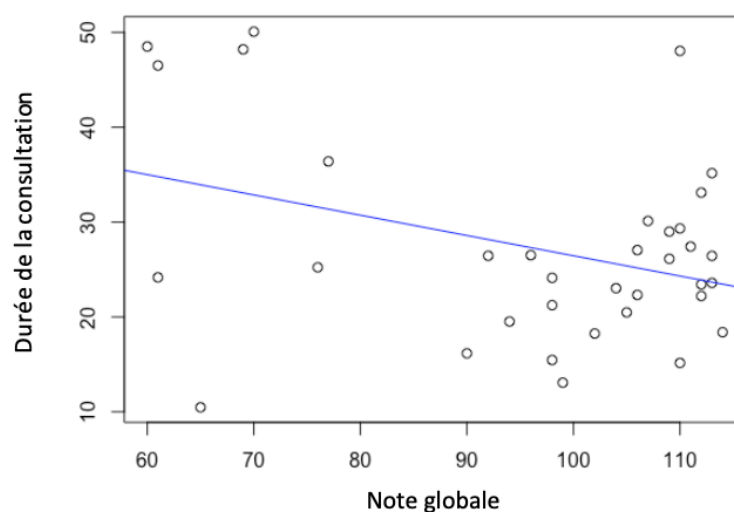
**Figure 7.** Pourcentage des scores pour chaque item.

On observe également que l’item 21 « *Explore les obstacles à [la mise en place du plan thérapeutique]* » est celui où les scores sont souvent les plus faibles. En effet, 16% des sages-femmes ont obtenues le score le plus bas « *Le clinicien ne mentionne pas les éventuels obstacles à la mise en œuvre du plan thérapeutique* ».

Seulement 3% des sages-femmes ont obtenu le score le plus haut « *Le clinicien présente de façon exhaustive tous les obstacles qui pourraient empêcher la mise en œuvre du plan thérapeutique* ». Les autres items ayant obtenus fréquemment les scores les plus faibles sont les items 8 : « *Demande les attentes de la patiente pour la consultation* », 9 : « *Montre de l'intérêt à propos de l'impact sur la vie quotidienne* » et 12 : « *Aide à identifier/nommer les sentiments* » (Figure 7).

La comparaison des résultats obtenus à l'échelle d'évaluation avec les durées de consultation a été réalisée grâce au calcul du coefficient de Pearson. Le coefficient de corrélation obtenu montrait une association modérée mais statistiquement significative à  $-0.360$  ( $p=0.034$ ). Ainsi, lorsque les notes obtenues à l'échelle augmentent, les durées de consultations auraient plutôt tendance à diminuer.

Ceci est par ailleurs représenté dans le *Graphique 8*, où l'on peut observer la droite de régression qui indique une corrélation linéaire moyenne mais négative entre les notes globales obtenues et la durée de consultation.



**Figure 8.** Graphique de corrélation des durées de consultations en fonctions des notes obtenues à l'échelle

Nous observons dans ce graphique que la majorité des consultations ont une durée comprise entre 20 et 30 minutes avec des extrêmes et des consultations très courtes (10 minutes) ou à l'inverse très longues (50 minutes). Le temps moyen est de 27 minutes.

# IV. Discussion

---

## IV.1 – Limites et biais de l'étude

La première évaluation a été réalisée à partir d'une observation directe de chaque consultation. La seconde évaluation a été réalisée grâce à l'écoute de l'enregistrement vocal de cette consultation par le même observateur puis par un tiers. Ce mode d'évaluation constitue un biais à notre étude puisque la reproductibilité des observations, dans des conditions identiques, n'est pas respectée. Ainsi, lors de l'écoute des enregistrements les débuts de consultations sont souvent manquants (le consentement de la patiente a été recueilli après le « premier accueil ») . Il n'est également pas possible d'évaluer le comportement non verbal du professionnel. Si ceci ne pose pas de problème pour l'évaluation de la validité de l'échelle, cela peut entraîner des notes différentes, pouvant être une difficulté à l'évaluation de la fiabilité de notre outil. Nos résultats à ce niveau sont malgré tout très bons et il ne semble donc pas que cette difficulté ait constitué un biais au cours de notre étude.

Le fait de se savoir observé constitue un second biais. En effet, la présence d'un observateur extérieur peut influencer le comportement des professionnels [28]. Nous avons tenté de limiter ce phénomène au maximum en expliquant dès le début de la consultation que nous n'évaluons pas leurs propres compétences mais celles d'une échelle, et en présentant celle-ci comme une « échelle d'évaluation des pratiques professionnelles ».

Un troisième biais consiste en l'absence de réévaluation de certaines consultations. En effet, certaines sages-femmes ont refusé d'être enregistrées ou des problèmes techniques sont survenus, nous empêchant de réaliser les enregistrements. À cela s'ajoute l'absence d'évaluation par un tiers de toutes les consultations. Par manque de temps, de disponibilité et de moyen, la réévaluation n'a ainsi été réalisée que sur un échantillon limité de consultations. Toutefois, pour l'évaluation de la fiabilité test-retest, un calcul de puissance nous a permis de montrer que la précision dans le calcul de l'ICC avec un effectif de 10 consultations était suffisant pour obtenir une précision supérieure à 0,2 [29] .

L'enregistrement vocal des consultations, n'a pas permis de réévaluer l'item 15 pour juger de la capacité suivante : « *Faire preuve d'un comportement non verbal efficace* ». Le comportement non-verbal à la fois de la patiente et de la sage-femme a pourtant un impact important dans la qualité de la relation soignant-soigné, celui-ci pouvant mettre en évidence une attitude empathique ou au contraire détachée de la consultation [11]. Afin de le limiter, nous aurions pu filmer chaque consultation, après accord de la sage-femme et de la patiente. Les vidéos auraient ainsi pu être observées deux fois par un même observateur puis par un tiers. Pour des raisons éthiques et organisationnelles, cette méthode semblait cependant trop difficile à mettre en place pour un mémoire de fin d'étude en vue du diplôme de sage-femme. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'effectuer des enregistrements vocaux.

Enfin, le dernier biais concerne notre objectif secondaire et l'évaluation de la comparaison entre les qualités relationnelles et les temps de consultations. En effet, pour les durées de consultations extrêmes (notamment les consultations très longues), nous ne pouvons exclure la possibilité d'un contexte particulier. Il est ainsi possible

que celles supérieures à 45 minutes aient été plus complexes ou plus techniques et que les professionnels aient ainsi mis de côté leurs compétences relationnelles afin de se consacrer au problème médical. Ceci peut expliquer les notes relativement faibles à l'échelle et avoir un impact sur la significativité et la puissance de la corrélation.

## **IV.2 – Analyse des résultats de l'objectif principal et comparaison avec la littérature**

*Cohérence interne* – Nous avons tout d'abord évalué la cohérence interne grâce aux coefficients de corrélation inter-item. La corrélation peut être considérée comme faible pour un coefficient entre 0,10 et 0,29, comme modérée entre 0,30 et 0,49 et comme élevée au-delà de 0,50 [30]. Un coefficient de corrélation inter-item supérieur à 0,80 ou à l'inverse, inférieur à 0,2 remet en cause la présence de l'un des deux items [22,31]. Concernant nos items, la majorité des coefficients de corrélations étaient inclus entre 0,2 et 0,8. Nous pouvons donc conclure que ces corrélations inter-item sont satisfaisantes. Seul l'item 23 avait un coefficient inférieur à 0,2. Ceci est dû au fait que cet item « *Établit un plan de suivi clair* » a obtenu de très bons scores, avec une moyenne de 4,91/5 et un écart-type égal à 0,3. On peut donc conclure qu'il est peu discriminant. Les items 7 « *Intéressé par la compréhension du problème de la patiente* », 8 « *Demande les attentes de la patiente pour la consultation* », 9 « *Montre de l'intérêt à propos de l'impact sur la vie quotidienne* » et 14 « *Énonce les informations/le diagnostic en fonction des préoccupations de la patiente* » ont des coefficients moyens supérieurs à 0,8, ils sont très corrélés entre eux et on peut donc supposer une redondance entre ceux-ci. La suppression des items en question

nécessiterait de valider de nouveau l'échelle résultante et ne permettrait plus la comparaison avec les différentes études de la littérature. Aussi, il a été décidé de ne pas procéder à sa modification.

La deuxième étape de l'évaluation de la cohérence interne était le calcul du coefficient alpha de Cronbach. Pour rappel, plus le coefficient est élevé, plus on considère que les items sont homogènes entre eux. Tous les items avaient un coefficient alpha jugé comme satisfaisant puisque  $> 0,70$  [12,19,20]. Le coefficient alpha global est même supérieur à 0,9, ce qui permet d'attester de la très bonne cohérence interne de notre échelle, et de son unidimensionnalité.

*Fiabilité* – La fiabilité de notre échelle a été évaluée grâce à la fiabilité inter-juge et à la fiabilité intra-juge en test-retest. Nous avons utilisé le coefficient de corrélation intra-classe. En analysant nos résultats, nous pouvons constater que l'ICC intra-juge était supérieur au seuil de 0,80 puisqu'égal à 0,96 sur les 23 items. Il était donc parfaitement satisfaisant pour une utilisation à des fins d'évaluation et très satisfaisant considérant l'évaluation de compétences non techniques en comparaison avec les données de la littérature [8]. La fiabilité inter-juge était un peu plus faible, à 0,72, mais tout de même supérieure à 0,70 donc satisfaisante également.

Il nous est difficile de comparer nos résultats avec la littérature puisque nous n'avons pas retrouvé d'étude similaire à la nôtre et qu'aucune échelle d'évaluation des qualités relationnelles en consultation destinée aux sages-femmes n'a été développée ou validée dans cette population spécifique. En effet, les seuls outils de mesure retrouvés à ce sujet sont des échelles de satisfaction maternelle [32–34]. De plus, les



seules études visant à valider un outil d'évaluation des qualités relationnelles ont été réalisées à destination des médecins [10,11,35–37]. Il ne nous semblait pas pertinent de comparer ces deux populations dont les contextes de pratiques sont différents.

### **IV.3 – Résultats de l'objectif secondaire**

L'objectif secondaire était d'analyser les résultats obtenus par les sages-femmes à l'échelle, afin de mettre en avant les points forts et les points faibles de la relation praticien-patiente. Pour rappel, l'objectif secondaire n'a été évalué que sur les premières observations (comme précisé précédemment quant au biais de l'item 15).

Il ressort de cette étude que les principaux points forts dont font preuve les sages-femmes sont les suivants : « *Établir un plan de suivi clair* », « *Expliquer clairement sans jargon médical* » « *Marquer des pauses permettant l'intégration de l'information* » et « *Faire preuve d'un comportement non verbal efficace* ». Concernant le premier item, le plan de suivi est régulier et établi à l'avance, avec généralement une consultation par mois à laquelle s'ajoutent des cours de préparation à la naissance en fin de grossesse et trois échographies. De plus, l'orientation de la patiente en cas de besoin et l'organisation du suivi sont des compétences indispensables de la sage-femme. Il existe en effet des recommandations pour la pratique professionnelle de la Haute Autorité de Santé (HAS) à ce sujet [38]. Ces recommandations indiquent très clairement quel suivi doit être élaboré pour quelle grossesse, et ce, de façon objective, et indépendante du professionnel. Il semble ainsi logique que cet item soit celui ayant obtenu les meilleures notes.

Concernant les trois autres items, au vu des scores obtenus, nous pouvons supposer que les professionnels y sont naturellement sensibilisés, peut-être au cours de leur formation initiale ou du fait d'un vécu personnel.

Nous avons ensuite étudié les points faibles des sages-femmes. L'item « *Explore les obstacles [à la mise en place du plan thérapeutique]* » est celui où les scores sont les plus mauvais. Plusieurs hypothèses peuvent être émises afin d'expliquer la difficulté rencontrée par les professionnels. Il est possible de penser qu'elle est en lien avec ce que nous évoquions précédemment concernant le plan de suivi prédéfini. Ainsi, le professionnel, qui suit un déroulement classique de suivi sans mettre en place un plan thérapeutique spécifique (sauf exceptions), par habitude, voire par « routine », ne se questionne pas à propos des difficultés pouvant être rencontrées par la patiente. Mais la raison la plus probable est sans doute liée au fait que, dans les établissements de santé, les praticiens savent que les plages horaires imparties aux rendez-vous de suivi de grossesse sont peu nombreuses et limitées et qu'elles sont rapidement complètes. Il s'avère donc difficile de s'organiser en fonction de la patiente, en prévoyant des rendez-vous à des moments qui lui conviendraient le mieux. Or, il ne semble pas judicieux de créer une demande qui, de fait, ne pourrait pas être satisfaite. Il semble donc légitime d'imaginer que les sages-femmes ne questionnent pas les patientes à ce sujet puisqu'elles auront difficilement la capacité d'adapter le plan thérapeutique. Il nous apparaît cependant important de former les professionnels quant à l'importance de cet item afin qu'ils puissent l'évoquer au cours des consultations et créer une véritable alliance avec leur patiente quant au plan de soin. En effet, il semble indispensable de pointer les difficultés rencontrées par les femmes

enceintes afin de les aider à organiser un suivi optimal. Ainsi, nombreuses sont celles qui ont d'autres enfants, un emploi ou des activités pouvant entraîner pour elles des difficultés à se rendre à certains rendez-vous de suivi. Certaines patientes peuvent également avoir des difficultés pour se déplacer (absence de permis de conduire, difficultés de transports en commun, impossibilité de se faire véhiculer...) ou socio-économiques (difficultés financières notamment). Lors d'une conférence organisée par l'association HELPS (Humanité et Éthique Liées pour la Prévention en Santé), l'intervenant expliquait que, par manque de ressources, une patiente n'avait pu honorer le rendez-vous chez un spécialiste qu'il lui avait lui-même pris en fin de mois [39]. La méconnaissance de la situation sociale difficile avait ainsi mis en péril le bon déroulement du suivi. Cet exemple apparaît comme une représentation très pertinente de l'importance de cet item. De plus, ne pas tenir compte des difficultés des patientes peut parfois être considéré comme une négation de leur vécu et entraîner une rupture du lien soignant-patient. Nous pouvons finalement penser qu'une meilleure prise en compte des obstacles rencontrés dans la mise en place du plan thérapeutique pourrait limiter le nombre d'absences aux consultations, et serait bénéfique tant aux professionnels qu'aux institutions.

Ce résultat peut être mis en lien avec celui d'un autre item, qui a également obtenu des scores relativement faibles : « *Montre de l'intérêt à propos de l'impact sur la vie quotidienne* ». Nous pouvons supposer que ces deux items vont plutôt de pair et que si le professionnel n'aborde pas le premier, il n'abordera pas le second non plus.

L'item « *Demande les attentes de la patiente pour la consultation* » a également obtenu des résultats relativement peu élevés. Cela peut possiblement s'expliquer par le fait que les sages-femmes ont souvent un déroulé de consultation préétabli qui varie

peu. En demandant à la patiente si elle a des attentes particulières, cela pourrait obliger le professionnel à modifier son organisation. Outre le faire sortir de sa « zone de confort », cela pourrait entraîner des oublis. La solution pourrait donc être de poser la question à la patiente en fin de consultation, par exemple en lui demandant « Avez-vous d'autres attentes pour la consultation ? ».

Le dernier item ayant obtenu des scores peu élevés est « *Aide à identifier/nommer les sentiments* ». Les scores à cet item peuvent avoir plusieurs causes. Ainsi, certains professionnels préfèrent sans doute se limiter au domaine médical qu'ils maîtrisent parfaitement. Ils ont, peut-être, alors la crainte de déclencher chez la patiente des émotions qu'ils n'auraient pas la capacité de gérer. De même, certains praticiens peuvent craindre que cela provoque chez eux des réactions difficiles à maîtriser. En effet, la relation avec la patiente peut se retrouver modifiée par le contenu de ce qu'elle révèle et parfois remettre en question l'objectivité du praticien dans la mesure où cela le ramène à ses propres vécus affectifs. Il nous apparaît ainsi intéressant de disposer d'outils permettant de déterminer ces difficultés. Cela permet de pointer tant l'importance de la formation des sages-femmes afin qu'elles soient capables de réagir face aux émotions des patientes, que la nécessité d'avoir un espace de paroles pour mettre des mots sur les difficultés rencontrées par les professionnels dans la relation soignant-soigné.

Nous nous sommes secondairement intéressés à la corrélation entre la durée de consultation et les qualités relationnelles des professionnels. Dans le contexte économique que nous connaissons, il apparaît essentiel de se questionner quant à l'impact que la limitation des temps de consultation peut avoir sur la qualité des

relations entre les professionnels et leurs patients. Or, nous pourrions aisément supposer qu'un praticien prenant plus de temps, sera plus attentif au vécu du patient, à ses émotions, à ses questionnements. Dans une étude menée par J. Cape, il a été montré que la satisfaction du patient était plus en lien avec le déroulement et le contenu de la consultation qu'avec sa durée [40]. Nos résultats confirment cela puisque nous avons montré que les notes globales obtenues à l'échelle ne sont pas supérieures lorsque le temps de consultation augmente. Inversement, les sages-femmes ayant obtenus des bons résultats ne sont pas celles chez lesquelles les consultations ont été les plus longues. Ceci nous apparaît comme une donnée très importante, qui peut avoir une incidence économique pour les établissements de santé. En formant les sages-femmes dans ce domaine, il serait ainsi possible d'augmenter leurs compétences et la satisfaction des patientes sans entraîner de surcoût. Par ailleurs, la rémunération des établissements étant de plus en plus dépendante à la qualité des soins via un certain nombre d'indicateurs, cela pourrait en plus leur permettre d'accroître leur ressource de revenu. Cette incitation financière à la qualité des soins est certainement à promouvoir auprès des instances managériales.

D'une façon plus générale, ces résultats permettent de rassurer les praticiens qui regrettent fréquemment de ne pas pouvoir consacrer plus de temps à leurs patientes.

# Conclusion

---

L'objectif principal de notre étude était de valider les propriétés psychométriques de l'échelle 4-HCS afin d'avoir un outil d'évaluation des compétences relationnelles des sages-femmes en consultation. Notre étude a permis, grâce à l'adaptation transculturelle de l'échelle SCQH développée par Krupat et al. d'obtenir le premier instrument d'évaluation de ces compétences pour la maïeutique en France.

En ce qui concerne l'évaluation des propriétés psychométriques, nous pouvons conclure que l'échelle possède des propriétés psychométriques très satisfaisantes pour une utilisation à des fins pédagogiques ou normatives. La cohérence interne a été évaluée en observant les coefficients de corrélation inter-item ainsi que le coefficient alpha de Cronbach. Les résultats étaient systématiquement inclus dans les valeurs jugées comme satisfaisantes. Concernant la fiabilité de notre échelle, elle était évaluée à l'aide des fiabilités inter-juge et intra-juge. Pour les deux, les coefficients obtenus étaient supérieurs au seuil de 0.70 permettant une bonne fiabilité de la mesure.

Finalement, cette étude a un caractère innovant puisqu'elle est, à notre connaissance, la seule étude menée dans ce domaine en France. Nous espérons que cette échelle d'évaluation dont les propriétés psychométriques ont été validées, constituera un outil fiable pour évaluer les qualités relationnelles des sages-femmes.

Il répond à la problématique d'une évaluation objective de données jugées souvent comme subjectives.

A l'ère des nombreuses polémiques sur les violences obstétricales, ces données, les compétences relationnelles et la qualité des interactions en consultations maïeutiques, sont essentielles à notre profession. L'évolution de la formation des étudiants sages-femmes en est le reflet, avec un intérêt croissant porté à la relation soignant-patiente. Cet instrument pourrait être, après identification des points forts et des points faibles des professionnels, une base pour la mise en place de formations théoriques et pratiques visant à améliorer les compétences de chacun, tant en formation initiale qu'à des fins de formation continue. Nous pourrions ainsi imaginer l'utiliser chez les étudiants sages-femmes avec des consultations simulées comme celles réalisées par Bellier et al. auprès d'étudiants en médecine [8] ou encore organiser des ateliers auprès de sages-femmes en exercice, avec des extraits filmés de consultations (simulées ou non) permettant aux professionnels, en évaluant les qualités de leurs pairs, de se questionner sur leur propre pratique et de l'améliorer. La validation d'un tel outil ouvre ainsi de nombreuses perspectives et possibilités d'utilisation.

# Références bibliographiques

---

- [1] Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care* 2009;47:826–34. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
- [2] Garrity TF. Medical compliance and the clinician-patient relationship: A review. *Soc Sci Med [E]* 1981;15:215–22. doi:10.1016/0271-5384(81)90016-8.
- [3] Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med* 1982 1984;19:167–75. doi:10.1016/0277-9536(84)90284-3.
- [4] Déchalotte M. *Le livre noir de la gynécologie*. 2017.
- [5] Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of “patient-centeredness” in patient–physician communication research. *Soc Sci Med* 2013;96:147–53. doi:10.1016/j.socscimed.2013.07.026.
- [6] Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns* 2003;51:197–206. doi:10.1016/s0738-3991(02)00194-5.
- [7] van Zanten M, Boulet JR, McKinley D. Using standardized patients to assess the interpersonal skills of physicians: six years’ experience with a high-stakes certification examination. *Health Commun* 2007;22:195–205. doi:10.1080/10410230701626562.
- [8] Bellier A, Chaffanjon P, Francois P, Labarère J. Content and psychometrics properties of standardized instruments measuring physician relational skills in consultation - A systematic Review. *Data Publ*. 2017.
- [9] Zill JM, Christalle E, Müller E, Härter M, Dirmaier J, Scholl I. Measurement of Physician-Patient Communication—A Systematic Review. *PLoS ONE* 2014;9. doi:10.1371/journal.pone.0112637.
- [10] Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians’ communication behavior. *Patient Educ Couns* 2006;62:38–45. doi:10.1016/j.pec.2005.04.015.
- [11] Bellier A. *Adaptation trans-culturelle en langue française et validation des propriétés psychométriques de l’échelle 4-Habits Coding Scheme (4-HCS) pour l’évaluation des compétences relationnelles en consultation médicale* 2017.
- [12] Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control CPC Prev Controle En Cancerol PCC* 1999;3:25–30.
- [13] Larousse É. *Définition : Psychométrie*. Larousse n.d.:876.



- [14] Marquer C. Validation transculturelle d'une échelle en contexte humanitaire: dépistage des difficultés psychologiques du jeune enfant haoussa au Niger (Maradi) n.d.:190.
- [15] Caron J. Un guide de validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale. 1999. doi:10.13140/RG.2.1.2157.7041.
- [16] Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol* 2015;68:435–41. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.11.021.
- [17] Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC Med Res Methodol* 2010;10:22. doi:10.1186/1471-2288-10-22.
- [18] Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil* 2010;19:539–49. doi:10.1007/s11136-010-9606-8.
- [19] Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL, Ostelo RWJG, Bouter LM, de Vet HCW. Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil* 2012;21:651–7. doi:10.1007/s11136-011-9960-1.
- [20] Central Test. Validation Psychométrique 2011.
- [21] Hair JF, editor. *Multivariate data analysis*. 7. ed., Pearson new internat. ed. Harlow: Pearson; 2014.
- [22] Clark LA, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychol Assess* 1995;7:309–19. doi:10.1037/1040-3590.7.3.309.
- [23] Gulbrandsen P, Krupat E, Benth JS, Garratt A, Safran DG, Finset A, et al. "Four Habits" goes abroad: Report from a pilot study in Norway. *Patient Educ Couns* 2008;72:388–93. doi:10.1016/j.pec.2008.05.012.
- [24] Clayton MF, Latimer S, Dunn TW, Haas L. Assessing patient-centered communication in a family practice setting: How do we measure it, and whose opinion matters? *Patient Educ Couns* 2011;84:294–302. doi:10.1016/j.pec.2011.05.027.
- [25] Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: A longitudinal case study. *Patient Educ Couns* 2005;58:4–12. doi:10.1016/j.pec.2005.01.014.
- [26] Rouquette A, Falissard B. Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. *Int J Methods Psychiatr Res* 2011;20:235–49. doi:10.1002/mpr.352.
- [27] Corrélation entre deux variables qualitatives 2019. [http://grasland.script.univ-paris-diderot.fr/STAT98/stat98\\_6/stat98\\_6.htm](http://grasland.script.univ-paris-diderot.fr/STAT98/stat98_6/stat98_6.htm) (accessed May 13, 2019).

- [28] Asan O, Montague E. Using video-based observation research methods in primary care health encounters to evaluate complex interactions. *J Innov Health Inform* 2014;21:161–70. doi:10.14236/jhi.v21i4.72.
- [29] Walter SD, Eliasziw M, Donner A. Sample size and optimal designs for reliability studies. *Stat Med* 1998;17:101–10. doi:10.1002/(SICI)1097-0258(19980115)17:1<101::AID-SIM727>3.0.CO;2-E.
- [30] Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates; 1988.
- [31] Robinson JPP, Shaver PR, Wrightsman LS. *Criteria for Scale Selection and Evaluation*, 2007.
- [32] Sjetne IS, Iversen HH, Kjøllesdal JG. A questionnaire to measure women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care: instrument development and assessment following a national survey in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15. doi:10.1186/s12884-015-0611-3.
- [33] Perriman N, Davis D. Measuring maternal satisfaction with maternity care: A systematic integrative review. *Women Birth* 2016;29:293–9. doi:10.1016/j.wombi.2015.12.004.
- [34] Lundgren I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery* 2005;21:346–54. doi:10.1016/j.midw.2005.01.001.
- [35] Côté L, Savard A, Bertrand R. Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. Elaboration et validation d'une grille. *Can Fam Physician* 2001;47:512–8.
- [36] Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Benth JS, Dahl FA, Krupat E, Finset A. Interrater reliability for the Four Habits Coding Scheme as part of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2010;80:405–9. doi:10.1016/j.pec.2010.06.032.
- [37] Fassaert T, van Dulmen S, Schellevis F, Bensing J. Active listening in medical consultations: Development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global). *Patient Educ Couns* 2007;68:258–64. doi:10.1016/j.pec.2007.06.011.
- [38] Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. *Rev Sage-Femme* 2007;6:216–8. doi:10.1016/S1637-4088(07)79647-5.
- [39] Beaulieu B. *L'humain en santé* 2019.
- [40] Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2002;52:1004–6.

# Annexes

## Annexe 1 : Système de Codage des 4 Habitudes

Auteur : Alexandre Bellier, d'après *The Four Habits Coding Scheme* d'Edward Krupat (2006)

Notez chacun des items ci-dessous en utilisant les catégories 1, 3 ou 5. Si vous pensez que la compétence se situe entre ces catégories, vous pouvez utiliser 2 ou 4

Critères d'évaluation	Degré d'accord
<b>Habitude 1 : S'investir dès le début (/30)</b>	
<b>A. Montre de la familiarité avec la patiente</b>	
Le clinicien a besoin de se reporter systématiquement au dossier du patient pour s'y familiariser ou ne fait pas de rapprochement entre la consultation en cours et les antécédents ou le dossier de la patiente (ou n'a même pas le dossier)	1 <input type="checkbox"/>
	(2) <input type="checkbox"/>
Le clinicien fait référence à des consultations précédentes ou aux antécédents de la patiente, mais ne semble pas bien connaître le sujet	3 <input type="checkbox"/>
	(4) <input type="checkbox"/>
Le clinicien connaît bien les antécédents/le dossier médical du patient (par ex., fait référence à des examens récemment pratiqués ou à des informations notées lors de consultations précédentes)	5 <input type="checkbox"/>
<b>B. Accueille la patiente chaleureusement</b>	
L'accueil de la patiente est rapide, impersonnel ou inexistant.	1 <input type="checkbox"/>
	(2) <input type="checkbox"/>
L'accueil du clinicien montre qu'il reconnaît la patiente, mais l'accueil n'est ni très chaleureux ni personnalisé.	3 <input type="checkbox"/>
	(4) <input type="checkbox"/>
La patiente est accueillie de manière personnelle et chaleureuse (par ex., le clinicien lui demande comment il souhaite qu'on s'adresse à lui, l'appelle par son nom).	5 <input type="checkbox"/>
<b>C. Fait du bavardage</b>	
Le clinicien va droit au but sans aucune tentative de bavardage (ou coupe la parole à la patiente sèchement et brutalement, ou s'il montre un quelconque intérêt, ce n'est qu'un intérêt superficiel plus tard au cours de la consultation).	1 <input type="checkbox"/>
	(2) <input type="checkbox"/>
Le clinicien fait une rapide tentative de bavardage (ne montre pas grand intérêt, met rapidement fin à la conversation avant de poursuivre).	3 <input type="checkbox"/>
	(4) <input type="checkbox"/>
Le clinicien fait des commentaires d'ordre non médical afin de mettre la patiente à l'aise.	5 <input type="checkbox"/>
<b>D. Utilise principalement des questions ouvertes</b>	
Le clinicien essaie d'identifier le(s) problème(s), principalement à l'aide de questions fermées (conversation saccadée).	1 <input type="checkbox"/>
	(2) <input type="checkbox"/>
Le clinicien associe des questions ouvertes et fermées pour tenter d'identifier le(s) problème(s) (par ex. il commence par une question ouverte, puis revient rapidement à des questions fermées).	3 <input type="checkbox"/>

	(4)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien essaie d'identifier le(s) problème(s) principalement à l'aide de questions ouvertes (formule ses questions de façon à ce que la patiente raconte sa propre histoire, en essayant de ne pas l'interrompre et avec un minimum de questions fermées).</b>	5	<input type="checkbox"/>
<b>E. Encourage l'expression des inquiétudes de la patiente</b>		
<b>Le clinicien interromp la patiente et lui coupe la parole lorsqu'elle essaie d'approfondir sa réponse (n'est clairement pas très intéressé).</b>	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien n'interrompt pas la patiente, mais ne cherche pas à en savoir davantage (écoute, mais n'encourage pas la patiente à approfondir ou à développer).</b>	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien encourage la patiente à approfondir la conversation et à exprimer ses inquiétudes (par ex., à l'aide de formules incitatives comme « Ah ? », « Dites-m'en plus », « Continuez »).</b>	5	<input type="checkbox"/>
<b>F. Suscite toutes les préoccupations</b>		
<b>Le clinicien s'intéresse immédiatement à la première préoccupation de la patiente sans tenter de découvrir si la patiente a d'autres éventuelles préoccupations.</b>	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien fait référence à d'autres sources d'inquiétudes possibles ou demande rapidement à la patiente si elle a d'autres inquiétudes, avant de s'intéresser au premier problème évoqué par la patiente, ou établit un ordre du jour au fur et à mesure de la consultation.</b>	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien tente de recueillir l'ensemble des préoccupations de la patiente, en établissant un ordre du jour dès le début de la consultation (le clinicien va bien au-delà de la première préoccupation énoncée).</b>	5	<input type="checkbox"/>
<b>Habitude 2 : Obtenir le point de vue de la patiente (/15)</b>		
<b>A. Est intéressé par la compréhension du problème de la patiente</b>		
<b>Le clinicien ne cherche pas à comprendre/ne s'intéresse pas au point de vue de la patiente.</b>	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien ne s'intéresse que brièvement ou superficiellement à la façon dont la patiente comprend le problème.</b>	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien fait preuve d'un grand intérêt quant à la façon dont la patiente comprend le problème (par ex., il lui demande ce que ses symptômes signifient pour elle).</b>	5	<input type="checkbox"/>
<b>B. Demande les attentes de la patiente pour la consultation</b>		
<b>Le clinicien n'essaie aucunement de déterminer (ne s'intéresse pas à) ce que la patiente attend de la consultation.</b>	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien s'intéresse brièvement à ce que la patiente attend de la consultation, mais passe rapidement à la suite.</b>	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien demande (ou réagit avec intérêt à) ce que la patiente attend de la consultation (par ex., si elle a des attentes générales ou spécifiques, telles qu'une ordonnance, l'orientation vers un spécialiste).</b>	5	<input type="checkbox"/>
<b>C. Montre de l'intérêt à propos de l'impact sur la vie quotidienne</b>		
<b>Le clinicien n'essaie aucunement de déterminer/ne montre aucun intérêt quant à l'impact que le problème peut avoir sur la vie quotidienne de la patiente.</b>	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien cherche brièvement à déterminer/ne montre qu'un intérêt limité quant à l'impact que le problème peut avoir sur la vie quotidienne de la patiente.</b>	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien cherche à déterminer précisément/s'intéresse réellement à l'impact que le problème peut avoir sur la vie quotidienne de la patiente (au niveau professionnel, familial, sur les activités quotidiennes).</b>	5	<input type="checkbox"/>

**Habitude 3 : Faire preuve d'empathie (/30)**

**A. Encourage l'expression des émotions**

Le clinicien ne fait preuve d'aucun intérêt quant à l'état émotionnel de la patiente et/ou décourage ou interrompt la patiente quand celle-ci exprime des émotions (signale de façon verbale ou non verbale que la patiente ne devrait pas exprimer d'émotions).	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien s'intéresse relativement peu aux émotions de la patiente, ne l'encourage pas à les exprimer, ou laisse la patiente montrer ses émotions, mais l'encourage de façon évidente ou subtile à ne pas s'y attarder.	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien est réceptif aux émotions exprimées par la patiente et l'encourage ouvertement (par ex., il incite la patiente à poursuivre ou marque des pauses, montre, de façon verbale ou non, qu'elle peut exprimer ses émotions).	5	<input type="checkbox"/>

**B. Accepte/Comprend les émotions de la patiente**

Le clinicien n'essaie nullement de montrer qu'il valide les sentiments de la patiente, voire même les dénigre ou les conteste (par ex., « C'est ridicule de s'inquiéter autant de... »).	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien prend brièvement acte des sentiments de la patiente, mais ne fait aucun effort pour montrer qu'il reconnaît leur validité/leur bien-fondé.	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien fait des commentaires qui montrent clairement qu'il reconnaît la validité/le bien-fondé des sentiments de la patiente (par ex., « Je me sentirais comme vous à votre place », « Je comprends que ça vous puisse inquiéter »).	5	<input type="checkbox"/>

**C. Aide à identifier/nommer les sentiments**

Le clinicien n'essaie aucunement d'identifier les sentiments de la patiente.	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien fait brièvement référence aux sentiments de la patiente, mais ne cherche pas vraiment à approfondir en les identifiant ou en les nommant.	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien essaie manifestement d'explorer davantage les sentiments de la patiente en les identifiant ou en les nommant (par ex., « Qu'est-ce que cela vous fait ? », « Vous me semblez très inquiète au sujet de... »).	5	<input type="checkbox"/>

**D. Fait preuve d'un comportement non verbal efficace**

Le comportement non verbal du clinicien montre qu'il ne s'intéresse pas, ne se préoccupe pas et/ou marque une certaine distance avec la patiente (par ex., peu ou pas de contact du regard, orientation du corps ou utilisation de l'espace inadéquate, ton de voix qui dénote l'ennui).	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Le comportement non verbal du clinicien ne témoigne ni réel intérêt ni désintérêt (ou son comportement change au cours de la consultation).	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le comportement non verbal du clinicien témoigne d'un grand intérêt, il se montre concerné et il établit une certaine proximité avec la patiente (par ex., en la regardant dans les yeux, au travers du ton de la voix et de l'orientation du corps) pendant toute la consultation.	5	<input type="checkbox"/>

**Habitude 4 : S'investir jusqu'à la fin (/50)**

**A. Énonce les informations/le diagnostic en fonction des préoccupations de la patiente**

Le clinicien énonce le diagnostic et les informations en des termes qui correspondent aux références du médecin plutôt que de s'adapter à la patiente.	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>

Le clinicien essaie sommairement d'énoncer le diagnostic et les informations en termes de préoccupations de la patiente.	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien énonce le diagnostic et d'autres informations pertinentes d'une façon qui fait écho aux préoccupations initiales de la patiente.	5	<input type="checkbox"/>
<b>B. Marque des pauses permettant l'intégration de l'information</b>		
Le clinicien donne les informations et poursuit rapidement, sans donner à la patiente la possibilité de réagir (donnant l'impression que la patiente ne se rappellera pas ou n'intégrera pas complètement toutes les informations).	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien marque une courte pause pour laisser à la patiente le temps de réagir, puis passe rapidement à autre chose (donnant l'impression que la patiente n'a peut-être pas complètement intégré les informations).	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien marque une pause après avoir donné les informations à la patiente afin de lui laisser le temps de réagir et de de les intégrer.	5	<input type="checkbox"/>
<b>C. Explique clairement, sans jargon médical</b>		
Les informations sont présentées en termes techniques ou inaccessibles à la patiente (indiquant que la patiente n'a probablement pas entièrement ou correctement compris ces informations).	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Les informations contiennent du jargon et sont quelque peu difficiles à comprendre.	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Les informations sont claires et contiennent peu ou pas de jargon.	5	<input type="checkbox"/>
<b>D. Explique la nécessité des examens et traitements</b>		
Le clinicien propose de prescrire/prescrit des examens et un traitement, avec peu ou pas d'explication.	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien n'explique que brièvement la raison des examens et du traitement.	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien explique de façon complète et claire la nécessité des examens et des traitements en cours, passés ou futurs, de façon à ce que la patiente comprenne leur importance pour poser le diagnostic et décider du traitement.	5	<input type="checkbox"/>
<b>E. Vérifie efficacement la compréhension</b>		
Le clinicien ne fait aucun effort pour déterminer si la patiente a compris ce qui a été dit.	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien vérifie de façon rapide et insuffisante si la patiente a compris.	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien s'assure que la patiente a compris	5	<input type="checkbox"/>
<b>F. Encourage la participation à la prise de décision</b>		
Le clinicien ne montre aucun intérêt à impliquer la patiente ou décourage manifestement/ignore ses tentatives pour participer aux prises de décision .	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien montre peu d'intérêt à impliquer la patiente dans la prise de décision, ou se montre relativement peu enthousiaste lorsque la patiente essaie de s'impliquer.	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien encourage clairement la patiente et l'invite à participer activement à la prise de décision	5	<input type="checkbox"/>

**G. Vérifie l'acceptation du plan thérapeutique**

<b>Le clinicien recommande le traitement sans réellement essayer d'obtenir l'acceptation de la patiente (volonté ou susceptibilité de suivre le plan thérapeutique).</b>	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien tente brièvement de déterminer si la patiente accepte le plan thérapeutique et passe rapidement à autre chose</b>	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien vérifie que la patiente accepte le plan thérapeutique, et montre qu'il est prêt à négocier, si besoin</b>	5	<input type="checkbox"/>

**H. Explore les obstacles à sa mise en œuvre**

<b>Le clinicien ne mentionne pas les éventuels obstacles à la mise en œuvre du plan thérapeutique</b>	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien présente brièvement les potentiels obstacles à la mise en œuvre du plan thérapeutique.</b>	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien présente de façon exhaustive tous les obstacles qui pourraient empêcher la mise en œuvre du plan thérapeutique</b>	5	<input type="checkbox"/>

**I. Encourage les questions supplémentaires**

<b>Le clinicien n'encourage aucunement la patiente à poser des questions supplémentaires ou les ignore, en grande partie, s'il ne les a pas sollicitées</b>	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien permet à la patiente de poser des questions supplémentaires mais ne l'encourage pas à en poser d'autres et y répond sans entrer dans les détails</b>	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien encourage ouvertement la patiente à poser des questions supplémentaires (et y répond avec une certaine précision).</b>	5	<input type="checkbox"/>

**J. Etablit un plan de suivi clair**

<b>Le clinicien n'évoque aucun plan de suivi</b>	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien évoque un suivi, mais ne fait pas de plan précis</b>	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
<b>Le clinicien établit un plan de suivi précis et spécifique de la consultation</b>	5	<input type="checkbox"/>

TOTAL (/115)

Ramené à une note /20

Commentaires :

# AUTORISATION D'ENREGISTREMENT



UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

Domaine de la Merci, Place du Commandant Nal, 38700 La Tronche

---

**Je soussigné MME.....**

Autorise à titre gratuit le Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble à effectuer un enregistrement audio dans le cadre d'un mémoire d'étudiante sage-femme à ....., le ...../...../.....

J'autorise à visionner ces enregistrements dans un cadre strictement pédagogique à des fins d'enseignement universitaire ou à des fins de recherche scientifique. Toutefois, mon identité et les données personnelles identifiantes ne feront l'objet d'aucune diffusion.

La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés. Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétente à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

---

**FAIT A :**

**LE :**

**SIGNATURE**

---





# Résumé

---

*Objectifs* – Notre objectif était de valider une adaptation transculturelle de l'échelle « 4-Habits Coding Scheme ». Secondairement, nous souhaitons décrire les compétences des sages-femmes pour mettre en avant les points faibles et les points forts.

*Méthode* – Il s'agissait d'une étude observationnelle, réalisée à l'Hôpital Couples-Enfants de Grenoble, au centre hospitalier de Valence et à la clinique Mutualiste (Grenoble). Nous avons observé et enregistré vocalement des consultations programmées de suivi de grossesse. Le critère de jugement principal associait le coefficient alpha de Cronbach, les coefficients de corrélation inter-items, et les coefficients de corrélation intra-classe. Les critères de jugement secondaires étaient les scores obtenus à l'échelle.

*Résultats* – Nous avons obtenu des scores globaux entre 0,2 et 0,8 pour les coefficients de corrélation inter-items et supérieurs à 0,7 pour les coefficients de corrélation intra-classe et alpha.

*Conclusion* – La transposabilité de l'échelle est satisfaisante avec une validité et une fiabilité correctes pour une utilisation à des fins d'évaluation.

*Mots-clés* – Communication, Relation soignant-patient, Consultations d'obstétrique, Pédagogie en santé, Psychométrie

# Abstract

---

*Objectives* – Our objective was to validate a cross-cultural adaptation of the “4-Habits Coding Scheme”. Secondly, we wanted to describe midwives' skills to highlight their weak points and strengths.

*Methods* – It was an observational study, conducted at the Hôpital Couples-Enfants in Grenoble, at the Valence's General Hospital and at the Mutualiste Clinic (Grenoble). We observed and recorded vocally planned prenatal consultations. Our main evaluation criterion combined Cronbach's alpha coefficient, inter-item correlation coefficients and inter-class correlation coefficients. The secondary endpoint were the scores obtained at the scale.

*Results* – We obtained overall scores between 0.2 and 0.8 for the inter-item correlation coefficients and over 0.7 for the inter-class correlation and alpha coefficients.

*Conclusion* – The replicability of our scale is satisfactory with accurate validity and reliability for use for evaluation purposes.

*Keywords* – Communication, Caregiver-Patient relationship, Obstetrics consultations, Health pedagogy, Psychometrics