



HAL
open science

Validation du système de codage des quatre habitudes (SCQH) pour l'évaluation des compétences relationnelles en médecine générale ambulatoire

Lara Pollier, Romain Tailland

► To cite this version:

Lara Pollier, Romain Tailland. Validation du système de codage des quatre habitudes (SCQH) pour l'évaluation des compétences relationnelles en médecine générale ambulatoire. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03250208

HAL Id: dumas-03250208

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03250208>

Submitted on 7 Jun 2021

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.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2021

**VALIDATION DU SYSTEME DE CODAGE DES QUATRE HABITUDES
(SCQH) POUR L'ÉVALUATION DES COMPETENCES RELATIONNELLES
EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE**

THÈSE

**PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT**

Lara POLLIER

[Données à caractère personnel]

Romain TAILLAND

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 01/06/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Pr Philippe CHAFFANJON

Membres :

Dr Alexandre BELLIER, directeur de thèse

Dr Christel ODDOU

Dr Lucie BOSMEAN

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Charte de déontologie en matière d'emprunts, de citation et d'exploitation des sources d'informations

Dans toute création ou production, l'utilisation des sources d'information doit respecter des règles de droit et d'éthique. Le respect du Code de la propriété intellectuelle et l'honnêteté interdisent que l'on fasse passer pour sien, fût-ce par omission, un travail que l'on n'a pas accompli soi-même. **Le plagiat est une faute grave**, passible de sanctions disciplinaires, voire de poursuites pénales.

L'abondance des documents accessibles par voie électronique, dont le contenu est appropriable par un simple « copier-coller », renouvelle avec acuité la question de la bonne utilisation des sources bibliographiques. De fait, un nombre toujours plus grand de travaux sont réalisés sans un référencement correct des sources utilisées.

C'est pourquoi, dans le cadre d'une politique de prévention du plagiat, reposant sur l'information et la formation, l'UFR de Médecine de l'Université Grenoble Alpes demande aux producteurs de documents (étudiants et personnels) de s'engager à toujours bien distinguer, dans leurs productions, ce qui leur revient en propre de ce qu'ils ont emprunté à d'autres, en citant systématiquement les auteurs et leurs sources.

----- * -----

« Je m'engage à distinguer explicitement, dans mes travaux, ce que j'ai produit de ce que j'ai emprunté, et ce tout au long de mon activité au sein de l'UFR de Médecine de l'Université Grenoble Alpes et en particulier à l'occasion de la rédaction de la thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine »

NOM : POLLIER
Prénom : LARA
Date : 28/04/2021

Signature



Charte de déontologie en matière d'emprunts, de citation et d'exploitation des sources d'informations

Dans toute création ou production, l'utilisation des sources d'information doit respecter des règles de droit et d'éthique. Le respect du Code de la propriété intellectuelle et l'honnêteté interdisent que l'on fasse passer pour sien, fût-ce par omission, un travail que l'on n'a pas accompli soi-même. **Le plagiat est une faute grave**, passible de sanctions disciplinaires, voire de poursuites pénales.

L'abondance des documents accessibles par voie électronique, dont le contenu est appropriable par un simple « copier-coller », renouvelle avec acuité la question de la bonne utilisation des sources bibliographiques. De fait, un nombre toujours plus grand de travaux sont réalisés sans un référencement correct des sources utilisées.

C'est pourquoi, dans le cadre d'une politique de prévention du plagiat, reposant sur l'information et la formation, l'UFR de Médecine de l'Université Grenoble Alpes demande aux producteurs de documents (étudiants et personnels) de s'engager à toujours bien distinguer, dans leurs productions, ce qui leur revient en propre de ce qu'ils ont emprunté à d'autres, en citant systématiquement les auteurs et leurs sources.

----- * -----

« Je m'engage à distinguer explicitement, dans mes travaux, ce que j'ai produit de ce que j'ai emprunté, et ce tout au long de mon activité au sein de l'UFR de Médecine de l'Université Grenoble Alpes et en particulier à l'occasion de la rédaction de la thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine »

NOM : TAILLAND
Prénom : ROMAIN
Date : 28/04/2021

Signature



A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'R' with a horizontal line extending to the right, positioned above a horizontal line.

**VALIDATION DU SYSTEME DE CODAGE DES QUATRE HABITUDES
(SCQH) POUR L'EVALUATION DES COMPETENCES RELATIONNELLES
EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE**

*

**VALIDATION OF THE FRENCH VERSION OF THE FOUR HABITS
CODING SCHEME (4-HCS) FOR THE EVALUATION OF PHYSICIAN
COMMUNICATION SKILLS IN PRIMARY CARE**

LARA POLLIER ET ROMAIN TAILLAND

MeSH : doctor patient relationship, patient centered care, primary care, general practitioner consultations, communication, psychometrics, physicians' communication skills, videotaping, validity, reliability

VALIDATION DU SYSTEME DE CODAGE DES QUATRE HABITUDES (SCQH) POUR L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES RELATIONNELLES EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE

*

RESUME

Objectifs – Les compétences interpersonnelles sont des compétences non techniques indispensables dans l'exercice des soins primaires. L'évaluation et la compréhension de ces compétences sont un enjeu pour l'amélioration de la qualité des soins. L'échelle SCQH est un outil standardisé permettant de mesurer ces compétences en médecine. L'objectif principal de cette étude était de valider cette échelle au sein de la médecine générale ambulatoire. Secondairement, l'étude cherchait à décrire ce niveau de compétence chez les médecins généralistes selon leur niveau d'expérience, leur sexe, les durées de leur consultation ainsi que le suivi et de les comparer à d'autres contextes de soins.

Méthodes – Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale incluant des médecins généralistes en ambulatoire en Isère, Gard, Savoie et Haute-Savoie, ainsi que des patients consultants leurs médecins traitants. Pour permettre l'évaluation des compétences relationnelles par l'échelle SCQH, les consultations étaient enregistrées puis analysées par 2 investigateurs. Un score total pour chaque item a pu être établi. La validité, la consistance interne et la fiabilité de l'échelle ont pu être étudiées.

Résultats – Le score total moyen des items était de 84,1/115 (écart type : 16,6). L'Alpha de Cronbach représentant la consistance interne de l'étude était excellent à 0,953 [IC95% : 0,93 ;0,96]. La corrélation entre les items était en moyenne de 0,69 (écart-type : 0,13). La reproductibilité de la mesure était bonne avec un coefficient de corrélation intra-classe de 0,82 [IC95% : 0,74;0,88] et de 0,99 [IC95% : 0,97 ;0,99] représentant respectivement la fiabilité inter- et intra-juge. Le niveau de compétence augmentait avec la durée de la consultation, si le médecin était une femme, avec une expérience faible et si le patient était primo-consultant.

Conclusion – L'échelle SCQH est valide pour l'évaluation des compétences relationnelle en médecine générale ambulatoire et peut être transposable dans ce cadre à des fins d'évaluation et d'amélioration des compétences.

Mots clés : relation médecin patient, soins centrés sur le patient, soins primaires, consultations en médecine générale, communication, psychométrie, compétences relationnelles, enregistrements vidéo, validité, fiabilité

VALIDATION OF THE FRENCH VERSION OF THE FOUR HABITS CODING SCHEME (4-HCS) FOR THE EVALUATION OF PHYSICIAN COMMUNICATION SKILLS IN PRIMARY CARE

*

ABSTRACT

Objectives – Physicians' interpersonal skills are essential non technical skills in the practice of primary care. Evaluating and understanding these skills is an issue for improving the quality of care. The French version of the 4-Habits Coding Scheme (4HCS) is a standardized tool for measuring these skills in medicine. The main objective of this study was to validate this scale within general outpatient medicine. Secondly, the study described this level of competence among general practitioners according to their level of experience, their gender, the duration of their consultation as well as the follow-up and to compare them to other care settings.

Methods – The study was a cross-sectional observational study including outpatient general practitioners in Isère, Gard, Savoie and Haute-Savoie, as well as patients consulting their treating physicians. To allow the assessment of interpersonal skills by the 4HCS scale, the consultations were recorded and then analyzed by 2 investigators. A total score for each item was calculated. The validity, internal consistency and reliability of the scale was evaluated.

Results – The mean total item score was 84.1 / 115 (standard deviation : 16.6). The Cronbach's Alpha representing the internal consistency of the study was excellent at 0.953 [95% CI: 0.93, 0.96]. The correlation between items was on average 0.69 (standard deviation: 0.13). The reproducibility of the measurement was good with an intra-class correlation coefficient of 0.82 [95% CI: 0.74; 0.88] and 0.99 [95% CI: 0.97; 0.99] representing respectively inter- and intra-rater reliability. The level of competence increased with the duration of the consultation, if the doctor was a woman, with little experience and if the patient was a primary consultant.

Conclusion – The 4HCS scale is valid for the assessment of interpersonal skills in general outpatient medicine and can be transposed in this context for the purposes of assessment and improvement of skills.

Key words : doctor patient relationship, patient centered care, primary care, general practitioner consultations, communication, psychometrics, physicians' communication skills, videotaping, validity, reliability

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMÈNE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoit	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOU Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS COMMUNS

A Monsieur le Professeur Philippe CHAFFANJON, vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir nos plus sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Alexandre BELLIER, notre directeur de thèse, pour tes encouragements, ta disponibilité et ta relecture toujours rapide de ce travail. Merci pour ta grande connaissance du sujet et l'apport que tu as contribué à cette thèse.

A Madame le Docteur Christel ODDOU, pour avoir accepté de juger cette thèse, pour ton enthousiasme et ton intérêt pour ce sujet. Merci de nous avoir accompagnés personnellement et professionnellement pendant notre cursus.

A Madame le Docteur Lucie BOSMEAN, qui nous fait l'honneur de faire partie de son premier jury de thèse sur un sujet qui lui est familier, et d'avoir partagé notre belle promotion d'internes.

REMERCIEMENTS DE LARA

A Romain, mon cher co-thésard et ami avec qui je partage cette thèse. Merci pour ta patience, ton investissement, ton calme (pour deux) face au stress, et bien sûr pour les nombreux débats et rires à tes côtés que ce soit à la coloc, en stage ou aux soirées d'internat. Je te souhaite plein de bonheur en compagnie de ta Sabine. Vivement que l'on se voit sur un sommet enneigé plutôt qu'autour d'un bureau.

A mes parents, mon frère & ma sœur, mes piliers, sur qui j'ai toujours pu compter, entourée de votre amour et votre bienveillance en mon égard. Je vous dois ce titre de Docteur et ce que je suis tout simplement. Merci de me rendre si fière de vous appeler ma Famille, d'être là dans tous les bons comme les mauvais moments. Le plus beau reste à venir, j'ai hâte de continuer l'aventure de la vie à vos côtés. Ne changez pas, je vous aime.

A mes grands-parents, Deditte, Mamyliène, Papeu, Pierre que j'ai toujours admiré pour votre force et votre courage face à toute épreuve, merci de m'avoir toujours entourée et soutenue et d'avoir partagé vos passions, vos souvenirs, votre expérience et votre sagesse. Vous êtes partout avec moi.

A mes oncles & tantes et tous mes cousins, cousines & leurs conjoints qui m'avez toujours encouragée lors de mes études et qui partagez tant de sourires et d'amour depuis mon enfance. Je me sens chanceuse de faire partie d'une belle et grande famille soudée et prête à partager à tout moment un repas, un voyage, des bêtises ou une part de gâteau au chocolat. Vos souvenirs sont les miens, continuons nos cousinades si précieuses et merveilleuses.

A mes sœurs de cœur de la faculté de Dijon, Blandine, Clarisse, Marine, Fiona, Camille, Floriane avec qui j'ai tout partagé lors ces études. Je ne serais pas ici sans votre soutien quotidien, vous êtes ma vie étudiante, vous êtes les témoins de mon épanouissement professionnel et personnel, et je sors de ces études, plus riche que jamais de par votre rencontre. Nous avons partagé bien plus qu'une place d'amphi et j'espère être à la hauteur de l'amitié que vous me témoignez chaque jour. Je vous souhaite d'être heureuse et de réaliser vos rêves, vous pourrez toujours compter sur moi mes consœurs, mes amies, mes trésors.

A mes amis rencontrés lors de mon internat, pour beaucoup ayant fait partis de mes incroyables et folles colocations sur ces trois années, Caroline, Paul, Pauline S, Marie B, Rémi, Camille L, Aurore, Evolène, Lucas. Vous avez tous fait de mon internat la période la plus épanouissante que j'ai eue lors de mes études. Merci à tous pour votre oreille attentive après une garde ou la rouse d'un chef, pour les fou-rires, les danses endiablées, les papotages autour d'un verre, et tout simplement pour avoir été ma deuxième famille à Annecy, Grenoble, Chambéry ou Chamonix. Nous sommes témoins de notre évolution de piou-piou à Docteur et je suis fière de ce que vous êtes devenus, maintenant profitez, vous l'avez tous bien mérité !

A ma Céline, amie et belle-sœur, que je compte parmi ma famille à présent, merci pour ces moments de complicité et de rires, passés et à venir...

A mes amis amoureux des montagnes, Batiste, Mathilde, Julien, Aurelia, Marie K, JB, Aymeric, Cecilia, Lauren, Edouard, Nico, Victo, Mathieu, avec qui j'ai partagé des aventures toutes inoubliables que ce soit sur des skis de rando, au bout d'une corde ou à coups de piolet. A tous les moments à venir ensemble, loin des villes, plus près des sommets.

A tous mes autres compagnons de montagne dont j'ai pu croiser ou partager le chemin là-haut, qui m'avez fait découvrir votre passion et tomber amoureuse à mon tour de nos cimes et leurs trésors.

« LA MONTAGNE NOUS OFFRE LE DECOR, A NOUS D'INVENTER L'HISTOIRE QUI VA AVEC... »

A Benoît, pour ton énergie positive, ta bienveillance envers moi et pour partager avec moi ces moments si précieux, là où la vie nous mène, où nous pouvons enfin pleinement expérimenter notre liberté de jeunes médecins.

A mes amis de Chalon sur Saône, du lycée et du collège,

Alexandre, merci d'avoir été jeune et insouciant avec moi. Je te suis reconnaissante de m'avoir épaulée sur cette période d'externat pleine de concours et de stress, nous avons grandi et sommes devenus adultes ensemble, tu garderas toujours cette place particulière. Je te souhaite d'accomplir tes rêves.

Amandine, Deborah, Morgan, Florian, Matthieu, Allison & tous les autres, vous êtes ma bande de potes, je vous connais depuis toujours, nous avons traversé tant ensemble, nous nous connaissons par cœur. Les kilomètres nous séparent, vous me manquez mais quel bonheur lorsque viennent les retrouvailles et d'avoir l'impression de vous avoir quitté la veille. Je suis fière ce que vous êtes aujourd'hui, chacun d'entre vous.

A tous mes co-internes (et particulièrement Aude, Sarah, Jeanne, Elodie, Vincent), **maitres de stage et à présent confrères** auprès desquels j'ai tant appris et apprécié de travailler. Une pensée particulière à mes collègues & amis de Tignes et de l'hôpital Sud de Grenoble où je me suis le plus sentie dans mon élément au travail.

Et enfin à mes belles montagnes, ma grande surprise, ma grande fierté, mon réconfort qui m'avez toujours accompagnée lors de mon internat et j'espère pour le reste de ma vie. Vous m'avez aidé, parfois détourné du droit chemin scolaire mais m'avez permis de trouver mon équilibre dans cette épopée qu'est de devenir médecin. Vous êtes comme ce parcours professionnel, intransigeante, vous demandez rigueur et courage mais êtes généreuse par ce que vous redonnez en échange : votre beauté et votre accueil, que ce soit sur vos monts, vos arêtes ou vos glaciers. Merci de me laisser vous partager avec ceux que j'aime. J'espère toujours vous voir à chaque coup d'œil par la fenêtre ou au coin de la rue afin de vous admirer encore et encore.

A tous les voyages à venir, à toutes les aventures futures.

« QUAND TU ARRIVES EN HAUT DE LA MONTAGNE, CONTINUE DE GRIMPER »

PROVERBE TIBETAIN

REMERCIEMENTS DE ROMAIN

A **Sabine**, merci pour ton amour, tes quiches, de me supporter chaque jour, nos voyages, nos escapades, nos projets, ta folie, ton amour, notre chez nous, promis on n'ira pas à Grenoble.

A **mes parents, Michel et Marie-Laure**, pour m'avoir donné la vie, l'amour, l'éducation. Pour toutes nos aventures partagées sur tous ces continents. Merci pour votre tolérance, votre calme, votre humanité, votre sens des responsabilités et votre humilité. Vous ne pouviez nous donner plus. Je vous aimerai toujours et serai toujours là.

A **ma grand-mère**, Jacquie, la mamma, tant d'amour et de souvenirs. La solidité Aveyronnaise et la douceur Nîmoise, tu es la meilleure.

A **ma sœur, Marion**, que j'admire, merci pour ton humour, nos disputes et l'inaltérable amour qu'il y a entre nous.

A **mes oncles et tantes (Marie-Claude, Viviane, Yves, Jean-Luc)**, mes cousin(e)s (**Adrien, Stéphanie, Emilie, Angélique**) et leurs conjoints (**Jackie, Frédéric, Guillaume**). Merci de m'avoir toujours soutenu, et de faire de notre famille une famille soudée. Promis j'essaierai d'être un peu plus présent.

A **ceux qui sont partis**, vous êtes continuellement dans mes pensées, chaque seconde qui passe me rapproche de vous.

A **Lara**, pour notre amitié, nos discussions, ta bienveillance et pour cette thèse que tu m'offres à tes côtés. Ta motivation constante, ton organisation rigoureuse, m'ont été d'une grande aide.

A **mes amis de l'époque de la faculté dentaire de Montpellier**. Plus de 10 ans que vous me connaissez par cœur, vous êtes comme des frères, merci pour votre honnêteté, votre fidélité et votre confiance. **Mathieu**, vivement le mariage avec Marine (bisous) et les projets sportifs, je n'ai pas fini de t'accompagner. **Manu**, pour ton intégrité, ta confiance, tes connaissances de l'administration fiscale Française, prends bien soins de Marie-Eve, Valentine et Antonin. **Romain** pour être le seul raisonnable du groupe, merci pour ta tolérance et vivement le grand mariage avec Eline (bisous). **Quentin** pour être le meilleur d'entre nous, pour vivre dans un sacré cadre de vie, et pour salarier Emmanuel (on aura sa 2042...un jour), plein d'amour pour Manon, Timothée et Rosie.

A **mes amis de la P1, Victor**, mon coloc d'amour, merci pour tous tes gestes techniques et d'avoir prolongé mon espérance de vie. **Etienne** ne change jamais, tu rayannes sur l'île de beauté, mi chi macu lui. **François**, aucun doute que tu réussiras dans ta nouvelle aventure et dans tes projets avec Aurélie (bisous). **Farès**, prends soins de toi dans la jungle de la capitale, merci de ne pas m'oublier <3. Nous avons 18 ans, des souvenirs qui ne peuvent se résumer en quelques lignes, le temps passe et nous avons tellement évolué, tellement fier de vous avoir encore à mes côtés pour créer les souvenirs de demain.

A **mes amis rencontrés pendant l'externat**, le Country (**Benoit, Jawad, Axelle, Arthur, Benjamin, Yann, Gauthier, Hugues**), les potos Nîmois (**Laura, Marine, Anne-Lise, Anaïs, Sarah, Charles, Rom Huc, Azorin, Teddy, Clara**), los Patricos (**Dorian, Jeremy, Baptiste, Pierre**). Du Viet-Duc Hospital au Lac Atitlan, en passant par la vie Nîmoise, merci pour tous les moments partagés, bons et moins bons. Je suis heureux d'avoir été si bien accompagné, et j'ai hâte de profiter encore de vous.

A mes amis de l'internat, LA coloc éternelle (**Paul, Rémi, Marie, Lara**), pour ce semestre inoubliable, pour le voyage en Norvège avec le Polo, et pour tous les moments à venir avec vous (sans crise sanitaire, ce sera mieux), bisous à Mathilde, Pauline et Jonathan. A mes co-internes (**Aude, Sarah, Nelly, Alexandra, Laetitia, Marine, Jeanne, Céline, Elodie, Aurore, Astrid**) pour avoir tant rigolé à l'hôpital public. Merci **Thomas** pour les champignons covid et ce semestre covid-winter inoubliable. Merci à **Blandine, César, Mathieu, Marie**, pour votre organisation toujours impeccable et votre goût pour la bonne cuisine.

A mes chers maitres, de stage d'UPL, **Dr Marc Boisset, Dr Philippe Croze** et **Dr Augustin Decorde**, pour votre patience et votre accueil chaleureux d'un jeune interne venant du Sud. Merci aux **Dr Virginie Desgrez, Dr Alexandra Beaumanoir, Dr Christelle Oddou**, pour m'avoir endurci devant les décibels que génère un enfant. Au **Dr Eitenschenck** et à toute l'équipe médicale de Pédiatrie du CH d'Annecy avec qui j'ai travaillé avec un grand plaisir. A mes maîtres de stage de SAPAS, **Dr François Galy, Dr Éric Girolet** et au **Dr Pierre Chaon**, ce semestre d'hiver de crise sanitaire était plus qu'enrichissant à vos côtés, de Thônes au Grand-Bornand, c'était un plaisir d'être si bien accompagné, et de s'inscrire dans un véritable compagnonnage. A l'équipe médicale et paramédicale de Cardiologie du GHM de Grenoble, pour avoir su parfaire ma formation. Merci à la Pneumologie d'Aix-les-Bains, **Dr Raphaël Bonnet, Dr Damien Meot, Dr Johanna Claustre, Dr Etienne Auvray** merci pour ce dernier stage de formation et ces journées de travail si enrichissantes et plaisantes à vos côtés. Je vous suis très reconnaissant pour vos enseignements et votre ambiance de travail chaleureuse.

« LE BONHEUR DE L'HOMME N'EST PAS DANS SA LIBERTE, MAIS DANS L'ACCEPTATION D'UN DEVOIR »

ANDRE GIDE

LISTE DES ABREVIATIONS

4-HCS : Four Habits Coding Scheme

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

IC : intervalle de Confiance

ICC : Coefficient de Corrélacion Intraclasse

MCU : Maître de Conférence Universitaire

SCQH : Système de Codage des Quatre Habitudes

TABLE DES MATIERES

I - INTRODUCTION	19
1/ Rationnel de l'étude.....	19
2/ Validité et fiabilité d'une échelle d'évaluation	20
3/ L'échelle SCQH	21
4/ Objectifs	24
II - MATERIEL ET METHODES	25
1/ Design de l'étude	25
2/ Echantillon de l'étude	25
3/ Recueil des données	25
4/ Critère de jugement.....	27
5/ Analyse statistique.....	27
III – RESULTATS.....	29
1/ Description de la population de l'étude	29
2/ Validité de l'échelle.....	32
3/ Fiabilité de l'échelle	33
4/ Résultat des objectifs secondaires.....	34
a. Description chez les médecins généralistes.....	34
b. Comparaison des médecins en fonction de leurs années d'expérience	35
c. Comparaison des consultations en fonction du sexe du médecin.....	36
d. Comparaison des médecins en fonction des durées de consultation.....	36
e. Comparaison des consultations en fonction du caractère primo-consultant ou non du patient.	38
f. Comparaison entre professionnels de santé (médecins hospitaliers, sages-femmes, étudiants en médecine).....	38
IV - Discussion.....	40
1/ Interprétation des résultats.....	40
a. Critère de jugement principal	40
b. Critère de jugement secondaire.....	43
2/ Limites et biais de l'étude	46
3/ Forces de l'étude.....	47
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	53

I - INTRODUCTION

1/ Rationnel de l'étude

Les compétences relationnelles ont une importance majeure pour établir une relation de confiance entre le médecin et son patient. Cette relation est nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins(1).

Les compétences interpersonnelles des médecins sont en effet un des éléments clés de la consultation médicale. Elles représentent un concept difficile à définir et à mesurer, et pourtant, les preuves accumulées suggèrent qu'une communication de qualité, centrée sur le patient, améliorerait la satisfaction des patients(2), l'observance de leur traitement(3) et contribuerait à une meilleure santé(4,5). C'est par ailleurs la compétence la plus attendue par les patients lors d'une consultation(6,7).

Il a été démontré qu'il était possible d'évaluer ces compétences via l'utilisation d'instruments standardisés et validés (8). Plusieurs échelles d'évaluation ont été proposées pour l'évaluation des compétence relationnelles, mais la plupart concernent l'évaluation d'une dimension spécifique, comme la communication ou l'empathie(9). D'après Candib, les compétences interpersonnelles sont définies comme la présence de comportement verbaux et non-verbaux dans un contexte d'interactions individuelles avec le patient ou avec ses proches(10). Elles comprennent ainsi une dimension d'empathie et de communication, mais aussi de structuration de l'entretien qui est rarement pris en compte(11). Par ailleurs, les compétences relationnelles ont souvent été étudiées et évaluées à travers le prisme d'une spécialité ou d'un contexte spécifique(12).

Ces dernières nécessitent aussi d'être évaluées en soins primaires. La notion de soins centrés sur le patient est fréquemment retrouvée dans la littérature(13,14) et est de plus en plus notable en médecine générale ambulatoire. Le patient fait davantage partie intégrante des

choix pour sa santé. La communication centrée sur le patient permet d'être en concordance avec les valeurs du patient, avec son investissement dans son projet de soins et lui permet donc de participer activement aux décisions le concernant lui et sa santé.

Les soins primaires incluent de manière unanime sur le plan international une relation centrée sur le patient, tout comme le définit l'Institut de la Médecine aux Etats Unis ou comme le montre le schéma anglais en donnant accès à des bonus financiers aux médecins généralistes qui atteignent des objectifs de qualité en termes de communication. C'est donc une récompense pour les médecins qui mettent en avant les soins centrés sur le patient, traduisant un élément clé de la part du système de santé(1,15).

Il est cependant nécessaire de mesurer et d'évaluer cette communication entre le patient et son médecin traitant qui est avant tout une figure de confiance pour le patient et un acteur déterminant sur la prise en charge du patient. Cette mesure requiert des outils fiables notamment grâce à la validation d'instruments en médecine ambulatoire(16).

2/ Validité et fiabilité d'une échelle d'évaluation

Afin de valider une échelle d'évaluation de compétences, il est nécessaire de tester l'outil de mesure afin de vérifier ses qualités psychométriques. La psychométrie est définie comme « l'ensemble des méthodes de mesure des phénomènes psychologiques ». De plus, avant de montrer la validité d'une échelle issue d'une langue étrangère, il faut l'avoir traduite et avoir vérifiée son équivalence lors de son adaptation transculturelle.

La validité d'une échelle est notamment appréciée par la consistance interne de l'outil, c'est-à-dire la capacité des items à mesurer la même dimension, donc le même concept. On utilise le coefficient Alpha de Cronbach pour effectuer cette mesure. Plus ce dernier est élevé, plus

les items sont homogènes entre eux. La cohérence ou consistance interne est jugée comme satisfaisante si le coefficient Alpha est supérieur à 0,7(17). La consistance interne est également mesurée par la corrélation entre les items. Celle-ci doit être située entre 0,2 et 0,8. Si la corrélation est supérieure à 0,8 entre 2 items, le contenu est considéré comme redondant. A contrario, si la corrélation est inférieure à 0,2 entre 2 items, la présence d'un des deux items est à remettre en cause. Cela montre l'indépendance de cet item par rapport au concept qu'on l'on souhaite mesurer(18).

Le deuxième volet à explorer dans la validation d'une échelle d'évaluation est la fiabilité ou reproductibilité, correspondant à la capacité de l'échelle à fournir des scores similaires. On divise la fiabilité en fiabilité inter-juges (par des observateurs différents) et fiabilité intra-juges ou *test-retest* (à des temps différents par un même observateur). Pour cette mesure, le coefficient de corrélation intra classe (ICC) est utilisé, si ce dernier est supérieur à 0,7, la fiabilité est considérée comme satisfaisante(19).

3/ L'échelle SCQH

Le système de Codage des Quatre Habitudes (SCQH) est l'un des instruments d'évaluation des compétences relationnelles offrant l'évaluation la plus large et la plus fine par rapport à d'autres échelles. Elle a été développée par l'US Kaiser Permanente Organization, validée(20) et utilisée pour l'enseignement(21) de compétences de communication efficace de cette organisation depuis 20 ans. La version originale Américaine de cette échelle a été validée sur la base de 100 consultations médicales enregistrées par vidéos. Son utilisation à des fins pédagogiques a montré son efficacité dans l'amélioration des compétences relationnelles. L'échelle d'évaluation a par la suite montré sa transposabilité dans plusieurs études de

validation psychométrique, en Norvège en 2010(22), en Allemagne en 2014(23) et au Brésil en 2018(24). Cette échelle d'évaluation a principalement été étudiée en secteur hospitalier, dans des spécialités médicales. Une seule étude a utilisé cette échelle en médecine générale aux Etats-Unis(25).

Une équipe de l'Université Grenoble Alpes a récemment procédé à l'adaptation transculturelle en langue française(11) et à la validation de l'échelle SCQH dans le cadre de la formation médicale initiale des étudiants en médecine, sur la base de 200 enregistrements vidéo de simulations de consultations médicales.

Le SCQH est composé de 23 items évalués sur une échelle de Likert à 5 niveaux (Figure 1). Des scores plus élevés indiquaient de meilleures compétences de communication centrées sur le patient. Le niveau médian (c.-à-d. 3) et les niveaux finaux (c.-à-d. 1 et 5) bénéficient de descriptions comportementales spécifiques. Les évaluateurs sont encouragés à utiliser les autres niveaux (c.-à-d. 2 et 4) uniquement s'ils pensent que les compétences en communication se situent entre les niveaux précédents (Annexe 1).

Système de Codage des 4 Habitudes

Habitude 1 : 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
Habitude 2 : 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
Habitude 3 : Faire preuve d'empathie (/20)	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
Habitude 4 : 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 1. Version synthétique de l'échelle SCQH

Les items sont divisés en 4 dimensions basées sur une manière organisée de penser et d'agir lors d'une rencontre clinique centrée sur le patient :

- « S'investir dès le début », qui se concentre sur la création d'un lien de confiance rapide et la planification de la consultation
- « Obtenir le point de vue du patient », suscitant la compréhension du problème par le patient, les attentes du patient pour la visite, en déterminant l'impact de son problème sur sa vie quotidienne
- « Faire preuve d'empathie », qui encourage l'acceptation des émotions du patient, en l'aidant à identifier ses émotions et en utilisant un comportement non verbal approprié
- « S'investir jusqu'à la fin », contient des éléments axés sur la prise de décision et une information efficace.

Cette échelle d'évaluation n'a pas été validée au sein de la médecine générale en Français, et nous formulons l'hypothèse qu'elle peut être validée dans le cadre de la médecine générale ambulatoire et ainsi aider à la compréhension puis à l'amélioration des compétences relationnelles en soins primaires.

4/ Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les propriétés psychométriques de l'échelle SCQH en soins primaires, en utilisant des données originales vidéo-enregistrées de consultation médicale. Les objectifs secondaires visaient à décrire les niveaux de compétences relationnelles des médecins généralistes, à comprendre les déterminants parmi les caractéristiques des médecins ou de la consultation et à comparer les niveaux de compétences relationnelles par rapport à d'autre contexte de soins ou professions.

II - MATERIEL ET METHODES

1/ Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale à recrutement prospectif permettant l'analyse de la validité et la fiabilité d'une échelle d'évaluation. L'étude a été réalisée en cabinet de médecine générale ambulatoire de juin 2020 à février 2021 sur 4 départements français (Haute Savoie, Savoie, Isère et Gard).

2/ Echantillon de l'étude

L'étude incluait des médecins diplômés en Médecine Générale après information écrite et recherche de consentement. Les enregistrements de leur consultation concernaient des patients majeurs, parlant et comprenant le français, après signature d'un consentement écrit (Annexe 2 et 3). Les inclusions pouvaient concerner tout patient, quel que soit son motif de consultation ou le type de patients.

Les critères d'exclusion concernaient les médecins non thésés, les refus *a posteriori* d'analyses des consultations et les problèmes techniques empêchant une interprétation complète et représentative.

3/ Recueil des données

Un enregistrement vidéo était réalisé via une caméra miniaturisée avec un objectif grand angle. L'intérêt de ce choix de caméra était d'analyser les réactions entre le patient et le clinicien, ainsi que d'obtenir une vision générale de l'environnement et de l'interaction avec celui-ci(26). L'hétéroévaluation réalisée sur vidéo permettait une évaluation des compétences

relationnelles moins intrusive qu'avec un observateur présent durant la consultation, ce qui aurait pu empêcher le patient ou le médecin d'établir une relation interpersonnelle. La vidéo avait l'avantage par ailleurs de recueillir plus d'informations et elle permettait aux investigateurs d'analyser des éléments de manière rétrospective en visionnant la vidéo plusieurs fois si nécessaire(26–28).

Plusieurs médecins au sein du réseau personnel des investigateurs ont pu être recrutés. La sélection des journées de consultation a été réalisée au préalable en accord avec le médecin, puis le consentement de chaque patient était demandé au cabinet de médecine générale par les investigateurs. Le matériel d'enregistrement vidéo était installé préalablement à chaque consultation. Les investigateurs n'étaient pas présents lors de l'entretien. Le médecin n'avait donc pas à aborder avec le patient les détails sur l'étude en cours, le but étant de ne pas interférer dans la relation médecin-patient.

L'analyse des compétences relationnelles s'effectuait ensuite par deux investigateurs (internes en médecine générale), en double aveugle, sur la base de l'ensemble des enregistrements vidéo des consultations médicales. Un échantillon aléatoire de 30 consultations vidéo a également été sélectionné et analysé une deuxième fois par le même évaluateur pour évaluer la fiabilité intra-juge. Les vidéos étaient supprimées à la fin du recueil des données. En additionnant les évaluations de chaque investigateur, un score total pour chaque item était établi, reflétant le niveau de compétence relationnelle.

4/ Critère de jugement

Le critère de jugement principal de l'étude concernant la validité de l'échelle SCQH en médecine générale, était composé des propriétés psychométriques suivantes : la fiabilité inter-juge, la fiabilité intra-juge et la cohérence interne.

Le critère de jugement secondaire était le score total à l'échelle SCQH, reflétant le niveau de compétence relationnelle. Pour répondre aux objectifs secondaires, ce score a été évalué en fonction de la durée de la consultation, du statut de primo-consultant ou non pour chaque patient, de l'expérience du médecin généraliste (supérieure à 10 ans ou non) et du sexe du praticien. Ces résultats ont été comparés aux données d'évaluation issues de la même échelle pour d'autres publics (étudiants en médecine, sages-femmes, médecin hospitalier) en France ou à l'étranger.

5/ Analyse statistique

En assumant un coefficient de corrélation intra-classe pour la mesure de la reproductibilité inter-opérateur et intra-opérateur de 0,70 avec 2 évaluateurs, nous estimons qu'un échantillon de 81 patients (consultations vidéo-enregistrées) serait suffisant pour démontrer avec une puissance de 80% un coefficient supérieur à 0,85 avec un seuil de significativité bilatéral à 5%(29).

Pour tenir compte de la variabilité inter-juge, les analyses des médecins sur la moyenne des scores pour chaque item entre les évaluateurs ont été réalisées(30). Nous avons procédé à des analyses descriptives pour le score total et pour chaque dimension du score issu de l'échelle SCQH. Les caractéristiques de l'échantillon d'étude ont également été décrit via un

effectif et un pourcentage pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, une moyenne et un écart-type ont été utilisés après vérification de la normalité de la distribution des données ou à défaut une médiane et un écart interquartile.

La consistance interne a été évaluée par les mesures de corrélation inter-items et le coefficient Alpha de Cronbach. C'est en effet les paramètres les plus couramment utilisés pour valider la consistance interne d'une échelle d'évaluation(18).

Pour la fiabilité et donc la reproductibilité de cette échelle, le coefficient de corrélation intra-classe a été utilisé(31).

L'évaluation des objectifs secondaires a été réalisée par un modèle de régression linéaire pour variable dépendante quantitative continue, avec ajustement sur l'ensemble des caractéristiques dont l'association statistique p était inférieure à 0,20. L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées via les logiciels Jamovi (© Version 1.6.18.0) et RStudio (Version 1.0.14© 2009-2016 Rstudio, Inc.).

III – RESULTATS

1/ Description de la population de l'étude

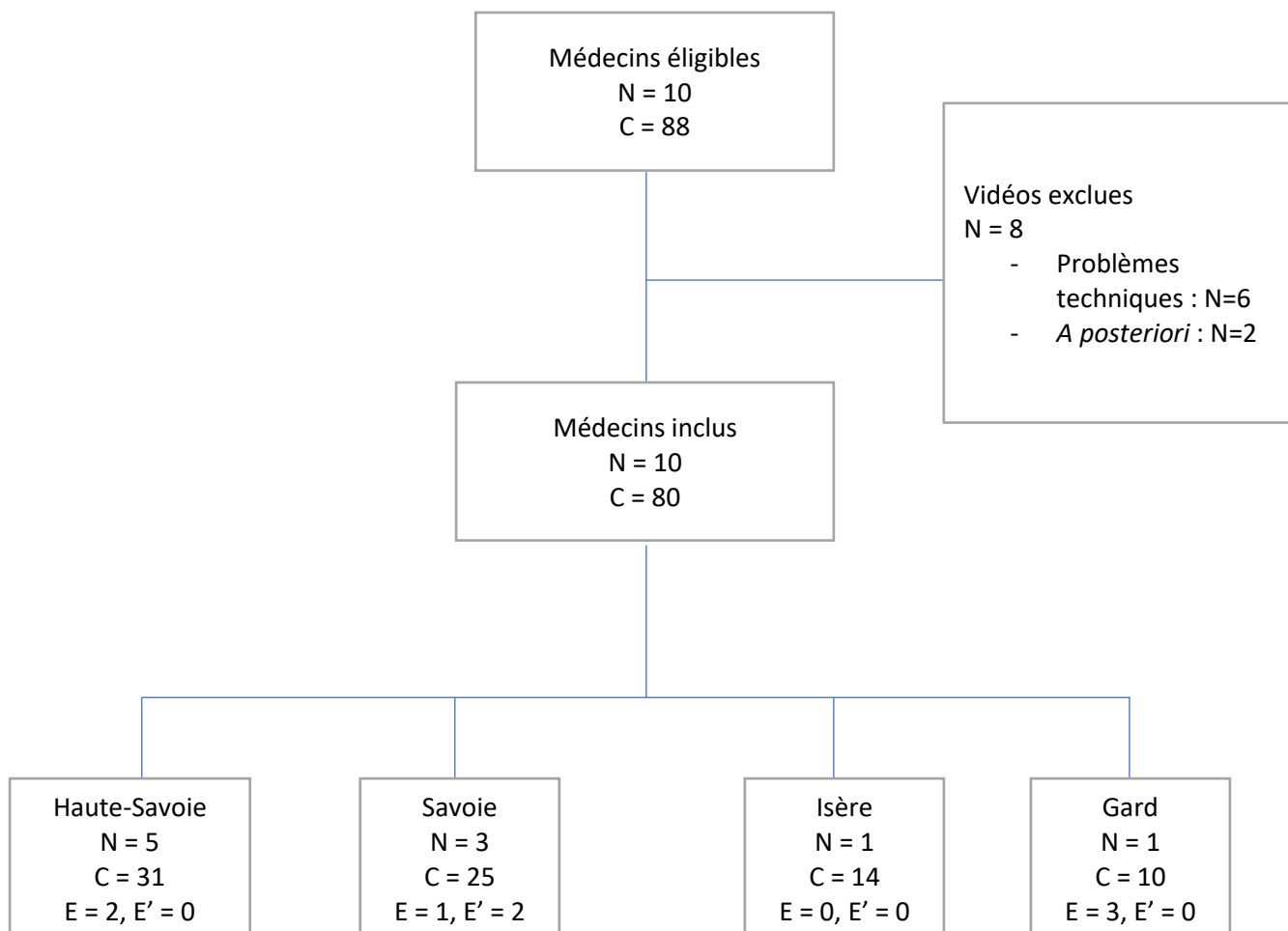


Figure 2. Diagramme de flux de l'étude (N représentant le nombre de médecins, C le nombre de consultations, E le nombre de consultations exclus pour problèmes techniques et E' le nombre de consultation exclus *a posteriori*).

Sur 88 consultations enregistrées sur une période de 6 mois, 80 ont été incluses dans l'étude, parmi 10 médecins différents, répartis dans 4 départements distincts.

Huit consultations enregistrées ont été exclues de l'étude, dont deux *a posteriori* par les patients durant la semaine suivant la consultation, six pour des problèmes d'ordre technique (mauvais centrage, audio défaillant...).

La répartition des 80 consultations enregistrées incluses dans l'étude étaient réparties selon l'histogramme ci-dessous, soit une moyenne de 8 (écart-type : 2,75) consultations par médecins.

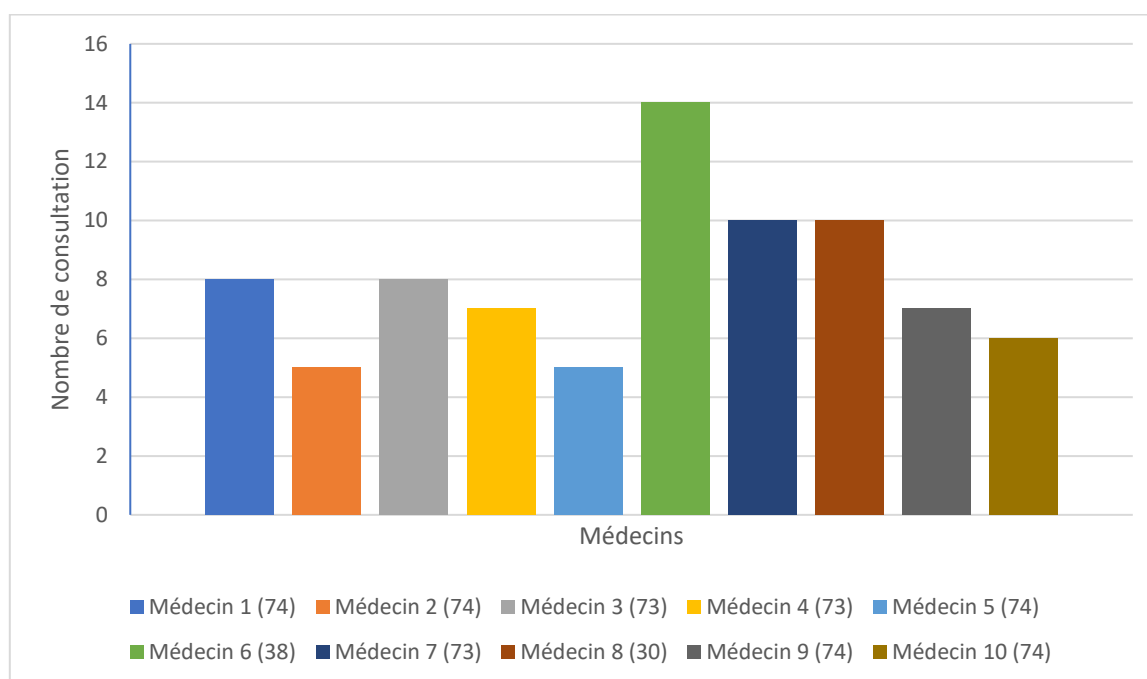


Figure 3. Répartition du nombre de consultation par médecin, numéro de département d'exercice entre parenthèse.

La population des médecins participants à l'étude était composée de 5 hommes et 5 femmes, âgés en moyenne de 43 ans (écart type : 14,4) (de 30 à 70 ans). Un médecin était considéré expérimenté s'il avait plus de 10 ans d'expérience professionnelle. Dans l'étude, ces derniers représentaient 60% des médecins (N=6).

Les consultations enregistrées étaient réparties en 2 catégories selon qu'il s'agissait d'une première consultation, ou d'une consultation avec un patient déjà connu par le médecin. 38% (N = 30) des consultations concernaient un premier contact avec le médecin consulté.

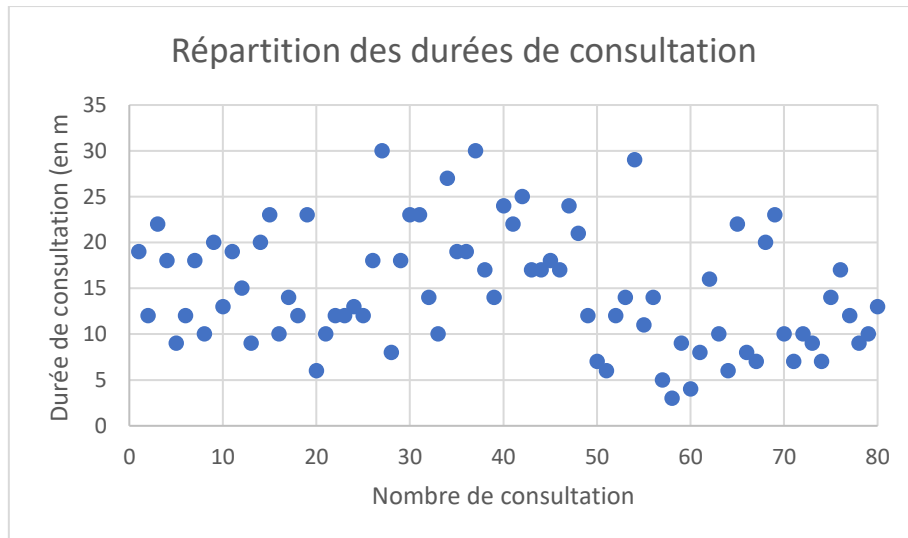


Figure 4. Répartition de la durée des consultations

Enfin, la durée moyenne d'une consultation était de 14,8 minutes (écart-type : 6.43) par consultation (de 3mn à 30mn).

2/ Validité de l'échelle

Sur l'échelle complète, le coefficient Alpha de Cronbach était de 0,953 [IC95% : 0,93;0,96] et était respectivement par dimension de : Habit 1 (S'investir dès le début) : 0,82 [IC95% : 0,76;0,88], Habit 2 (Obtenir le point de vue du patient) : 0,73 [IC95% : 0,63;0,83], Habit 3 (Faire preuve d'empathie) : 0,89 [IC95% : 0,86;0,93] et Habit 4 (S'investir jusqu'à la fin) : 0,92 [IC95% : 0,89;0,94].

La corrélation inter-item est représentée dans la matrice de corrélation (Figure 5).

Les corrélations moyennes par item sont représentées dans le tableau 1. La moyenne de ces corrélations inter item est de 0,69 (écart-type : 0,13) donc jugée satisfaisante.

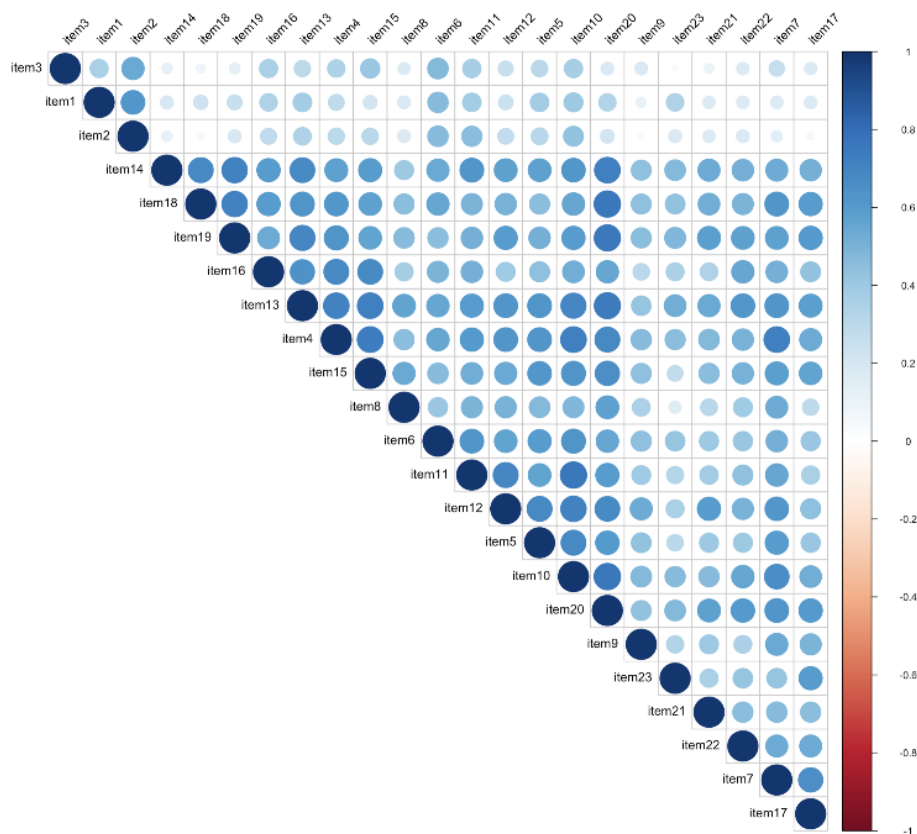


Figure 5. Coefficient de corrélation inter-items de l'échelle SCQH dans l'étude

3/ Fiabilité de l'échelle

Le Coefficient de corrélation intra-classe (ICC) c'est-à-dire la reproductibilité inter-opérateur sur l'échelle était de 0,82 [IC95% : 0,74;0,88].

Pour chaque dimension, l'ICC était respectivement de Habit 1 : 0,82 [IC95% : 0,74;0,88], Habit 2 : 0,76 [IC95% : 0,66;0,84], Habit 3 : 0,83 [IC95% : 0,75;0,88] et Habit 4 : 0,78 [IC95% : 0,68;0,85].

En terme de *test-retest* afin de juger la reproductibilité intra-opérateur, l'ICC était de 0,99 [IC95% : 0,97;0,99] sur l'échelle. Pour chaque dimension, il était respectivement de Habit 1 : 0,97 [IC95% : 0,95;0,98], Habit 2 : ICC = 0,97 [IC95% : 0,95;0,98], Habit 3 : ICC = 0,93 [IC95% : 0,88;0,96] et Habit 4 : 0,97 [IC95% : 0,95;0,99].

4/ Résultat des objectifs secondaires

a. Description chez les médecins généralistes

Habitude – item	Moyenne (SD)		Corrélation inter-items moyenne	ICC inter-juge	ICC intra-juge	Alpha de Cronbach
1.S'investir dès le début	21,4	(5,10)	0,59	0,82	0,97	0,82
1- Montre de la familiarité	3,59	(0,97)	0,44			
2- Accueil le patient	3,79	(0,92)	0,41			
3- Bavardage	3,64	(1,35)	0,40			
4- Questions ouvertes	3,46	(1,14)	0,83			
5- Encourage l'expression des inquiétudes	3,63	(1,00)	0,74			
6- Suscite les préoccupations	3,27	(1,55)	0,74			
2.S'investir jusqu'à la fin	10,4	(2,59)	0,64	0,76	0,97	0,73
7- Compréhension du patient	3,33	(1,04)	0,77			
8- Demande les attentes	3,40	(1,07)	0,59			
9- Impact sur la vie quotidienne	3,69	(1,10)	0,57			
3. Faire preuve d'empathie	14,1	(3,33)	0,81	0,83	0,93	0,89
10- Encourage l'expression des émotions	3,71	(0,97)	0,86			
11- Accepte les sentiments	3,58	(0,88)	0,76			
12- Nomme les sentiments	2,74	(0,99)	0,77			
13- Comportement non verbal efficace	4,09	(0,97)	0,86			
4. S'investir jusqu'à la fin	38,2	(7,58)	0,71	0,78	0,97	0,92
14- Utilise le référentiel du patient	4,44	(0,84)	0,76			
15- Marque des pauses	4,58	(0,86)	0,78			
16- Explique sans jargon	4,56	(0,67)	0,71			
17- Explique les examens et les traitements	4,33	(1,02)	0,68			
18- Vérifie la compréhension	3,71	(0,98)	0,75			
19- Encourage la participation	3,64	(1,17)	0,78			
20- Vérifie l'acceptance	3,72	(1,12)	0,85			
21- Explore les obstacles	2,52	(1,04)	0,61			
22- Encourage les questions	3,27	(0,92)	0,66			
23- Etablit un plan de suivi	3,46	(1,22)	0,56			
Total	84,1	(16,6)	0,69			

Tableau 1. Résumé des données statistiques de l'étude

Le score moyen total chez les médecins généralistes était dans notre étude de 84,1/115 soit 14,6/20 (14,3/20 pour Habit 1, 13,9/20 pour Habit 2, 14,1/20 pour Habit 3 et enfin 15,3/20 pour Habit 4).

Les items 13 « fait preuve d'un comportement verbal non efficace » à 17 « explique la nécessité des examens et traitements », obtenaient les meilleurs scores totaux sur l'ensemble des médecins (moyenne des items sur toutes les consultations supérieures à 4/5) alors que ce sont les items 12 « aide à identifier et nommer les sentiments » et 21 « explore les obstacles à la mise en œuvre du plan thérapeutique », qui obtenaient les moins bons scores (moyenne des items sur toutes les consultations inférieures à 3/5).

b. Comparaison des médecins en fonction de leurs années d'expérience

		Score total SCQH Moyenne (écart type)	Univarié		Multivarié	
			β coeff (IC 95%)	<i>p</i> -value	β coeff (IC 95%)	<i>p</i> -value
Sexe	Femme (n=39)	91,6 (8,45)	-14,7 (21,3 ; -8,01)	< 0,001	-8,05 (-13,15 ; -2,94)	0,002
	Homme (n=41)	77,0 (19,2)				
Expérience clinique (> 10 ans)	Oui (n=43)	80,8 (20,2)	-7,13 (14,40 ; 0,14)	0,054	6,14 (0,89 ; 11,39)	0,022
	Non (n=37)	88,0 (9,99)				
Suivi du patient	Oui (n=50)	81,6 (19,5)	-6,81 (-14,30 ; 0,70)	0,075	1,60 (-4,87 ; 8,07)	0,624
	Non (n=30)	88,4 (8,54)				
Durée de la consultation	1 ^e quartile (3-10)	71,6 (18,5)	1,28 (0,78 ; 1,79)	< 0,001	0,63 (0,28 ; 0,98)	< 0,001
	2 ^e quartile (11-14)	88,4 (9,02)				
	3 ^e quartile (15-19)	90,8 (13,9)				
	4 ^e quartile (20-30)	91,3 (12,2)				

Tableau 2. Résumé des données statistiques de l'étude en fonction du sexe, de l'expérience clinique, du suivi et de la durée de la consultation. Avant et après ajustement.

En comparant le score moyen total SCQH à l'expérience clinique, nous avons constaté une association inverse (80,8 versus 88,0, $p= 0,054$). Après ajustement sur le sexe, la durée de la consultation et le caractère primo-consultant ou non du patient, cette association était significative ($p=0,022$) (Tableau 2).

c. Comparaison des consultations en fonction du sexe du médecin.

Le lien entre le sexe du médecin et le score de compétences relationnelles a été étudié. Le score moyen total SCQH des femmes était supérieur à celui des hommes (91,6 vs 77,0, $p<0,001$). Suite à un ajustement sur l'expérience du médecin, la durée de la consultation et le suivi du patient, le caractère féminin du praticien était associé significativement ($p=0,002$) au score SCQH.

d. Comparaison des médecins en fonction des durées de consultation

Le score SCQH en fonction de la durée de consultation a été étudié. Une durée de consultation plus longue était associée à un meilleur score à l'échelle SCQH avec un coefficient de corrélation de 0,498 ($p<0.001$).

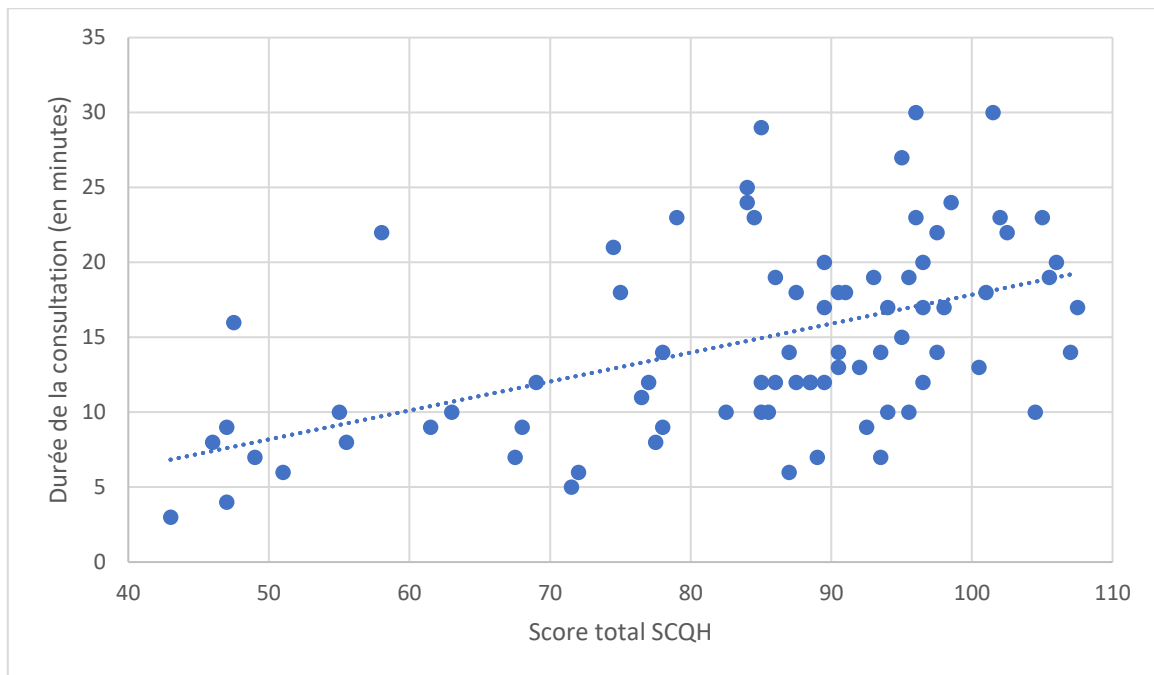


Figure 6. Comparaison du score total SCQH en fonction de la durée de la consultation.

L'analyse de la durée des consultations en fonction de l'expérience clinique nous montrait que les médecins expérimentés ont en moyenne une durée de consultation plus courte en comparaison des médecins moins expérimentés avec respectivement 12,8 minutes (écart-type : 6,06) versus 17,1 minutes (écart-type : 6,11) ($p=0,002$).

L'analyse de la durée des consultations en fonction du sexe du praticien montrait que les femmes ont une durée de consultation en moyenne significativement plus longue que les hommes avec respectivement 17,4 minutes (écart-type : 6,01) versus 12,3 minutes (écart-type : 5,88) ($p<0,001$).

e. Comparaison des consultations en fonction du caractère primo-consultant ou non du patient.

Le score du SCQH des médecins était étudié en fonction du caractère primo-consultant ou non du patient auquel le médecin était confronté.

On retrouvait de meilleurs résultats chez les patients primo-consultants respectivement 88,4 (écart-type : 8,54) versus 81,6 (écart-type : 19,5) ($p=0,075$) que chez les patients suivis et connus par le praticien. Après ajustement sur le sexe du médecin, son expérience (>10 ans ou <10 ans) et la durée de la consultation, nous n'obtenions pas de différence significative ($p=0,624$).

f. Comparaison entre professionnels de santé (médecins hospitaliers, sages-femmes, étudiants en médecine)

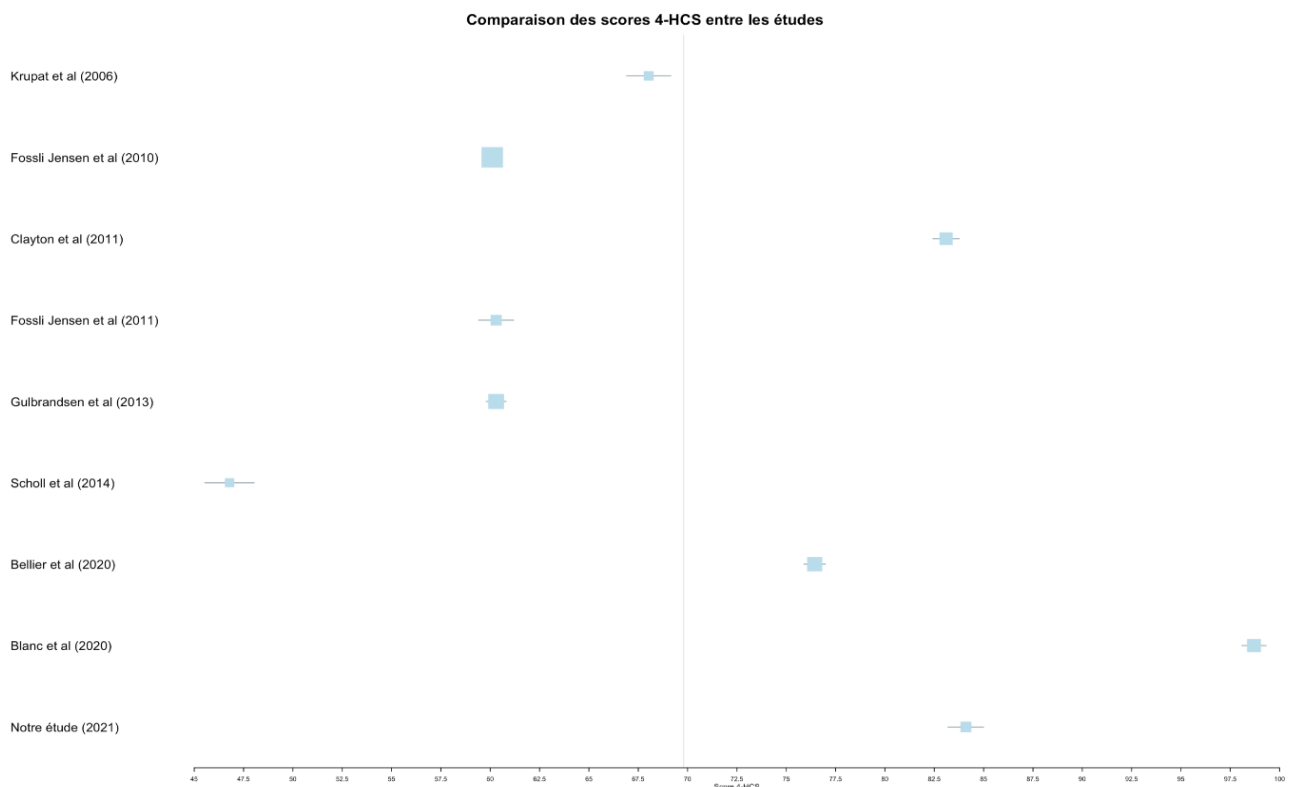


Figure 7. Comparaison des résultats des études utilisant le score 4HCS et ses adaptations transculturelles dans la bibliographie.

La Figure 7 permettait de comparer toutes les études retrouvées dans la bibliographie ayant étudié le SCQH et 4-HCS. L'étude actuelle obtenait un score total de 84,1 sur 115 (écart-type : 16,6), supérieur à la moyenne de l'ensemble des études qui est inférieure à 70.

L'étude réalisée chez les sages-femmes(32) utilisant le SCQH retrouvait le meilleur score toutes études confondues, avec un score total de 98,7. Chez les étudiants en médecine(11), le score était de 76,4. L'étude interventionnelle actuellement réalisée au sein du CHUGA retrouve des résultats préliminaires avec un score de 91,1 et concerne des médecins hospitaliers de différentes spécialités.

L'étude américaine impliquant les médecins généralistes(25) retrouvait un score de 83, alors que les études impliquant des médecins hospitaliers avaient un score de 60,3(22), 60,1(33) en Norvège et un score de 68(20) aux Etats-Unis.

IV - Discussion

1/ Interprétation des résultats

a. Critère de jugement principal

L'utilisation d'instruments standardisés validés est préconisée pour évaluer les compétences interpersonnelles des médecins (20). Le SCQH a été développé et validé sur la base de 200 enregistrements vidéo de simulations de consultations médicales (11). L'étude actuelle a été la première à s'intéresser à la transposabilité du SCQH en médecine générale. C'est dans cette pratique qu'elle tient une place particulière, dans une démarche de soins centré sur le patient. Le coefficient Alpha de Cronbach était systématiquement supérieur à 0,7 avec un excellent coefficient de 0,953 sur l'ensemble de l'échelle, témoignant d'une excellente cohérence interne de l'échelle d'évaluation étudiée.

On peut donc conclure à partir de ces résultats que l'échelle SCQH est valide pour l'évaluation des compétences relationnelle en médecine générale ambulatoire.

Les scores obtenus étaient cohérents avec la littérature (Tableau 3). Les deux autres études françaises concernant le SCQH (11,32) retrouvaient respectivement un Alpha de 0,94 et de 0,97. La consistance interne de l'outil est retrouvée meilleure que dans l'étude originale américaine de Krupat et al ayant pour but de valider l'échelle (20). De même l'étude actuelle est en accord avec la seule autre étude réalisée en médecine générale, avec la même échelle, qui retrouvait un coefficient Alpha de Cronbach de 0,904 (25).

Auteur, année	Krupat, 2006	Clayton, 2011	Bellier, 2019	Bellier, Blanc, 2019	Etude actuelle	Etude préliminaire CHUGA
Système de codage	4HCS	4HCS	SCQH	SCQH	SCQH	SCQH
Pays	USA	USA	France	France	France	France
Contexte	Hospitalier	Ambulatoire	Hospitalier	Ambulatoire	Ambulatoire	Hospitalier
Expérience	Médecins, internes thésés	Médecins généralistes	Etudiants médecine	Sages-Femmes	Médecins généralistes	Médecins spécialistes
Période	1994		2017-2018	2018-2019	2020-2021	2021
Type enregistrement	Vidéo	Vidéo	Vidéo	Audio	Vidéo	Vidéo
Enregistrement	100	174	200	58	80	78
Score moyen						
<i>1. S'investir dès le début</i>	17,7	24,1	18,8	26,9	21,4	23,1
<i>2. Obtenir le point de vue du patient</i>	7,6	11,5	10,0	11,9	10,4	11,8
<i>3. Faire preuve d'empathie</i>	11,3	14,5	13,7	16,9	14,1	14
<i>4. S'investir jusqu'à la fin</i>	31,5	33,0	33,9	43	38,2	42,3
Global	68	83,1	76,4	98,7	84,1	91,1
Alpha de Cronbach						
<i>1. S'investir dès le début</i>	,71		,80		,82	
<i>2. Obtenir le point de vue du patient</i>	,51		,72		,73	
<i>3. Faire preuve d'empathie</i>	,81		,87		,89	
<i>4. S'investir jusqu'à la fin</i>	,61		,88		,92	
Global		,90	,94	,97	,95	
Fiabilité inter-juge						
<i>1. S'investir dès le début</i>	,70	,48	,45		,82	
<i>2. Obtenir le point de vue du patient</i>	,80	,57	,42		,76	
<i>3. Faire preuve d'empathie</i>	,71	,39	,53		,83	
<i>4. S'investir jusqu'à la fin</i>	,69	,65	,64		,78	
Global	,72	,72	,60	,72	,82	
Fiabilité intra-juge						
<i>1. S'investir dès le début</i>			,59		,97	
<i>2. Obtenir le point de vue du patient</i>			,45		,97	
<i>3. Faire preuve d'empathie</i>			,58		,93	
<i>4. S'investir jusqu'à la fin</i>			,71		,97	
Global			,72	,96	,99	

Tableau 3. Comparaison des résultats de l'objectif principal en fonction des études

Tous les items avaient une corrélation située entre 0,2 et 0,8 sauf les items 4 (*Utilise principalement des questions ouvertes*), 10 (*Encourage l'expression des émotions*), 13 (*Fait preuve d'un comportement verbal non efficace*) qui étaient supérieurs à 0,8 traduisant une redondance entre eux. L'item 20 (*Vérifie l'acceptance du plan thérapeutique*), était lui aussi supérieur à 0,8 et traduit un contenu pouvant être redondant avec les items 18 (*Vérifie efficacement la compréhension*) et 19 (*Encourage la participation à la prise de décision*).

Les items 1 (*Montre de la familiarité avec le patient*), 2 (*Accueille le patient chaleureusement*) et 3 (*Fait du bavardage*) restaient satisfaisants mais sur une limite basse, leur présence aurait pu être remise en cause car peu discriminants sur l'ensemble de l'échelle.

En ce qui concerne la fiabilité, cette dernière était excellente car le coefficient de corrélation intra classe était supérieur à 0,8 que ce soit en fiabilité inter et intra-juge (respectivement 0,82 [0,74;0,88] et 0,99 [0,97 ;0,99]). L'échelle fournissait donc des scores reproductibles peu importe l'investigateur, de même elle montrait que le même investigateur avait tendance à fournir des résultats identiques sur deux périodes différentes.

Concernant les dimensions, c'est sur la 3^e dimension (« Faire preuve d'empathie ») que le jugement avait tendance à le plus se modifier pour chaque intervenant en *test-retest*. On peut supposer que l'investigateur devenait plus exigeant dans sa notation au fur et à mesure de la connaissance de l'échelle et du visionnage des consultations. Entre deux investigateurs différents, ce sont les dimensions 1 et 3 qui montraient le plus de scores similaires. La fiabilité inter-juge était en accord avec les études jusque-là réalisées utilisant le SCQH où le coefficient de corrélation intra-classe était toujours valide (>0,7).

Cependant, cette étude montrait une meilleure reproductibilité intra-juge que dans des études précédentes(11,32), pouvant s'expliquer par une réévaluation avec un intervalle rapproché.

b. Critère de jugement secondaire

L'étude du critère de jugement secondaire (score moyen total SCQH), retrouvait une tendance aux médecins à être plus à l'aise avec la dimension « S'investir jusqu'à la fin », qui relate de la manière de conclure en énonçant le diagnostic, la prise en charge et la capacité du médecin à interroger le patient sur sa compréhension et ses éventuelles questions. C'est dans la dimension « Obtenir le point de vue du patient » que le médecin semblait être le plus en difficulté. Cette dernière concerne la capacité à s'intéresser à la compréhension du problème du patient, à lui demander ses attentes pour la consultation et à montrer de l'intérêt à propos de l'impact sur la vie quotidienne. C'était également le cas de l'étude de Krupat et al, visant à valider l'échelle 4-HCS (20).

Lorsque l'on compare les scores totaux des items de l'échelle au sein des différentes études impliquant le score SCQH (11,32), l'étude actuelle montrait de très bons résultats. De plus, les résultats (84,1/115, écart type : 16,6) sont très proches de l'unique autre étude ayant effectué l'évaluation du score 4HCS chez les médecins généralistes(25). Sur l'ensemble des études, une tendance à de meilleurs résultats en médecine générale ambulatoire est observée en comparaison à leurs confrères en milieu hospitalier. Ces résultats peuvent s'expliquer par la proximité du médecin généraliste envers le patient, sa connaissance souvent ancienne du patient et de sa famille, par des consultations plus fréquentes, avec un temps dédié sur le patient plus important. En France l'organisation du soin est centrée sur le médecin traitant, qui est coordinateur de la santé de son patient(34). « L'approche centrée patient, la relation, la communication » sont au centre des six compétences transversales recouvrant l'ensemble des tâches et fonctions attendues du médecin généraliste(35) et enseigné dans la formation universitaire des internes de médecine générale en France. Le médecin généraliste est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et

non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé. Il développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire(36), comme le définit WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians).

Cependant, dans l'étude interventionnelle réalisée par le CHUGA, les résultats préliminaires sont meilleurs et pourraient notamment s'expliquer par une moyenne de durée de consultation bien supérieure (34 minutes).

L'étude des objectifs secondaires montrait que plus les médecins sont jeunes, plus les soins étaient centrés sur le patient, avec un score significativement meilleur et augmentés de 8 points. Dans notre étude, ces résultats étaient significatifs après ajustement (*p-value* 0,022).

Il semble exister une relation inverse entre les compétences de communication et l'âge du praticien(37), qui peut s'expliquer par une durée de consultation plus longue(38) et des formations facultaires récentes autour d'une approche de soins centrée autour du patient. L'expérience clinique semble avoir un effet limité(39). Ces résultats semblent montrer que l'expérience clinique raccourcit la durée de la consultation, au détriment des compétences de communication qui sont fondamentales pour des soins appropriés aux problèmes de santé de leurs patients. Ces données suggèrent l'importance de la formation des internes en médecine générale et l'intérêt d'une formation médicale continue.

Un score total était retrouvé meilleur chez les médecins de sexe féminin. L'étude actuelle est en accord avec la littérature et les études réalisées jusqu'alors sur l'éventuel rôle du sexe du médecin dans la communication médecin patient. Les déclarations sont plus positives chez les médecins de sexe féminin, elles témoignent de plus d'empathie avec une plus grande

attention portée au patient et à son vécu(40). Elles posent plus de questions, font plus de retours *a posteriori* au patient, sourient et acquiescent plus en réponse au patient(41,42). Quant aux patients, ils parlent plus et révèlent plus d'information biomédicale et psychosociale aux médecins femmes (43).

Une implication temporelle significativement plus importante des femmes médecins était retrouvée dans notre étude. D'après une méta analyse, les consultations des femmes dureraient en moyenne 2 minutes (10%) de plus. Dans l'étude actuelle, le résultat était encore plus prononcé avec des consultations en moyenne 4,3 minutes (25%) plus longues ($p < 0.001$). Ces données sont transposables à la littérature(41,44). Un profil médical centré sur le patient, une prise de décision partagée accrue, un éventail plus large de motifs de consultation, moins de pression professionnelle, moins de consultations quotidiennes, des honoraires libres(45), semblent tous être associés à une consultation plus longue(46) et à une communication de meilleure qualité.

Dans l'étude actuelle, la durée moyenne de consultation était de 14,8 mn (écart type : 6,43). Il existe des variations internationales dans la durée des consultations. Dans une étude internationale sur 67 pays, la durée moyenne de consultation en France chez un médecin généraliste était estimée à 16 minutes (durée de 48s au Bangladesh à 22,5mn en Suède). Cette variation de temps de consultation était en rapport direct avec la dépense économique en santé par habitant, et dépendante de facteurs culturels et d'organisation du système de santé(45).

Bien qu'il semble exister une corrélation directe entre le score moyen du SCQH et le caractère de primo-consultant du patient, celle-ci n'était pas significative. L'hypothèse émise est que les primo-consultants étaient la plupart du temps retrouvés chez des médecins plus jeunes avec moins de 10 ans d'expérience, souvent remplaçants. Or c'est dans cette population de jeunes

médecins que le score du SCQH était le meilleur. Malgré l'ajustement sur cette variable, cette différence de répartition a pu modifier l'association retrouvée.

2/ Limites et biais de l'étude

Le médecin sachant qu'il est filmé, pouvait tout à fait avoir un comportement différent lors de la consultation et être influencé par la présence de la caméra(27,47). Toutefois, l'utilisation de caméra miniature a certainement limité cet effet.

Dans le recueil de données, la majorité des médecins étaient intervenants dans la formation des jeunes médecins (MCU, maîtres de stage, jeunes médecins sortant de l'internat) car des difficultés de recrutement hors de ce réseau étaient présentes. On peut penser que ces médecins étaient déjà sensibilisés à la qualité de la communication au sein de leur pratique. Ces difficultés de recrutement venaient d'une certaine méfiance des médecins généralistes sur l'aspect filmé de l'étude. Par ailleurs, les médecins étaient tous volontaires, donc probablement plus sensibilisés à la problématique du relationnel.

Techniquement, l'étude présentait des limites car la consultation ne se passait pas toujours complètement au bureau dans le champ de vision de la caméra, l'accueil et la fin de consultation pouvant se dérouler sur le pas de la porte ou en salle d'attente. La même idée est retrouvée chez les patients primo consultants et/ou chez les médecins remplaçants ne connaissant pas la patientèle du médecin qu'il remplace. En effet, les premiers items concernaient la capacité du médecin à connaître son patient que ce soit sur le plan personnel ou médical, cet aspect de l'échelle n'est donc pas adapté pour un patient consultant pour la première fois ou pour un médecin travaillant dans un cabinet de manière temporaire. De plus, la consultation en médecine générale pouvait concerner la semi-urgence ou encore un motif

purement administratif. Ces consultations présentaient des contraintes inhérentes au temps de consultation et à l'attente du patient.

Un autre point intéressant est que l'échelle ne prend pas forcément en compte la gestion annexe de la médecine générale (notamment ordinateurs, téléphone, secrétariat, administratif) coupant parfois certaines consultations et mettant un frein dans la relation ou une distance avec le patient. C'est particulièrement le cas avec l'ordinateur qui au-delà d'être un obstacle physique entre le médecin et le patient, instaure une relation en trio plus qu'en duo lors de la consultation (48,49). Les décisions prises par le médecin, les informations données et son autorité sont finalement redistribués via l'ordinateur(50).

3/ Forces de l'étude

L'interprétation par deux évaluateurs « en aveugle » et « indépendants » l'un de l'autre était une force et est la méthode à privilégier pour ce type d'évaluation (11). Le nombre de sujets nécessaires a été respecté garantissant une puissance suffisante de l'étude. La vidéo associée à l'audio était également un avantage par rapport à l'audio seul, puisqu'elle recueille plus d'informations lors de l'entretien, notamment concernant la communication non-verbale (26–28). Le recrutement s'est effectué sur des médecins d'âges différents, de manière équitable entre médecins de sexe masculin ou féminin, de même sur leurs années d'expérience, dans plusieurs départements, dans une médecine urbaine, semi-rural ou rural et a donc permis d'avoir une population étudiée large et homogène pour représenter la médecine générale. Enfin, l'étude s'inscrivait dans le développement de la relation médecin-patient au cours des dernières années. Elle est complémentaire avec d'autres études réalisées sur le thème de la communication médecin patient et présente un caractère innovant puisqu'elle concernait la médecine générale ambulatoire.

THÈSE SOUTENUE PAR : Romain TAILLAND et Lara POLLIER

TITRE : Validation du système de codage des quatre habitudes (SCQH) pour l'évaluation des compétences relationnelles en médecine générale ambulatoire

CONCLUSION :

L'échelle SCQH est valide dans l'exercice de la médecine générale ambulatoire. Elle permet d'obtenir un outil d'évaluation des compétences relationnelles des médecins généralistes en consultation. Les propriétés psychométriques sont satisfaisantes, en accord avec les études réalisées sur cette échelle(11,32), et les médecins généralistes semblent se situer parmi les meilleurs niveaux de compétences relationnelles.

Certains critères paraissent déterminants dans l'amélioration des soins centrés sur le patient ; une pratique du médecin inférieure à 10 ans, le fait d'être une femme et de réaliser une consultation plus longue. Il serait intéressant de réaliser des études complémentaires au sein de la médecine générale afin de le confirmer.

L'échelle SCQH pourrait être un outil de formation fiable et uniforme dans l'amélioration des soins primaires. Cet outil pourrait être exploité dès le début de cursus des étudiants en médecine en formant les internes de médecine générale et/ou externes via cette échelle de communication.

Pour mesurer l'amélioration des compétences interpersonnelles chez les médecins généralistes, il serait intéressant de réaliser une étude interventionnelle avec un groupe de médecins formé à ce score et un groupe non formé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 17/05/2021

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Chaufanjon', is written over the text.

Pr. Philippe CHAUFANJON

BIBLIOGRAPHIE

1. Ford S. Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). Health Expect. juin 2004;7(2):181-2.
2. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et al. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. J GEN INTERN MED. juill 2016;31(7):755-61.
3. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. Medical Care. août 2009;47(8):826-34.
4. Oakbrook T. Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals | IHI - Institute for Healthcare Improvement [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.ihl.org:80/resources/Pages/Publications/AdvancingEffectiveCommunicationCulturalCompetencePFCC.aspx>
5. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Timmer A, éditeur. PLoS ONE. 9 avr 2014;9(4):e94207.
6. Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. Social Science & Medicine. avr 1995;40(7):903-18.
7. Cegala DJ, McGee DS, McNeilis KS. Components of Patients' and Doctors' Perceptions of Communication Competence During a Primary Care Medical Interview. Health Communication. janv 1996;8(1):1-27.
8. Mantz J-M, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 déc 2006;190(9):1999-2011.
9. Zill JM, Christalle E, Müller E, Härter M, Dirmaier J, Scholl I. Measurement of Physician-Patient Communication—A Systematic Review. Ozakinci G, éditeur. PLoS ONE. 22 déc 2014;9(12):e112637.
10. Candib LM. When the doctor takes off her clothes: Reflections on being seen by patients in the exercise setting. Families, Systems, & Health. 1999;17(3):349-63.
11. Bellier A, Chaffanjon P, Krupat E, Francois P, Labarère J. Cross-cultural adaptation of the 4-Habits Coding Scheme into French to assess physician communication skills. Manzoni GM, éditeur. PLoS ONE. 16 avr 2020;15(4):e0230672.
12. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. Patient Educ Couns. nov 1998;35(3):161-76.
13. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511-44.
14. Pruitt SD. Former les personnels de santé du XXIe siècle: le défi des maladies chroniques. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, Groupe des Maladies Non Transmissibles et Santé Mentale, Dép. Maladies Chroniques et Promotion de la Santé; 2005. 72 p.

15. Davis K, Schoenbaum SC, Audet A-M. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med.* oct 2005;20(10):953-7.
16. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.* oct 2005;61(7):1516-28.
17. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* janv 2007;60(1):34-42.
18. Thorndike RM. Book Review : *Psychometric Theory* (3rd ed.) by Jum Nunnally and Ira Bernstein New York: McGraw-Hill, 1994, xxiv + 752 pp. *Applied Psychological Measurement.* 1 sept 1995;19(3):303-5.
19. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull.* mars 1979;86(2):420-8.
20. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling.* juill 2006;62(1):38-45.
21. Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: A longitudinal case study. *Patient Education and Counseling.* juill 2005;58(1):4-12.
22. Fosli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: Results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Education and Counseling.* août 2011;84(2):163-9.
23. Scholl I, Nicolai J, Pahlke S, Kriston L, Krupat E, Härter M. The German version of the Four Habits Coding Scheme – Association between physicians' communication and shared decision making skills in the medical encounter. *Patient Education and Counseling.* févr 2014;94(2):224-9.
24. Catani RR, Valadares E dos S, Lacombe JB, Mendonça TM da S, Silva CHM da, Paro HBM da S. Cross-cultural adaptation of the Four Habits Coding Scheme (4HCS) for teaching and assessing patient-centered communication skills in Brazil. *Cad Saúde Pública [Internet].* 8 nov 2018 [cité 13 avr 2020];34(11). Disponible sur: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001104002&lng=en&tlng=en
25. 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 Education and Counseling.* sept 2011;84(3):294-302.
26. Leong A, Koczan P, De Lusignan S, Sheeler I. A framework for comparing video methods used to assess the clinical consultation: a qualitative study. *Med Inform Internet Med.* déc 2006;31(4):255-65.
27. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract.* oct 2000;17(5):422-7.
28. Asan O, Montague E. Using video-based observation research methods in primary care health encounters to evaluate complex interactions. *Inform Prim Care.* 2014;21(4):161-70.

29. Sd W, M E, A D. Sample size and optimal designs for reliability studies. *Statistics in medicine* [Internet]. 15 janv 1998 [cité 14 avr 2021];17(1). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9463853/>
30. Bland JM, Altman DG. *Statistics Notes: Correlation, regression, and repeated data*. *BMJ*. 2 avr 1994;308(6933):896.
31. Kottner J, Audigé L, Brorson S, Donner A, Gajewski BJ, Hróbjartsson A, et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *J Clin Epidemiol*. janv 2011;64(1):96-106.
32. Blanc G, Bellier A, Di Marco L. Validation du système de codage des quatre habitudes pour l'évaluation des compétences relationnelles en maïeutique. *Sages-Femmes*. 1 juill 2020;19(4):50-4.
33. 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 Education and Counseling*. sept 2010;80(3):405-9.
34. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
35. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Vo l u m e* . :8.
36. Europe W, Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. *WONCA Europe 2002 (Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille)* [Internet]. *World family doctors Caring for people Europe*; 2002. 52 p. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org>
37. Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula De Torres L, Prados Castillejo JA. [Evolution of the communication profile of family medicine residents]. *Aten Primaria*. 28 févr 2002;29(3):132-41.
38. Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Pérez Fuentes MF, Alcalde Molina MD, Torío Durántez J, Delgado Rodríguez M. Communication skills of tutors and family medicine physician residents in Primary Care clinics. *Aten Primaria*. déc 2016;48(10):632-41.
39. Wouda JC, van de Wiel HBM. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Educ Couns*. janv 2012;86(1):57-62.
40. Bellier A. Factors associated with interpersonal skills in medical students training for standardized medical consultations. 10 mai 2019;56.
41. Jefferson L, Bloor K, Birks Y, Hewitt C, Bland M. Effect of physicians' gender on communication and consultation length: a systematic review and meta-analysis. *J Health Serv Res Policy*. oct 2013;18(4):242-8.
42. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol*. sept 1994;13(5):384-92.

43. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Educ Couns*. déc 2002;48(3):217-24.
44. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 14 août 2002;288(6):756-64.
45. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 1 oct 2017;7(10):e017902.
46. Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Moreno Martos H, Cózar García I, Torío Durántez J. Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Aten Primaria*. déc 2018;50(10):621-8.
47. Pringle M, Stewart-Evans C. Does awareness of being video recorded affect doctors' consultation behaviour? *Br J Gen Pract*. nov 1990;40(340):455-8.
48. Pearce C, Dwan K, Arnold M, Phillips C, Trumble S. Doctor, patient and computer--a framework for the new consultation. *Int J Med Inform*. janv 2009;78(1):32-8.
49. Pearce C, Arnold M, Phillips C, Trumble S, Dwan K. The patient and the computer in the primary care consultation. *J Am Med Inform Assoc*. avr 2011;18(2):138-42.
50. Pearce C, Dwan K, Arnold M, Phillips C. Analysing the doctor-patient-computer relationship: the use of video data. *Inform Prim Care*. 2006;14(4):221-6.

ANNEXES

Annexe 1. Système de codage des 4 habitudes (SCQH).

Système de Codage des Quatre habitudes

Université Grenoble Alpes

Consignes : Notez chacun des items ci-dessous en utilisant les niveaux 1, 3 ou 5. Si vous pensez que la compétence se situe à un niveau intermédiaire, vous pouvez utiliser 2 ou 4.

Critères d'évaluation	Degré d'accord	
Habitude 1 : S'investir dès le début (/30)		
A. Montre de la familiarité avec le patient		
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 du patient (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 du patient, 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. Accueille les patients chaleureusement		
L'accueil du patient est rapide, impersonnel ou inexistant.	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
L'accueil du clinicien montre qu'il reconnaît le patient, mais l'accueil n'est ni très chaleureux ni personnalisé.	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le patient est accueilli 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"/>
C. Fait du bavardage		
Le clinicien va droit au but sans aucune tentative de bavardage (ou coupe la parole au patient 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 le patient à l'aise.	5	<input type="checkbox"/>
D. Utilise principalement des questions ouvertes		

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"/>
Le clinicien essaie d'identifier le(s) problème(s) principalement à l'aide de questions ouvertes (formule ses questions de façon à ce que le patient raconte sa propre histoire, en essayant de ne pas l'interrompre et avec un minimum de questions fermées).	5	<input type="checkbox"/>
E. Encourage l'expression des inquiétudes du patient		
Le clinicien interrompt le patient et lui coupe la parole lorsqu'il essaie d'approfondir sa réponse (n'est clairement pas très intéressé).	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien n'interrompt pas le patient, mais ne cherche pas à en savoir davantage (écoute, mais n'encourage pas le patient à approfondir ou à développer).	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien encourage le patient à approfondir la conversation et à exprimer ses inquiétudes (par ex., à l'aide de formules incitatives comme « Ah ? », « Dites-m'en plus », « Continuez »).	5	<input type="checkbox"/>
F. Suscite toutes les préoccupations		
Le clinicien s'intéresse immédiatement à la première préoccupation du patient sans tenter de découvrir si le patient a d'autres éventuelles préoccupations.	1	<input type="checkbox"/>
	(2)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien fait référence à d'autres sources d'inquiétudes possibles ou demande rapidement au patient s'il a d'autres inquiétudes, avant de s'intéresser au premier problème évoqué par le patient, ou établit un ordre du jour au fur et à mesure de la consultation.	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien tente de recueillir l'ensemble des préoccupations du patient, en établissant un ordre du jour dès le début de la consultation (le clinicien va bien au-delà de la première préoccupation énoncée).	5	<input type="checkbox"/>

Habitude 2 : Obtenir le point de vue du patient (/15)

A. Intéressé par la compréhension du problème du patient

Le clinicien ne cherche pas à comprendre/ne s'intéresse pas au point de vue du patient.	1
	(2)
Le clinicien ne s'intéresse que brièvement ou superficiellement à la façon dont le patient comprend le problème.	3
	(4)
Le clinicien fait preuve d'un grand intérêt quant à la façon dont le patient comprend le problème (par ex., il lui demande ce que ses symptômes signifient pour lui).	5

B. Demande les attentes du patient pour la consultation

Le clinicien n'essaie aucunement de déterminer (ne s'intéresse pas à) ce que le patient attend de la consultation.	1
	(2)
Le clinicien s'intéresse brièvement à ce que le patient attend de la consultation, mais passe rapidement à la suite.	3
	(4)
Le clinicien demande (ou réagit avec intérêt à) ce que le patient attend de la consultation (par ex., s'il a des attentes générales ou spécifiques, telles qu'une ordonnance, l'orientation vers un spécialiste).	5

C. Montre de l'intérêt à propos de l'impact sur la vie quotidienne

Le clinicien n'essaie aucunement de déterminer/ne montre aucun intérêt quant à l'impact que le problème peut avoir sur la vie quotidienne du patient.	1
	(2)
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 du patient.	3
	(4)
Le clinicien cherche à déterminer précisément/s'intéresse réellement à l'impact que le problème peut avoir sur la vie quotidienne du patient (au niveau professionnel, familial, sur les activités quotidiennes).	5

Habitude 3 : Faire preuve d'empathie (/20)

A. Encourage l'expression des émotions

Le clinicien ne fait preuve d'aucun intérêt quant à l'état émotionnel du patient et/ou décourage ou interrompt le patient quand celui-ci exprime des émotions (signale de façon verbale ou non verbale que le patient ne devrait pas exprimer d'émotions).

1

(2)

Le clinicien s'intéresse relativement peu aux émotions du patient, ne l'encourage pas à les exprimer, ou laisse le patient montrer ses émotions, mais l'encourage de façon évidente ou subtile à ne pas s'y attarder.

3

(4)

Le clinicien est réceptif aux émotions exprimées par le patient et l'encourage ouvertement (par ex., il incite le patient à poursuivre ou marque des pauses, montre, de façon verbale ou non, qu'il peut exprimer ses émotions).

5

B. Accepte/comprend les sentiments du patient

Le clinicien n'essaie nullement de montrer qu'il valide les sentiments du patient, voire même les dénigre ou les conteste (par ex., « C'est ridicule de s'inquiéter autant de... »).

1

(2)

Le clinicien prend brièvement acte des sentiments du patient, mais ne fait aucun effort pour montrer qu'il reconnaît leur validité/leur bien-fondé.

3

(4)

Le clinicien fait des commentaires qui montrent clairement qu'il reconnaît la validité/le bien-fondé des sentiments du patient (par ex., « Je me sentirais comme vous à votre place », « Je comprends que ça vous puisse inquiéter »).

5

C. Aide à identifier/nommer les sentiments

Le clinicien n'essaie aucunement d'identifier les sentiments du patient.

1

(2)

Le clinicien fait brièvement référence aux sentiments du patient, mais ne cherche pas vraiment à approfondir en les identifiant ou en les nommant.

3

(4)

Le clinicien essaie manifestement d'explorer davantage les sentiments du patient en les identifiant ou en les nommant (par ex., « Qu'est-ce que cela vous fait ? », « Vous me semblez très inquiet au sujet de... »).

5

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 le patient (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

(2)

Le comportement non verbal du clinicien ne témoigne ni réel intérêt ni désintérêt (ou son comportement change au cours de la consultation).

3

(4)

Le comportement non verbal du clinicien témoigne d'un grand intérêt, il se montre concerné et il établit une certaine proximité avec le patient (par ex., en le regardant dans les yeux, au travers du ton de la voix et de l'orientation du corps) pendant toute la consultation.

5

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

A. Énonce les informations/le diagnostic en fonction des préoccupations du patient

Le clinicien énonce le diagnostic et les informations en des termes qui correspondent aux références du médecin plutôt que de s'adapter au patient

1

(2)

Le clinicien essaie sommairement d'énoncer le diagnostic et les informations en termes de préoccupations du patient.

3

(4)

Le clinicien énonce le diagnostic et d'autres informations pertinentes d'une façon qui fait écho aux préoccupations initiales du patient.

5

B. Marque des pauses permettant l'intégration de l'information

Le clinicien donne les informations et poursuit rapidement, sans donner au patient la possibilité de réagir (donnant l'impression que le patient ne se rappellera pas ou n'intégrera pas complètement toutes les informations).

1

(2)

Le clinicien marque une courte pause pour laisser au patient le temps de réagir, puis passe rapidement à autre chose (donnant l'impression que le patient n'a peut-être pas complètement intégré les informations).

3

(4)

Le clinicien marque une pause après avoir donné les informations au patient afin de lui laisser le temps de réagir et de de les intégrer.

5

C. Explique clairement/sans jargon médical

Les informations sont présentées en termes techniques ou inaccessibles au patient (indiquant que le patient n'a probablement pas entièrement ou correctement compris ces informations).

1

(2)

Les informations contiennent du jargon et sont quelque peu difficiles à comprendre

3

(4)

Les informations sont claires et contiennent peu ou pas de jargon

5

D. Explique la nécessité des examens et traitements

Le clinicien propose de prescrire/prescrit des examens et un traitement, avec peu ou pas d'explication

1

(2)

Le clinicien n'explique que brièvement la raison des examens et du traitement

3

(4)

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 le patient comprenne leur importance pour poser le diagnostic et décider du traitement

5

E. Vérifie efficacement la compréhension

Le clinicien ne fait aucun effort pour déterminer si le patient a compris ce qui a été dit

1

(2)

Le clinicien vérifie de façon rapide et insuffisante si le patient a compris

3

(4)

Le clinicien s'assure que le patient a compris

5

F. Encourage la participation à la prise de décision

Le clinicien ne montre aucun intérêt à impliquer le patient 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 le patient dans la prise de décision, ou se montre relativement peu enthousiaste lorsque le patient essaie de s'impliquer	3	<input type="checkbox"/>
	(4)	<input type="checkbox"/>
Le clinicien encourage clairement le patient et l'invite à participer activement à la prise de décision	5	<input type="checkbox"/>

G. Vérifie l'acceptation du plan thérapeutique

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

H. Explore les obstacles à sa mise en œuvre

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

I. Encourage des questions supplémentaires

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

J. Etablit un plan de suivi clair

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

TOTAL (/115)

Annexe 2. Autorisation d'enregistrement, à remplir et signer par le patient avant enregistrement.



AUTORISATION D'ENREGISTREMENT
UFR de Médecine de Grenoble

Domaine de la Merci, Place du Commandant Nal, 38 700 LA TRONCHE

Je soussigné(e) Mr/Mme.....

Autorise à titre gratuit le Département de Médecine de l'UFR de Médecine de Grenoble à effectuer un enregistrement audio et vidéo dans le cadre d'une thèse de médecine

J'autorise à ce que ces enregistrements soient visionnés 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

LETTRE D'INFORMATION PATIENT

Validation du Système de Codage des Quatre Habitudes pour l'évaluation des compétences relationnelles en médecine générale ambulatoire. Etude observationnelle transversale.

Madame, Monsieur,

Le Dr Bellier Alexandre et les internes en médecine générale POLLIER Lara et TAILLAND Romain vous proposent de participer à une recherche impliquant la personne humaine sans risque ni contrainte. Cette recherche est organisée dans le cadre de leur formation au CHU GRENOBLE Alpes.

Vous êtes libre de participer ou non à cette recherche. Votre refus n'a pas à être justifié et ne modifiera en rien votre prise en charge ou votre relation avec le médecin. Vous avez également le droit à tout moment de vous opposer à l'utilisation de vos données sans encourir aucun préjudice de ce fait.

Vous disposez également d'un délai de réflexion de 7 jours avant de prendre votre décision.

Cette recherche étant non interventionnelle, votre prise en charge médicale sera celle habituelle pour votre pathologie ; des données supplémentaires pourront être recueillies afin de mieux comprendre votre satisfaction et votre prise en charge. Cette recherche n'engendrera aucun frais supplémentaire vous concernant. Vous ne percevrez aucune indemnité.

DESCRIPTIF DE L'ETUDE

Cette recherche concerne l'étude des compétences relationnelles des médecins généralistes en consultation. L'enregistrement vidéo des consultations permettra de constater le niveau de ces compétences. L'enregistrement vidéo de la consultation médicale est nécessaire dans le cadre du projet afin d'observer votre comportement verbal et non verbal mais surtout celui du médecin. La qualité de la communication du médecin et son attitude seront appréciées par l'image et par la voix.

DUREE DE L'ETUDE

Cette étude devrait débuter en juin 2020 et il est prévu qu'elle s'achève en décembre 2020. Vous serez inclus dans l'étude pour la durée de votre consultation.

DROIT A L'IMAGE ET A LA VOIX

Dans le cadre de cette recherche, l'enregistrement vidéo est nécessaire pour l'évaluation. L'autorisation pour le droit à l'image et à la voix vise à se conformer aux dispositions relatives au droit à l'image. La reproduction des fichiers sources et leur diffusion en dehors du cadre de cette étude ne sera pas autorisée. Enfin, le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des vidéos susceptibles de porter atteinte à la vie privée.

BENEFICES, CONTRAINTES ET RISQUES

Cette recherche non interventionnelle ne devrait pas vous procurer de bénéfice direct du fait de votre participation, en dehors d'une possible amélioration de votre satisfaction ressentie à l'issue de la consultation. Cette recherche permettra principalement aux médecins de mieux comprendre leurs niveaux de compétences relationnelles afin d'améliorer leur communication et leur relation avec les patients. Cette amélioration pourrait augmenter le suivi des traitements proposés pour les patients et à terme améliorer la qualité des soins.

De même, l'étude n'entraînera pas de risque supplémentaire car elle se fait uniquement dans le cadre d'une consultation de médecine générale pour laquelle vous consultez. Votre participation à cette recherche n'entraînera aucune modification de votre prise en charge médicale.

CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière.

Ce traitement des données a pour fondement juridique l'article 6 du règlement UE 2016/679 (Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)) à savoir l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable de traitement et les intérêts légitimes poursuivis par lui. De plus, au titre de l'article 9 du RGPD le responsable de traitement peut de manière exceptionnelle traiter des catégories particulières de données, incluant des données de santé notamment à des fins de recherche scientifique.

Les données que nous prévoyons de collecter sont les suivantes :

- Enregistrement vidéo de la consultation centré sur le bureau permettant de rendre visible uniquement le médecin et le patient, à l'exception donc de la table d'examen clinique
- Caractéristiques socio-démographiques : âge, sexe
- Caractéristiques médicales : Consultation antérieure dans l'établissement (date de la dernière consultation)
- Caractéristiques de la consultation : Date et heure de début / heure de fin effectives de la consultation (relevées sur les propriétés vidéo de l'enregistrement), heure programmée de début de la consultation, présence et qualité d'un tiers (accompagnant : conjoint, enfant, autre apparenté 1er degré, apparenté > 1er degré, autre), médecin adresseur (CHU, autre établissement, médecin généraliste libéral, autre spécialiste libéral, médecin traitant)
- Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises et à d'autres entités du CHU Grenoble Alpes, sous une forme qui ne permettra pas votre identification directe ou indirecte.
- Ces données pourront également être utilisées et transmises pour des fins scientifiques dans le cadre de recherches conduites sur les compétences relationnelles médicales ; en cas d'opposition à la poursuite de l'étude et sauf précision de votre part, les données collectées jusqu'à cette date pourront être utilisées.
- Ces données pourront également être utilisées et transmises de manières codées et sécurisées à des tiers à des fins de recherche et d'exploitation des résultats de l'étude.

VOS DROITS

Les données seront transférées et collectées conformément à la méthodologie de référence MR003 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour laquelle le CHU Grenoble Alpes a signé un engagement de conformité.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés,

- Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.
- Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.
- Vous disposez d'un droit à la limitation du traitement de vos données
- Vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli

Si vous souhaitez exercer votre droit à l'effacement de vos données, le responsable de traitement peut au titre des Articles 17.3.c et 17.3.d. du RGPD ne pas faire droit à cette demande si celle-ci est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche. Ainsi, vos données recueillies préalablement au retrait de votre consentement pourront ne pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

- Vous disposez d'un droit de réclamation à une autorité de contrôle (CNIL)

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

A l'issue de cette recherche vous pourrez être informé(e) de ses résultats globaux par courrier adressé au médecin investigateur responsable de l'étude.

VOS CONTACTS

Pour exercer vos droits, ou pour toute question à ce sujet :

Vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du CHU Grenoble Alpes par mail (protection-donnees@chu-grenoble.fr).

Une demande peut aussi être envoyée par courrier à ce délégué à la protection des données ou à la direction générale du CHU Grenoble Alpes à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Si vous estimez, après avoir contacté le DPO du CHUGA, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL :

- Déposer une plainte en ligne : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes/>
- Adresser un message à la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/webform/nous-contacter>

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter le Pr Philippe Chaffanjon

Investigateur responsable de l'étude :

Dr Alexandre Bellier

Coordonnées :

CHU Grenoble Alpes
CS10217 CHU, 38043 GRENOBLE Cedex 09
Tel : 04 76 76 54 61

Promoteur :

CHU Grenoble Alpes

Coordonnées :

CHU Grenoble Alpes - DRCI
Pavillon Dauphiné - Rez-de-chaussée
CS 10217 38043 GRENOBLE Cedex 9
Tel : 04 76 76 59 57

GLOSSAIRE

CHU	:	Centre Hospitalo-Universitaire
Investigateur	:	Personne qui dirige et surveille la réalisation de la recherche
Promoteur	:	Responsable de la recherche et du traitement des données

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

VALIDATION DU SYSTEME DE CODAGE DES QUATRE HABITUDE (SCQH) POUR L'EVALUATION DES COMPETENCES RELATIONNELLES EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE

J'ACCEPTE DE PARTICIPER A CETTE RECHERCHE DANS LES CONDITIONS PRECISEES CI-DESSUS.

Si je le désire, j'ai le droit de refuser de participer à cette recherche ou de retirer mon consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. J'en informerai alors le Dr Alexandre Bellier.

Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par des personnes soumises au secret professionnel et collaborant à cette recherche.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire auprès des médecins investigateurs. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé, après l'anonymat, par le promoteur ou pour son compte. J'ai bien noté que mon droit d'accès prévu par la loi informatique et liberté s'exerce à tout moment.

J'autorise également le promoteur à enregistrer les consultations, à utiliser mon image ainsi que ma voix à condition que celles-ci soient non identifiantes.

J'ai reçu un formulaire d'information détaillé. J'ai reçu une copie du présent document. J'ai été informé(e) qu'une copie sera également conservée par les organisateurs dans des conditions garantissant la confidentialité, et y consens.

VOLONTAIRE :	INVESTIGATEUR :
Nom :	Nom : TAILLAND / POLLIER
Prénom :	Prénom : ROMAIN / LARA
Date :	Date :
Signature du patient volontaire	Signature de l'investigateur

*L*e serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”

VALIDATION DU SYSTEME DE CODAGE DES QUATRE HABITUDES (SCQH) POUR L'EVALUATION DES COMPETENCES RELATIONNELLES EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE

*

RESUME

Objectifs – Les compétences interpersonnelles sont des compétences non techniques indispensables dans l'exercice des soins primaires. L'évaluation et la compréhension de ces compétences sont un enjeu pour l'amélioration de la qualité des soins. L'échelle SCQH est un outil standardisé permettant de mesurer ces compétences en médecine. L'objectif principal de cette étude était de valider cette échelle au sein de la médecine générale ambulatoire. Secondairement, l'étude cherchait à décrire ce niveau de compétence chez les médecins généralistes selon leur niveau d'expérience, leur sexe, les durées de leur consultation ainsi que le suivi et de les comparer à d'autres contextes de soins.

Méthodes – Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale incluant des médecins généralistes en ambulatoire en Isère, Gard, Savoie et Haute-Savoie, ainsi que des patients consultants leurs médecins traitants. Pour permettre l'évaluation des compétences relationnelles par l'échelle SCQH, les consultations étaient enregistrées puis analysées par 2 investigateurs. Un score total pour chaque item a pu être établi. La validité, la consistance interne et la fiabilité de l'échelle ont pu être étudiées.

Résultats – Le score total moyen des items était de 84,1/115 (écart type : 16,6). L'Alpha de Cronbach représentant la consistance interne de l'étude était excellent à 0,953 [IC95% : 0,93 ;0,96]. La corrélation entre les items était en moyenne de 0,69 (écart-type : 0,13). La reproductibilité de la mesure était bonne avec un coefficient de corrélation intra-classe de 0,82 [IC95% : 0,74;0,88] et de 0,99 [IC95% : 0,97 ;0,99] représentant respectivement la fiabilité inter- et intra-juge. Le niveau de compétence augmentait avec la durée de la consultation, si le médecin était une femme, avec une expérience faible et si le patient était primo-consultant.

Conclusion – L'échelle SCQH est valide pour l'évaluation des compétences relationnelle en médecine générale ambulatoire et peut être transposable dans ce cadre à des fins d'évaluation et d'amélioration des compétences.

Mots clés : relation médecin patient, soins centrés sur le patient, soins primaires, consultations en médecine générale, communication, psychométrie, compétences relationnelles, enregistrements vidéo, validité, fiabilité