

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Validation de la version francophone du questionnaire d'attitudes envers les compétences communicationnelles et leur apprentissage (CSAS) chez des étudiants en médecine belges
Givron, Helene; Fischer, Line; Desseilles, Martin

Published in:
Pédagogie Médicale

DOI:
[10.1051/pmed/2021014](https://doi.org/10.1051/pmed/2021014)

Publication date:
2021

Document Version
le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

Citation for published version (HARVARD):
Givron, H, Fischer, L & Desseilles, M 2021, 'Validation de la version francophone du questionnaire d'attitudes envers les compétences communicationnelles et leur apprentissage (CSAS) chez des étudiants en médecine belges', *Pédagogie Médicale*, VOL. 22, Numéro 3, p. 125-138. <https://doi.org/10.1051/pmed/2021014>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Validation de la version francophone du questionnaire d'attitudes envers les compétences communicationnelles et leur apprentissage (CSAS) chez des étudiants en médecine belges

Validation of the French version of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) and their learning in Belgian medical students

Hélène GIVRON^{1,2,*}, Line FISCHER³, et Martin DESSEILLES^{1,2,4}

¹ Département de psychologie, Faculté de médecine, Université de Namur, Namur, Belgique

² Institut Transitions, Université de Namur, Namur, Belgique

³ Département d'éducation et technologie, Université de Namur, Namur, Belgique

⁴ Clinique psychiatrique des Frères Alexiens, Henri-Chapelle, Belgique

Manuscrit reçu le 23 juin 2020 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 14 avril 2021 et le 30 avril 2021 ; accepté pour publication le 2 mai 2021

Résumé – Contexte : Les étudiants en médecine peuvent présenter des attitudes négatives envers les entraînements aux compétences communicationnelles (CC), limitant leur efficacité et transfert dans la pratique. **Objectifs :** Traduire et valider les propriétés psychométriques de la version francophone du questionnaire *Communication Skills Attitude Scale* (CSAS) ; examiner d'éventuelles corrélations entre les attitudes de nos étudiants et certaines variables sociodémographiques et éducationnelles ; explorer les attitudes négatives de nos étudiants par le biais de données qualitatives. **Méthodes :** Un questionnaire auto-administré a été proposé à des étudiants de première, deuxième et troisième année de médecine lors de l'année universitaire 2018–2019. Le questionnaire contenait le CSAS traduit en français, des questions sociodémographiques, éducationnelles, un questionnaire explorant les compétences émotionnelles et une question ouverte pour les étudiants qui rapportaient un score extrême à l'item 19 du CSAS. **Résultats :** 262 étudiants ont rempli ce questionnaire. Dans l'ensemble, l'analyse en composantes principales accrédite la structure originale du CSAS en deux composantes. Le test-retest montre des corrélations significatives en faveur de la fidélité de cette échelle. La validation convergente a été observée via des corrélations positives significatives entre attitudes positives et compétences émotionnelles. Les femmes ont présenté des scores significativement plus élevés d'attitudes positives que les hommes. L'analyse de contenu thématique a permis d'identifier différents thèmes au sein des explications données par les étudiants à leur score à l'item 19. **Conclusion :** Cette étude offre une version francophone du CSAS utilisable pour des objectifs de recherche et d'éducation auprès d'étudiants francophones en médecine. Nos résultats invitent à explorer le fait que les scores d'attitudes positives et négatives pourraient être déterminés par des processus différents ainsi que l'intérêt de coupler l'utilisation de ce questionnaire à des outils de récolte de données qualitatives.

Mots clés : CSAS, attitudes, compétences communicationnelles, étudiants en médecine

Abstract. Background: Medical students may have negative attitudes toward communication skills (CS) training, limiting its effectiveness and transfer to practice. **Objectives:** To translate and validate the psychometric properties of the French version of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) questionnaire; to examine possible correlations between our students' attitudes and certain sociodemographic and educational variables; to explore our students' negative attitudes through qualitative data. **Methods:** A self-administered questionnaire was offered to first-, second-, and third-year medical students in the 2018–2019 academic year. The questionnaire contained the CSAS translated into French, sociodemographic and educational-related questions, a questionnaire exploring emotional competencies, and an open-ended question for students who reported an extreme score on CSAS item 19.

*Correspondance et offprints : Hélène GIVRON, Département de psychologie, Faculté de médecine de l'Université de Namur, 61, Rue de Bruxelles, 5000 Namur, Belgique.

Mailto : helene.givron@unamur.be.

Results: 262 students completed this questionnaire. Overall, the principal component analysis supports the original two-component structure of the CSAS. The test-retest showed significant correlations in favor of the fidelity of this scale. Convergent validation was observed through significant positive correlations between positive attitudes and emotional competencies. Females showed significantly higher scores of positive attitudes than males. Thematic content analysis identified different themes within the students' explanations for their scores on item 19. **Conclusion:** This study provides a French-language version of the CSAS that can be used for research and educational purposes with French-speaking medical students. Our results invite exploration of the fact that positive and negative attitude scores could be determined by different processes and the interest of coupling the use of this questionnaire with qualitative data collection tools.

Keywords: CSAS, attitude, communication skills, undergraduate medical students

Introduction

Contexte et problématique

La formation à la communication médecin-patient au cours de la formation initiale est un sujet d'une grande pertinence pour toutes les facultés de médecine de l'espace francophone, qui, en général, accusent un certain retard par rapport à celles influencées par la culture anglo-saxonne [1]. De bonnes compétences communicationnelles (CC) sont essentielles pour les médecins puisqu'elles leur permettent d'améliorer la prise en charge du patient : meilleur diagnostic, observance du traitement et plus grande satisfaction du patient [2,3]. Les médecins ayant de bonnes CC font état d'un niveau de bien-être plus important [4–7] et d'une plus grande satisfaction dans leur travail [8]. Il a été démontré que ces CC ne s'améliorent pas avec la seule pratique de la médecine et qu'il est dès lors essentiel d'intégrer le développement de ces compétences au sein du programme d'étude en médecine [5,9]. Des auteurs ont montré qu'un entraînement aux compétences communicationnelles (ECC) permet l'amélioration des CC d'étudiants en médecine [10,11].

Toutefois, des études récentes soulèvent un problème de transfert des apprentissages réalisés lors d'ECC vers la pratique clinique [12–15]. Parmi différentes raisons évoquées comme étant à l'origine de ce manque de transfert, il semble que les étudiants présentent une série d'attitudes négatives à l'égard des ECC [16–19]. Précisons que nous entendons par « attitudes » les évaluations (positives ou négatives) qu'ont des étudiants à l'égard de l'apprentissage de CC. Bien qu'il n'existe pas de consensus concernant sa définition, nous considérerons qu'un comportement de communication en santé est un échange – verbal, non verbal ou paraverbal – entre un professionnel de la santé et d'autres membres du corps médical ainsi qu'entre un professionnel de la santé et un patient ou ses proches. Selon la théorie du comportement planifié, les attitudes sont des prédicteurs indirects considérables de la mise en place d'un comportement [20]. Ainsi, le fait que des recherches indiquent que des étudiants partagent des attitudes négatives envers les ECC, en considérant les CC comme étant des compétences faciles à acquérir voire plus ou moins innées, non scientifiques, qui ne valent pas la peine d'être étudiées

en médecine, pose question. Les attitudes négatives des étudiants visent à la fois les CC en tant que telles et les dispositifs d'ECC qui sont organisés en faculté de médecine [16,19]. Ces attitudes négatives sont problématiques puisqu'on sait qu'elles vont influencer la réception des ECC de la part des étudiants [21], le temps qu'ils consacreront à entraîner leurs CC [22] et la manière dont ils utiliseront ensuite les CC face à de vrais patients [23].

Dans le cadre de la création et de l'implantation d'un nouveau dispositif d'ECC dans notre université, nous souhaitons connaître les attitudes préalables de nos étudiants à cet égard. Pour les enseignants en communication en santé, l'intérêt de mesurer les attitudes de leurs étudiants est de prendre connaissance des potentielles barrières et freins à l'efficacité de leur enseignement et de son transfert dans la pratique. Il y a quelques années, un questionnaire a été créé afin de mesurer les attitudes d'étudiants en médecine envers (l'entraînement) des CC : *Communication Skills Attitude Scale* (CSAS) [24]. Depuis, il a été réutilisé à maintes reprises, dans différents contextes et pays, et traduit et validé dans différentes langues [25–42]. Ainsi, le CSAS a été utilisé dans différents pays dans sa version originale (en anglais) : Royaume-Uni [24,26,31], Népal [27], Égypte [32], États-Unis [33], Sri Lanka [34] et Malaisie [35]. Il a également été traduit en plusieurs langues : en turc [29], norvégien [36,43], coréen [37], arabe [38], portugais [44], allemand [39], catalan [28], persan [40], hongrois [41] et finnois [42]. Selon les langues et les pays d'utilisation, la structure des sous-échelles peut changer (par exemple, dans la version norvégienne, il y a trois sous-échelles : apprentissage, importance et respect). Les différences dans le nombre d'items ou d'échelles peuvent être attribuées à la traduction ou à des différences culturelles entre les groupes ayant répondu au questionnaire [28,39]. Aucune traduction ni validation du questionnaire CSAS n'existe en version francophone. Bombeke *et al.* [18] ont collecté des données sur les attitudes d'étudiants belges néerlandophones envers les CC à l'aide de la CSAS, mais à notre connaissance, aucune donnée n'existe sur des étudiants belges francophones. Le questionnaire a été utilisé une fois en français en 2008 sur une population de 104 étudiants libanais, mais aucune information concernant les propriétés psychométriques du questionnaire traduit n'était présente [45]. Il nous semble donc important de combler cette lacune.

En outre, des liens entre les attitudes, mesurées à l'aide du CSAS, et des variables démographiques ou éducationnelles ont été mis à jour. De manière générale, on retrouve des attitudes plus positives chez les étudiants jeunes [46], qui n'ont pas encore d'expérience clinique [16,47] et de genre féminin [18,26,27,44,46,47]. Des résultats mixtes sont apparus concernant les attitudes des étudiants dont les parents sont médecins [28,46]. Des auteurs ont également indiqué des liens entre attitudes positives et compétences émotionnelles [48]. Enfin, des auteurs concluent que les éducateurs en communication en santé doivent s'intéresser aux liens entre attitudes et variables sociodémographiques présents chez leurs étudiants afin de créer des ECC efficaces [28].

Pour finir, certains auteurs affirment que les scores d'attitudes négatives pourraient présenter une consistance interne moindre [26–29] que les scores d'attitudes positives. Dès lors, explorer de manière textuelle les attitudes négatives des étudiants afin de mieux comprendre ce qu'elles englobent pourrait s'avérer une approche complémentaire à l'utilisation du CSAS.

Objectifs

Afin d'offrir un outil valide et fiable aux universités de médecine francophones qui travaillent à la formation initiale de la communication médecin-patient, le principal objectif visé par cet article est de développer une version francophone du CSAS (CSAS-F) et de vérifier que cette version traduite conserve bien les qualités psychométriques de la version princeps. L'objectif secondaire de ce travail est d'examiner, pour la première fois, d'éventuelles corrélations entre scores d'attitudes et variables sociodémographiques et éducationnelles chez des étudiants francophones. Enfin, le troisième objectif de cette étude est d'explorer, par le biais de données textuelles, les attitudes négatives de nos étudiants.

Méthodes

Procédures

Traduction du questionnaire

Après avoir obtenu l'autorisation des auteurs, nous avons procédé à la traduction du questionnaire par la technique de la traduction renversée [49]. Un chercheur francophone a traduit une première fois le questionnaire de l'anglais au français. Ensuite, un chercheur bilingue a traduit cette version traduite en français vers l'anglais, sans l'aide de la version d'origine. Les deux versions en langue anglaise (celle d'origine et celle obtenue par rétro-traduction) ont ensuite été comparées afin de vérifier qu'il n'existait aucune erreur de sens dans la version française. Notre version francophone du questionnaire (CSAS-F) est présentée en [annexe I](#).

Récolte des données

Les étudiants de l'année universitaire 2018–2019 de première, deuxième et troisième années de médecine de

l'Université de Namur ont été invités par des annonces locales à répondre à un auto-questionnaire sur base volontaire et non rémunérée. Tous ces étudiants parlent français, sont en année préclinique et n'ont jamais suivi de cours portant sur la communication médecin-patient. Dans le cadre d'une autre récolte de données, les étudiants de troisième année ont été invités à remplir à nouveau ce questionnaire d'attitudes trois mois plus tard afin de pouvoir réaliser une analyse test-retest.

Les différentes catégories de données ont été recueillies respectivement à l'aide d'instruments appropriés: le questionnaire CSAS-F, une question ouverte relative à l'item 19 du CSAS-F, un questionnaire concernant des informations sociodémographiques et un questionnaire mesurant les compétences émotionnelles. L'ensemble était accessible sur le «laboratoire virtuel» (site web du département de psychologie proposant régulièrement différents questionnaires aux étudiants). Avant de remplir les questionnaires, les étudiants étaient invités à lire et à accepter le formulaire de consentement éclairé pour participer librement à cette étude.

Questionnaire d'attitudes envers les compétences communicationnelles (CSAS-F)

Nous avons choisi d'utiliser le questionnaire «*Communication Skills Attitudes Scale*» (CSAS), car c'est l'outil le plus largement utilisé et validé pour mesurer spécifiquement les attitudes des étudiants en médecine envers les CC [25–42]. Le CSAS est un auto-questionnaire composé d'items créés à la suite de groupes de discussion focalisée organisés avec des étudiants en médecine de première année, qui visaient à mieux comprendre leur point de vue sur l'apprentissage des compétences de communication [24]. Ce questionnaire est composé de 26 items cotés sur une échelle de Likert allant de 1 («pas du tout d'accord») à 5 points («tout à fait d'accord»).

Les 26 items sont équitablement répartis afin de mesurer deux types d'attitudes. La première sous-échelle, composée de 13 items (4, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 21, 22, 23 et 25) mesure les attitudes positives envers l'apprentissage des CC (item 1: «*Pour être un bon médecin, je dois absolument avoir de bonnes compétences communicationnelles*»). Selon Rees *et al.* [24], la version originale en anglais montre les caractéristiques suivantes: une consistance interne satisfaisante (coefficient α de Cronbach = 0,87) pour cette sous-échelle ainsi qu'une bonne fiabilité test-retest (= 0,65; $p < 0,001$). Notons toutefois que le résultat du test-retest doit être considéré avec prudence, car seules deux semaines séparent les deux temps de mesure. La deuxième sous-échelle de 13 items (1, 2, 3, 6, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 24, 26) évalue les attitudes négatives envers l'apprentissage des CC (item 2: «*Je ne vois pas l'intérêt d'apprendre des compétences communicationnelles*»). Selon Rees *et al.* [24], cette sous-échelle montre les caractéristiques suivantes pour la version originale: une consistance interne (coefficient α de Cronbach = 0,81) et une fiabilité test-retest (= 0,77; $p < 0,001$) satisfaisantes; rappelons toutefois la réserve émise ci-dessus concernant les conditions d'administration de ce test-retest.

Après avoir inversé les scores pour les items 1 et 22, l'addition des scores pour les 13 items de chaque sous-échelle donne deux scores : le score total d'attitudes positives (PAS) et le score total d'attitudes négatives (NAS). Les scores vont de 13 à 65, les scores les plus élevés indiquant des attitudes plus fortes.

Question ouverte relative à l'item 19 du CSAS-F

Les étudiants ayant indiqué des réponses supérieures à 3 à l'item 19 (« *je n'ai pas besoin de bonnes compétences communicationnelles pour être médecin* ») ont été invités à expliquer leur réponse. Nous avons ajouté cette question ouverte pour mieux comprendre cette attitude négative rapportée par ces étudiants. Cet item a été choisi au sein de la NAS pour sa proximité avec la définition de la sous-échelle. Cet item nous semblait en effet investiguer de façon « englobante » l'ensemble des attitudes négatives reprises dans cette sous-échelle. Bien que nos données prioritaires soient de nature quantitative (en l'occurrence les variables ordinales produites en réponse aux items du CSAS-F), nous avons donc également obtenu quelques données qualitatives de nature textuelle par l'ajout d'une question ouverte au sein du questionnaire. Notre volonté était d'utiliser ces données textuelles pour mieux comprendre les données chiffrées, dans le cadre d'une étude exploratoire. Le poids accordé aux données textuelles et chiffrées n'est pas comparable puisque nous n'avons des données textuelles que pour l'item 19. Notons que bien que notre démarche puisse s'apparenter à un « modèle d'analyse explicatif [50] », notre recherche ne peut être considérée comme « mixte », puisque nous ne respectons pas le premier critère selon lequel il faut combiner au moins une méthode de collecte de données qualitatives et une méthode de collecte de données quantitatives [51]. En effet, nous n'avons utilisé qu'un outil de récolte de données quantitatives : le questionnaire, au sein duquel nous avons intégré une question ouverte afin de compléter nos données chiffrées par quelques données textuelles.

Questionnaire d'informations sociodémographiques

Tout d'abord, des questions sur le genre, l'âge, l'année d'étude, le niveau d'étude (éducation) et le métier des parents, l'expérience clinique ont été posées. Ces variables ont été choisies sur base d'études antérieures évaluant les liens entre le CSAS et les variables sociodémographiques et éducationnelles [28,46]. Ce sont les variables les plus souvent explorées pour leur relation avec les attitudes à l'égard des CC. Nous avons demandé aux étudiants de préciser s'ils avaient déjà eu une « expérience clinique » pouvant, selon la littérature [16,47], influencer leurs attitudes, bien que les trois premières années de médecine sont « précliniques » à l'Université de Namur. En effet, si aucun étudiant n'a effectué un stage clinique « formel » dans le cadre de sa formation, certains étudiants décident d'en faire un sur base volontaire, sur leur temps libre. Afin de les identifier, nous avons demandé aux étudiants de préciser s'ils avaient déjà effectué un stage et si oui, s'il

était actif ou passif (d'observation). Nous avons donc obtenu trois groupes (aucune expérience de stage, expérience de stage actif et expérience de stage passif). Pour finir, nous avons ajouté une nouvelle question exploratoire concernant des « expériences avec les soins de santé », car nous souhaitions explorer les liens entre attitudes et expériences personnelles avec le milieu médical. Plus précisément, nous avons demandé aux étudiants s'ils avaient déjà eu une « expérience directe avec les soins de santé » (en tant que patient) et si oui, s'il s'agissait d'une expérience heureuse ou malheureuse. Il en résulte trois groupes : aucune expérience directe des soins de santé en tant que patient, expérience directe heureuse et expérience directe malheureuse. Nous avons ensuite demandé aux étudiants s'ils avaient une « expérience indirecte des soins de santé » (en tant que proche parent d'un patient). Il en résulte à nouveau trois groupes : aucune expérience indirecte des soins de santé en tant qu'aidant proche, expérience indirecte heureuse et expérience indirecte malheureuse.

Questionnaire relatif aux compétences émotionnelles

Dans le but de documenter la validité de construit du CSAS-F, nous avons testé sa validité convergente avec le questionnaire *Profile of emotional competence (PCE)* validé en français [52]. Il s'agit d'une mesure auto-rapportée des compétences émotionnelles intra-personnelles et inter-personnelles [52]. Ce questionnaire comprend 10 sous-échelles. Cinq sous-échelles mesurent les compétences émotionnelles intra-personnelles : l'identification (par exemple : « *Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens* »), la compréhension (par exemple : « *Je ne comprends pas toujours pourquoi je suis stressé(e)* »), l'expression (par exemple : « *J'arrive facilement à trouver les mots pour exprimer ce que je ressens* »), la régulation (par exemple : « *Quand je suis triste, il m'est facile de me remettre de bonne humeur* ») et l'utilisation de ses émotions (par exemple : « *J'utilise mes émotions pour améliorer mes choix de vie* »). Ensuite, cinq sous-échelles mesurent les compétences émotionnelles inter-personnelles : l'identification (par exemple : « *J'arrive facilement à savoir ce que les autres ressentent* »), la compréhension (par exemple : « *J'ai du mal à faire le lien entre les réactions d'une personne et ce qu'elle a vécu* »), l'écoute (par exemple : « *Les autres me disent que je suis un bon confident* »), la régulation (par exemple : « *Lorsque je suis face à quelqu'un en colère, je peux facilement le calmer* ») et l'utilisation des émotions d'autrui (par exemple : « *Je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux* »). Chaque sous-échelle est constituée de cinq items. Ainsi, au total, ce questionnaire comprend 50 items. La moyenne des 10 sous-échelles permet d'obtenir un score total de compétences émotionnelles. Une bonne validité concurrente, discriminante et une bonne cohérence interne ont été identifiées par les auteurs de ce questionnaire avec des coefficients α de Cronbach allant de 0,60 à 0,83 [52].

Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), version 24 d'IBM.

Validation psychométrique

La structure interne du CSAS-F a été calculée à l'aide d'une analyse en composantes principales (ACP) exploratoire, avec rotation Varimax. Afin de déterminer le nombre de composantes à extraire de l'analyse, les valeurs propres (*eigenvalue*) ont été examinées. Selon le critère de dimensionnalité de Kaiser-Guttman, seules les composantes dont la valeur propre était supérieure à 1 ont été maintenues. La consistance interne a été calculée à l'aide du coefficient α de Cronbach. La fidélité du questionnaire a été mesurée à l'aide de corrélations, via une analyse test-retest, en recourant au calcul du coefficient de corrélation de Pearson.

Afin de tester la validité de construit du questionnaire CSAS-F, nous avons vérifié s'il existait une corrélation entre les attitudes envers l'ECC et des variables supposées corrélées avec elles sur base théorique, à savoir, les compétences émotionnelles. La validité convergente, permettant de vérifier que les concepts (compétences émotionnelles) censés être liés aux attitudes le sont bien, a été testée en recherchant des corrélations à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson.

La démarche de notre validation psychométrique est soutenue par des recherches antérieures [24,28,36] ayant eu pour objectif de valider le CSAS en versions anglophone, catalane et norvégienne. Pour le choix de cette validation, nous nous sommes basés sur les recommandations de bonne pratique proposées par Boateng *et al.* [53].

Comparaison de moyennes avec certaines variables

Les différences de scores moyens d'attitudes en fonction des variables sociodémographiques et éducationnelles ont été examinées à l'aide de tests *t* pour échantillons indépendants ainsi que des analyses de variance à un facteur (ANOVA). Les conditions d'application ont été au préalable retrouvées : distributions normales, homogénéité des variances des résidus et indépendance des observations. Les différences entre les moyennes ont été considérées comme étant significatives lorsque la valeur de *p* était inférieure à 0,05.

Exploration des attitudes négatives

Les données textuelles ont été lues par deux chercheurs indépendants afin de réaliser une analyse thématique. Après différentes lectures du matériel, chaque chercheur a codé les données indépendamment. Différentes catégories et sous-catégories ont été trouvées sur base des thèmes les plus fréquemment cités dans les réponses des étudiants. Les chercheurs ont ensuite comparé les catégories émergentes. Seules les catégories présentes sous une forme similaire chez les deux chercheurs ont été sélectionnées.

Résultats

Participants

Notre étude transversale a été menée auprès de 262 étudiants (182 femmes et 80 hommes) de première (41 femmes et 21 hommes), deuxième (22 femmes et 10 hommes) et troisième (119 femmes et 49 hommes) années d'études en médecine, inscrits à l'Université de Namur, en Belgique. L'âge moyen de notre échantillon était de 19,82 ans (*S.D.* = 1,18). Le taux de participation était de 23,22 % pour les étudiants de première année, 19,51 % pour les étudiants de deuxième année et 55,26 % pour les étudiants de troisième année. Les 168 étudiants de troisième année de médecine ont été invités à répondre une deuxième fois au questionnaire d'attitudes trois mois plus tard dans le cadre d'une autre récolte de données portant sur cet échantillon. Cent-soixante-deux étudiants sur les 168 ont répondu au questionnaire au temps 2.

Validation psychométrique

Structure interne : analyse en composantes principales

La première valeur propre inférieure à 1 est apparue après avoir pris 10 composantes en compte. Le nombre de composantes à extraire de l'analyse a donc été limité à 9. L'interprétation du diagramme d'éboullis – *scree plot* – (coude de Catell ; voir [figure 1](#)) a permis d'identifier une baisse significative après la première composante et une diminution importante (par rapport aux autres) de la deuxième à la troisième composante. Sur la base de cette figure et sur une base théorique [24], nous avons dès lors fixé l'analyse à deux composantes. Le *scree plot* est une méthode couramment utilisée afin de déterminer le nombre de composantes [54]. Les valeurs propres sont affichées par ordre décroissant, selon une courbe descendante. Le nombre de composantes est alors choisi à l'endroit où la plus forte baisse de valeur propre (« coude ») est observée, signifiant que l'ajout de composantes supplémentaires n'expliquerait pas davantage de variation.

Comme expliqué dans la méthode, une rotation de type Varimax a été appliquée. En effet, bien que les composantes (attitudes négatives et attitudes positives) soient présumées corrélées entre elles, les résultats ont indiqué une corrélation négative faible entre les deux composantes, de $-0,19$, ce qui n'a pas suggéré la pertinence de réaliser une analyse de type Oblimin. Afin de faciliter l'identification des poids les plus élevés pour chaque composante, nous avons fixé un seuil de 0,3 en valeur absolue. Le [tableau I](#) montre, par taille, les poids de chaque item sur les composantes 1 et 2.

À la lecture de ce [tableau I](#), quatre items problématiques peuvent être identifiés. Premièrement, les items 8 et 4 génèrent des scores assez forts sur les deux composantes. Deuxièmement, les items 13 et 20 génèrent des scores faibles (moins de 0,30) sur les deux composantes, ce qui suggère qu'ils ne sont pas représentatifs du concept mesuré. Les 22 autres items se répartissent bien sur une des deux composantes. Toutefois, la composante n'est pas

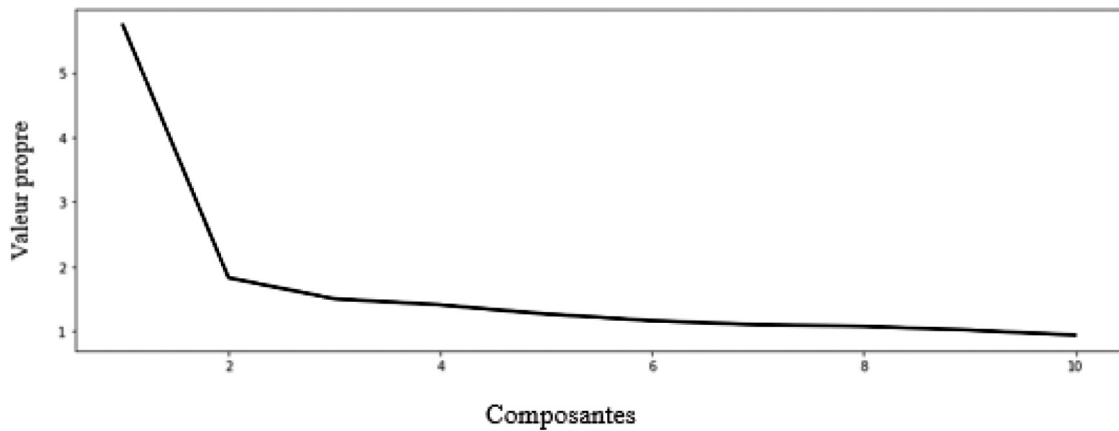


Figure 1. Diagramme d'ébouilissement – *scree plot*– (coude de Cattell), excipée de l'analyse en composantes principales des réponses aux items de la version francophone du *Communication Skills Attitude Scale*.

toujours celle attendue selon le questionnaire initial de Rees *et al.* [24]. En effet, les items 19 et 26, par exemple, génèrent des scores forts, de manière négative, sur la première composante. Selon les sous-échelles de Rees *et al.* [24], on s'attendrait plutôt à ce qu'ils chargent fortement, mais de manière positive, sur la deuxième composante. Si l'on observe les valeurs absolues de l'article de validation original du CSAS de Rees *et al.* [24], on observe des résultats allant dans le même sens. En effet, on observe, par exemple, que leurs items 3 et 24 – censés être repris sous la composante 2 (sous-échelle des attitudes négatives) – chargent en réalité plus sur leur composante 1 (de manière négative). Ces quelques items concernés amènent à se demander dans quelle mesure la composante 2 n'est pas « l'inverse » de la composante 1. Toutefois, les items 15, 22, 17, 3, 11 et 6 reflètent l'existence d'une deuxième composante, différente de la première (ces items ne scorent pas de façon négative sur la première composante). La lecture de ces items permet de comprendre ce que représente cette deuxième composante. Ces items semblent faire surtout référence aux examens, au fait de réussir ses études, à l'enseignement des compétences communicationnelles et à l'idée que cela semble peu convainquant de devoir apprendre cette matière moins « scientifique » pour réussir ses études de médecine. Ainsi, ces items ne semblent plus évaluer l'importance accordée aux CC pour la future profession de médecin (contrairement à la composante 1).

Le pourcentage de variance expliquée par la première composante est de 21,77 % et celui de la deuxième composante est de 7,05 %. Le pourcentage total de variance expliquée est donc de 28,82 %. Ces résultats sont proches de ceux retrouvés par Rees *et al.* [24]. En effet, si l'on retourne à l'article de validation du questionnaire original CSAS [24], on observe un pourcentage total de variance expliquée de 38,42 % avec une variance expliquée pour la première composante de 31,56 % et 6,86 % de variance supplémentaire expliquée par la deuxième composante.

Consistance interne

Les coefficients α de Cronbach ont été calculés pour les sous-échelles PAS et NAS en se basant sur les items supposés être repris dans chacune de ces sous-échelles selon l'article de validation initiale du questionnaire CSAS de Rees *et al.* [24]. Nos résultats indiquent un coefficient α de Cronbach de 0,77 pour la sous-échelle PAS et de 0,62 pour la sous-échelle NAS. Ainsi, comme d'autres auteurs, nous retrouvons une consistance interne plus faible pour la sous-échelle des attitudes négatives, inférieure à 0,70 [27–29]. Nous avons cherché à identifier si la suppression des quatre items considérés comme « problématiques » dans l'analyse réalisée ci-dessus permettait d'améliorer la consistance interne. Les résultats indiquent que la suppression de l'item 4 fait descendre le coefficient α de la sous-échelle PAS à 0,74. La suppression de l'item 8 fait descendre le coefficient α de la sous-échelle NAS à 0,58, la suppression de l'item 13 à 0,60 et enfin la suppression de l'item 20 ne modifie pas le coefficient α . Ainsi, ces analyses indiquent que la suppression d'items a tendance à affaiblir la consistance interne plutôt que l'améliorer.

Fiabilité test-retest

Des corrélations ont été recherchées entre les scores relatifs aux réponses des 162 étudiants au questionnaire CSAS-F au temps 1 (septembre 2018) et au temps 2 (décembre 2018). Les coefficients de corrélation de Pearson sont respectivement de $r(160) = 0,67$ ($p \leq 0,01$) pour la PAS et de $r(160) = 0,59$ ($p \leq 0,01$) pour la NAS. Ces corrélations positives significatives accréditent la fiabilité des deux sous-échelles du questionnaire.

Validité convergente

Afin de tester la validité de construit du questionnaire CSAS-F, nous avons vérifié s'il existait une corrélation entre les attitudes envers l'ECC et des variables supposées

Tableau I. Matrice des composantes de la version francophone du questionnaire *Communication Skills Attitude Scale* (après rotation, lors d'une analyse en composantes principales exploratoire, avec rotation Varimax).

Items	Composante 1	Composante 2
21. Je pense que c'est très utile d'apprendre des compétences communicationnelles pendant les études de médecine	0,66	
2. Je ne vois pas l'intérêt d'apprendre des compétences communicationnelles	-0,63	
26. Les compétences communicationnelles devraient être laissées aux étudiants en psychologie et non aux étudiants en médecine	-0,61	
5. L'apprentissage des compétences communicationnelles m'a aidé ou m'aidera à respecter les patients	0,61	
10. L'apprentissage de la communication a amélioré ou améliorera ma capacité à communiquer avec les patients	0,59	
9. L'apprentissage des compétences communicationnelles a aidé ou facilitera mes compétences de travail en équipe	0,58	
14. L'apprentissage des compétences communicationnelles m'a aidé ou m'aidera à respecter mes collègues	0,58	
19. Je n'ai pas besoin de bonnes compétences communicationnelles pour être médecin	-0,58	
4. Développer mes compétences communicationnelles est tout aussi important que de développer mes connaissances de médecine	0,58	
18. En concourant pour entrer en médecine, je pensais que c'était une très bonne idée d'apprendre des compétences communicationnelles	0,57	
25. Apprendre des compétences communicationnelles est important parce que ma capacité à communiquer est une compétence utile pour la vie	0,56	
7. Apprendre les compétences communicationnelles est intéressant	0,53	
1. Pour être un bon médecin, je dois absolument avoir de bonnes compétences communicationnelles	-0,48	
8. Je n'ai pas envie de me présenter à des sessions sur les compétences communicationnelles	-0,43	0,36
12. Apprendre les compétences communicationnelles est amusant	0,42	
23. L'apprentissage des compétences communicationnelles est applicable à l'apprentissage de la médecine	0,40	
16. L'apprentissage des compétences communicationnelles m'a aidé ou m'aidera à reconnaître les droits des patients en matière de confidentialité et de consentement éclairé	0,37	
13. Apprendre les compétences communicationnelles est trop facile		
15. J'ai du mal à faire confiance aux informations sur les compétences communicationnelles qui me sont données par des enseignants non cliniciens		0,60
24. Je trouve difficile de prendre au sérieux l'apprentissage des compétences communicationnelles	-0,45	0,57
22. Ma capacité à réussir mes examens me permettra de réussir mes études de médecine plutôt que ma capacité à communiquer		-0,53
17. L'enseignement des compétences communicationnelles aurait une meilleure image si cela ressemblait plus à une matière scientifique		0,45
3. Personne ne va rater ses études de médecine parce qu'il/elle a de mauvaises compétences communicationnelles		0,44
11. L'enseignement des compétences communicationnelles présente des évidences puis les complique		0,38
6. Je n'ai pas le temps d'apprendre la communication		0,34
20. J'ai du mal à admettre avoir quelques problèmes en compétences communicationnelles		
Total	5,66	1,83
Pourcentage de variance expliquée	21,77	7,05

corrélées avec elles sur base théorique, à savoir, les compétences émotionnelles. Les résultats de ces calculs de corrélations entre PAS, NAS et les différentes compétences émotionnelles sont présentés dans le [tableau II](#).

Comme indiqué dans le tableau, les coefficients de corrélation entre le score total de compétences

émotionnelles sont respectivement de $r(260) = 0,20$, $p \leq 0,01$ pour la PAS et de $r(260) = -0,27$, $p \leq 0,01$ pour la NAS. Les deux échelles sont donc corrélées aux compétences émotionnelles de façon significative et dans un sens cohérent avec la littérature, ce qui soutient la validité convergente de ce questionnaire.

Tableau II. Tableau d'intercorrélations entre scores d'attitudes (version francophone du questionnaire *Communication Skills Attitude Scale*) et de compétences émotionnelles – CE – (version francophone du questionnaire : *Profile of Emotional Competence*).

	CE intra-personnelles					CE inter-personnelles				
	Identification	Compréhension	Expression	Régulation	Utilisation	Identification	Compréhension	Écoute	Régulation	Utilisation
PAS	0,09	0,00	0,08	-0,03	0,36**	0,20**	0,25**	0,28**	0,12	-0,09
	0,13						0,21**			
	0,20**									
NAS	-0,173*	-0,07	-0,13	0,03	-0,31**	-0,20*	-0,26**	-0,30**	-0,16*	-0,06
	-0,18*					-0,27**				
	-0,27**									

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. CE : compétences émotionnelles ; PAS : score total d'attitudes positives ; NAS : score total d'attitudes négatives.

Comparaison de moyennes avec certaines variables

Les scores moyens des réponses aux deux sous-échelles d'attitude en fonction des caractéristiques démographiques et éducationnelles sont résumés dans le [tableau III](#).

Genre

Notre échantillon final se compose de 182 femmes (69,47 %) et de 80 hommes (30,53 %). Des tests t pour échantillons indépendants ont permis d'identifier une différence significative dans les scores d'attitudes selon le genre de l'ensemble des étudiants (années 1, 2 et 3). Les femmes ont obtenu un score plus élevé à la sous-échelle PAS ($M = 51,89$; $S.D. = 4,9$) que les hommes ($M = 49,09$; $S.D. = 5,30$). Cette différence de moyenne est significative $t(260) = -4,13$ [-4,14 ; -1,47] ; $p < 0,0001$). Les femmes présentent un score de NAS significativement plus faible ($M = 28,48$; $S.D. = 4,4$) que les hommes ($M = 30,36$; $S.D. = 4,57$) : $t(260) = 3,13$ [0,70 ; 3,06] ; $p < 0,01$).

Année d'étude, niveau d'étude et profession des parents, expériences personnelles (directe, indirecte, de stage)

Dans notre échantillon, nous n'avons constaté aucune différence significative dans les scores d'attitudes selon l'année d'étude de l'étudiant, le niveau d'étude ou la profession des parents, l'expérience directe, indirecte ou de stage.

Exploration des attitudes négatives

Douze étudiants ont indiqué une option de réponse supérieure à 3 à l'item 19. Onze étudiants (4,2 %) ont indiqué « 4 : d'accord » et un (0,4 %) « 5 : tout à fait d'accord ». Huit de ces onze étudiants ont expliqué leur réponse. Nous avons identifié deux thèmes principaux dans leurs explications (voir [Tab. IV](#)). La première catégorie principale « valence de l'attitude » se compose de trois sous-thèmes qui s'excluent mutuellement. La première, nommée « attitude neutre », comprend les réponses des étudiants stipulant que le système universitaire leur permet de devenir médecin sans avoir de bonnes

CC, mais sans exprimer leur accord ou non avec cela. La deuxième catégorie appelée « attitude positive » comprend les étudiants qui indiquent que le système académique (qui ne met pas l'accent sur l'importance des CC) les amène à confirmer cet item 19, bien qu'ils ne soient pas d'accord avec. Pour eux, il est essentiel d'avoir de bonnes CC pour être un bon médecin. Enfin, la troisième catégorie « attitude négative » comprend les étudiants qui déclarent que, selon eux, il n'est pas nécessaire d'avoir de bonnes CC pour être médecin. Ensuite, une deuxième catégorie principale a été identifiée et nommée « source de l'attitude ». Les étudiants semblent justifier la valence de leur attitude par deux explications. Cette fois, ces deux sous-catégories ne s'excluent pas mutuellement (certains étudiants font référence aux deux sous-catégories dans leur réponse). La première est le « cursus-actuel ». Les attitudes des étudiants sont alors influencées par leur perception de l'importance des CC dans leur programme d'études actuel. La seconde est la « compétence professionnelle-future ». Dans ce cas, les étudiants expliquent que leurs attitudes envers les CC sont influencées par leur perception de l'importance qu'auront ces compétences pour leur futur métier de médecin.

Discussion

Premièrement, nos résultats accréditent dans l'ensemble la structure originale à deux composantes pour la version francophone du CSAS. L'analyse en composantes principales nous a permis d'identifier que ces deux composantes sont faiblement corrélées négativement. La relative indépendance des sous-échelles PAS et NAS indique que les processus qui sous-tendent ces évaluations pourraient être différents. En effet, nos résultats suggèrent que ces dimensions ne sont pas simplement « les deux faces de la même pièce » et il faut dès lors envisager que les attitudes positives et négatives puissent être déterminées par des choses différentes. La consistance interne de la sous-échelle positive (PAS) était bonne (coefficient α supérieur à 0,70), contrairement à la sous-échelle évaluant les attitudes négatives (NAS), pour laquelle le coefficient α était de 0,63. Des coefficients α de Cronbach inférieurs à

Tableau III. Liens entre variables sociodémographiques, éducationnelles et scores aux différentes dimensions de la version francophone du *Communication Skills Attitude Scale*.

	PAS		NAS	
	Moyenne (S.D.)	Test statistique	Moyenne (S.D.)	Test statistique
Année d'étude				
1 ^{re} ($n=62$)	51,23 (5,21)	$F(2, 259) = 2,29$	29,15 (4,33)	$F(2, 259) = 0,58$
2 ^e ($n=32$)	52,75 (4,08)		28,81 (3,79)	
3 ^e ($n=168$)	50,64 (5,36)		29,07 (4,77)	
Genre				
Homme ($n=80$)	49,09 (5,3)	$t(260) = -4,13^{***}$	30,36 (4,57)	$t(260) = 3,13^{**}$
Femme ($n=182$)	51,89 (4,9)		28,48 (4,43)	
Diplôme plus élevé du père				
Primaire et secondaire ($n=74$)	51,14 (4,62)	$t(260) = 0,196$	28,76 (4,61)	$t(260) = -0,67$
Université ($n=188$)	50,99 (5,44)		29,18 (4,53)	
Diplôme plus élevé de la mère				
Primaire et secondaire ($n=64$)	51,56 (4,95)	$t(260) = 0,93$	28,75 (4,25)	$t(260) = -0,62$
Université ($n=198$)	50,86 (5,29)		29,16 (4,64)	
Métier des parents				
Autre ($n=231$)	50,84 (5,22)	$t(260) = -1,66$	29,13 (4,56)	$t(260) = 0,66$
Médecin ($n=31$)	52,48 (4,95)		28,55 (4,52)	
Expérience directe (patient)				
Expérience heureuse ($n=30$)	52,33 (4,77)	$F(2, 259) = 1,10$	29,03 (4,74)	$F(2, 259) = 0,00$
Expérience malheureuse ($n=15$)	51,27 (5,35)		29,07 (5,11)	
Pas d'expérience ($n=217$)	50,84 (5,25)		29,06 (4,5)	
Expérience indirecte (aidant proche)				
Expérience heureuse ($n=47$)	52,51 (5,17)	$F(2, 259) = 2,46$	28,47 (4,68)	$F(2, 259) = 0,56$
Expérience malheureuse ($n=38$)	50,32 (5,63)		28,92 (4,67)	
Pas d'expérience ($n=177$)	50,80 (5,09)		29,24 (4,49)	
Expérience de stage				
Stage, actif ($n=14$)	50,50 (6,4)	$F(2, 259) = 0,11$	29,36 (4,48)	$F(2, 259) = 0,297$
Stage, passif ($n=121$)	51,15 (5,42)		29,26 (4,70)	
Pas d'expérience de stage ($n=127$)	50,98 (4,9)		28,83 (4,43)	

Note. PAS = Score total d'attitudes positives; NAS = Score total d'attitudes négatives; S.D. = écart-type. Stage « passif » = stage d'observation; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

0,70 (de 0,55 [27], 0,64 [28] ou encore 0,65 [29]) ont également été trouvés dans d'autres études cherchant à valider le CSAS [26–29]. Les valeurs comprises entre 0,60 et 0,69 sont toutefois considérées comme étant acceptables [55]. La suppression d'items amoindrissait davantage les coefficients α ce qui, tout en prenant en compte la saturation des items sur les composantes, nous a poussé à maintenir l'ensemble des items dans ce questionnaire. En outre, les deux échelles ont été corrélées aux compétences émotionnelles dans un sens cohérent avec la littérature. Ainsi, ces résultats soutiennent la validité convergente de ce questionnaire. En outre, le test-retest indique des corrélations significatives soutenant la fidélité du questionnaire CSAS-F. Pour finir, le pourcentage total de variance expliqué par notre questionnaire est de 28,82 %. Il était de 38,42 % dans la version originale, lors de laquelle l'analyse était réalisée sur un échantillon d'une taille presque deux fois supérieure au nôtre ($n=490$). Dans

l'ensemble, nos résultats concordent donc avec ceux de la version originale et contribuent à la validation du questionnaire CSAS en version francophone.

Deuxièmement, les scores recueillis en lien avec les deux échelles d'attitudes étaient associés au genre de la même manière que dans la version originale. Nous constatons le résultat habituel selon lequel les femmes ont des scores d'attitudes positives plus élevés et des scores d'attitudes négatives plus bas que les hommes [18,26,27,44,46,47]. Cette différence est souvent expliquée dans la littérature comme le résultat d'un processus de socialisation qui encouragerait les hommes et les femmes à intégrer des normes, valeurs et comportements différents selon leur genre, typiquement, l'empathie et l'aide à autrui pour les femmes [56,57]. Notons le résultat encourageant selon lequel, quel que soit le genre, les moyennes des scores pour la dimension PAS sont supérieures aux moyennes des scores pour la dimension NAS.

Tableau IV. Grille de codage pour l'analyse des réponses à la question ouverte relative à l'item 19, incluant les catégories émergentes, les sous-catégories, le verbatim et le nombre d'occurrences.

Catégories émergentes	Sous-catégories	Verbatim des 8 étudiants dont la réponse est > 3 à l' item 19 : « <i>Je n'ai pas besoin de bonnes compétences communicationnelles pour être médecin</i> »	Nombre d'étudiants rapportant la catégorie
1. Valence de l'attitude	Neutre	– « Le système actuel d'études médicales n'exige pas que nous soyons empathiques, attentifs ou simplement « humains » pour réussir. Il nous demande de réussir des examens basés uniquement sur la théorie, jamais sur de la pratique. » – « Tout ce qu'il y a à faire pour devenir médecin, c'est réussir ses examens théoriques , l'évaluation de la communication n'est pas vraiment présente pendant le cursus. » – « On peut devenir médecin sans avoir de bonnes compétences communicationnelles. »	3/8
	Positive	– « Le système fait que pour être médecin, il faut réussir ses examens et les compétences en matière de communication sont rarement évaluées. Mais pour être un BON médecin, il faut de bonnes compétences communicationnelles. » – « Nous n'en avons pas besoin pour réussir et nous serons un mauvais médecin sans cela , mais un médecin quand même. » – « Je peux devenir médecin sans avoir de bonnes compétences communicationnelles, mais pas nécessairement un bon médecin. »	3/8
	Négative	– « Même si la communication est une partie importante de la médecine, je ne pense pas qu'elle soit essentielle pour être médecin. Une fois que nous aurons obtenu notre diplôme, nous serons médecins. Avec ou sans bonne communication. » – « Dans la pratique de la médecine, il existe toute une série de possibilités et certaines requièrent moins de compétences communicationnelles avec le patient (radiologie, biologie clinique, anatomo-pathologie, etc.). Je pense que le diplôme de médecine implique plus de compétences scientifiques que communicationnelles. »	2/8
2. Source de l'attitude	Cursus	– « Le système actuel d'études médicales n'exige pas que nous soyons empathiques, attentifs ou simplement « humains » pour réussir. Il nous demande de réussir des examens basés uniquement sur la théorie, jamais sur de la pratique – « Tout ce qu'il y a à faire pour devenir médecin, c'est réussir ses examens théoriques , l'évaluation de la communication n'est pas vraiment présente pendant le cursus. » – « Le système fait que pour être médecin, il faut réussir ses examens et les compétences en matière de communication sont rarement évaluées. Mais pour être un BON médecin, il faut de bonnes compétences communicationnelles. » – « Nous n'en avons pas besoin pour réussir et nous serons un mauvais médecin sans cela, mais un médecin quand même. »	4/8
	Compétence professionnelle	– « Nous n'en avons pas besoin pour réussir et nous serons un mauvais médecin sans cela , mais un médecin quand même. » – « Je peux devenir médecin sans avoir de bonnes compétences communicationnelles, mais pas nécessairement un bon médecin. » – « Le système fait que pour être médecin, il faut réussir ses examens et les compétences en matière de communication sont rarement évaluées. Mais pour être un BON médecin , il faut de bonnes compétences communicationnelles. » – « Dans la pratique de la médecine , il existe toute une série de possibilités et certaines requièrent moins de compétences communicationnelles avec le patient (radiologie, biologie clinique, anatomo-pathologie, etc.). Je pense que le diplôme de médecine implique plus de compétences scientifiques que communicationnelles. »	4/8

Troisièmement, l'ajout de questions ouvertes nous a aidés à mieux interpréter les réponses des étudiants, voire à explorer les causes des attitudes négatives de ces derniers. Nous pensions en effet qu'un score élevé en accord avec l'item 19 refléterait automatiquement l'attitude négative d'un étudiant à l'égard des CC. Pourtant, la première catégorie « valence de l'attitude », qui est ressortie de notre analyse thématique, indique que la réalité pourrait être plus complexe que cela. Bien que ce soit le cas pour certains étudiants, d'autres ont déclaré qu'ils étaient totalement en désaccord avec cette affirmation, mais qu'ils répondaient ainsi car c'est objectivement ce qui se passe dans la réalité : dans leur cursus médical, il est possible de devenir médecin sans avoir pu bénéficier des dispositifs de formation à l'égard de CC. Il est vrai que si les ECC font partie intégrante des programmes des facultés de médecine anglo-saxonnes, néerlandaises et même flamandes, l'enseignement des ECC est encore très incomplet et hétérogène en Wallonie. Comme indiqué dans la section « méthodes », les études visant à valider le CSAS ont stipulé que les différences dans la validation de certains items seraient dues à la traduction ou à des différences culturelles entre les groupes d'étudiants. Dans notre cas, il se peut qu'une différence culturelle dans le manque d'enseignement systématique des CC se reflète dans les attitudes négatives des étudiants. La deuxième catégorie qui ressort de l'analyse des données textuelles et qui indique que le cursus est l'une des sources des attitudes de nos étudiants peut suggérer que la faible présence des ECC dans notre programme d'études médicales envoie implicitement aux étudiants le message selon lequel ces compétences ne sont pas essentielles pour devenir médecin. En effet, le temps et les crédits de cours alloués aux différentes matières font partie de ce que l'on appelle le « curriculum caché » [58], un « ensemble d'influences opérant au niveau de l'organisation et de la culture », p. 404 [59]. L'autre source de formation des attitudes rapportée par les étudiants est la façon dont ils pensent avoir besoin de ces compétences en tant que futurs médecins. A cet égard, il serait intéressant d'examiner si les nombreuses séries médicales actuelles influencent leurs attitudes envers les compétences requises pour être un « bon médecin ».

Cette étude présente certaines limites méthodologiques. La principale limite est la taille de notre échantillon, composé de 262 étudiants. Cette taille est tout juste acceptable pour la validation d'un questionnaire de 26 items et il est fort probable que les résultats de l'analyse en composantes principales auraient été meilleurs avec un échantillon plus important, comme c'est le cas dans d'autres études ayant validé le CSAS sur des échantillons d'une taille parfois jusqu'à quatre fois supérieure au nôtre.

Ensuite, comme les données sont transversales, nous ne pouvons pas tirer de conclusion sur les différences de scores d'attitude selon les années d'étude. Seule une conception longitudinale pourrait fournir une réponse fiable et contrer un potentiel effet de cohorte. En outre, nos résultats peuvent avoir été biaisés si l'on considère que les attitudes

des non-répondants peuvent être quelque peu différentes de celles des répondants. Quoiqu'il en soit, cela est moins préoccupant pour notre objectif principal qui était de valider le questionnaire en version francophone. En outre, il n'y a aucune preuve concernant ce questionnaire indiquant que les répondants auraient des attitudes différentes des non-répondants [26].

Bien que notre choix de recherche de validité convergente soit soutenu par les recommandations récentes de Boateng *et al.* [53] et en accord avec le paradigme de Churchill [60], de futures recherches seront nécessaires afin de récolter un nouvel échantillon indépendant pour réaliser une analyse factorielle confirmatoire qui évitera tout risque de circularité [61] dans l'interprétation des données et également d'améliorer la consistance interne de la sous-échelle NAS.

En outre, les réponses des étudiants au questionnaire pourraient être influencées par un biais de désirabilité sociale. Toutefois, nous avons pris des précautions pour minimiser ce biais, en leur précisant d'indiquer leur propre opinion sur ces items et en rappelant que la confidentialité de leurs réponses était garantie.

Enfin, en ce qui concerne les données textuelles, elles proviennent de seulement huit étudiants et doivent donc être considérées comme purement exploratoires. Cette première exploration nous permet de conclure à l'intérêt de coupler des données de nature chiffrée et textuelle lorsqu'on s'intéresse aux attitudes.

Conclusions

Dans l'ensemble, notre analyse en composantes principales accrédite une structure en deux composantes du questionnaire CSAS en version francophone. Elle confirme les liens entre attitudes, genre et compétences émotionnelles de l'étudiant, soutenant une validation convergente de ce questionnaire. Un test-retest a également permis de confirmer la fidélité de cet outil. Ainsi, nous invitons les enseignants en communication en santé à utiliser ce CSAS-F afin de pouvoir prendre connaissance des attitudes de leurs étudiants et en faire un outil de discussion dans le cadre de l'entraînement qu'ils proposent. Investiguer de manière longitudinale les attitudes de ses étudiants avant et après un ECC peut également être un moyen intéressant d'évaluer, en tant qu'enseignant, l'effet de ce que nous proposons sur nos étudiants. Pour finir, nos résultats invitent les chercheurs à explorer premièrement, si les scores d'attitudes positives et négatives sont déterminés par des processus différents et, deuxièmement, à examiner l'intérêt de coupler l'utilisation de ce questionnaire à des outils de récolte de données qualitatives.

Contributions

Hélène Givron a participé au recueil et à l'analyse statistique et thématique des données, et à l'écriture du manuscrit. Line Fischer a participé à l'analyse thématique et à l'interprétation des résultats. Martin Desseilles s'est

chargé de la procédure d'approbation éthique du projet de recherche, a participé à la conception du protocole de recherche et à la révision du manuscrit.

Approbation éthique

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique local des Cliniques universitaires de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain)-Mont-Godinne et a été menée conformément à la déclaration d'Helsinki.

Liens d'intérêts

Aucun auteur ne déclare de conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

Remerciements

Nous remercions Yuliya Salnikova pour sa participation aux analyses statistiques, nos étudiants en médecine d'avoir répondu à notre questionnaire et le professeur Charlotte Rees de nous avoir permis d'utiliser et de traduire le CSAS.

Annexe I: Version francophone (CSAS-F) du *Communication Skills Attitude Scale* (CSAS) pour étudiants en médecine

1. Pour être un bon médecin, je dois absolument avoir de bonnes compétences communicationnelles*.
2. Je ne vois pas l'intérêt d'apprendre des compétences communicationnelles.
3. Personne ne va rater ses études de médecine parce qu'il/elle a de mauvaises compétences communicationnelles.
4. Développer mes compétences communicationnelles est tout aussi important que de développer mes connaissances de médecine.
5. L'apprentissage des compétences communicationnelles m'a aidé ou m'aidera à respecter les patients.
6. Je n'ai pas le temps d'apprendre la communication.
7. Apprendre les compétences communicationnelles est intéressant.
8. Je n'ai pas envie de me présenter à des sessions sur les compétences communicationnelles.
9. L'apprentissage des compétences communicationnelles a aidé ou facilitera mes compétences de travail en équipe.
10. L'apprentissage de la communication a amélioré ou améliorera ma capacité à communiquer avec les patients.
11. L'enseignement des compétences communicationnelles présente des évidences puis les complique.
12. Apprendre les compétences communicationnelles est amusant.
13. Apprendre les compétences communicationnelles est trop facile.

14. L'apprentissage des compétences communicationnelles m'a aidé ou m'aidera à respecter mes collègues.

15. J'ai du mal à faire confiance aux informations sur les compétences communicationnelles qui me sont données par des enseignants non cliniciens.

16. L'apprentissage des compétences communicationnelles m'a aidé ou m'aidera à reconnaître les droits des patients en matière de confidentialité et de consentement éclairé.

17. L'enseignement des compétences communicationnelles aurait une meilleure image si cela ressemblait plus à une matière scientifique.

18. En concourant pour entrer en médecine, je pensais que c'était une très bonne idée d'apprendre des compétences communicationnelles.

19. Je n'ai pas besoin de bonnes compétences communicationnelles pour être médecin.

20. J'ai du mal à admettre avoir quelques problèmes en compétences communicationnelles.

21. Je pense que c'est très utile d'apprendre des compétences communicationnelles pendant les études de médecine.

22. Ma capacité à réussir mes examens me permettra de réussir mes études de médecine plutôt que ma capacité à communiquer*.

23. L'apprentissage des compétences communicationnelles est applicable à l'apprentissage de la médecine.

24. Je trouve difficile de prendre au sérieux l'apprentissage des compétences communicationnelles.

25. Apprendre des compétences communicationnelles est important parce que ma capacité à communiquer est une compétence utile pour la vie.

26. Les compétences communicationnelles devraient être laissées aux étudiants en psychologie et non aux étudiants en médecine.

*Items à retourner

Références

1. Richard S, Pardo D, Piquard D, Fostier P, Thomas J-M., Vervier JF, *et al.* La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine. *Rev Med Brux* 2012;33:525-30.
2. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001;52:609-20.
3. Lewin S, Skea Z, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach to clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;4:1-66
4. Grembowski D, Paschane D, Diehr P, Katon W, Martin D, Patrick DL. Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *J Gen Intern Med* 2005;20: 271-7.
5. Kurtz S. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci* 2002; 29: 23-29.
6. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Gen Intern Med* 1995;155:1877-84.

7. Wong YS, Lee A. Communication skills and doctor-patient relationship. *Hong Kong Med Diary* 2006;11:7-9.
8. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697-700.
9. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J* 2010;10:38-43.
10. Hauser K, Matthes J. Medical students' medication communication skills regarding drug prescription – a qualitative analysis of simulated physician-patient consultations. *Eur J Clin Pharmacol* 2017;73:429-35.
11. Liu C, Lim RL, McCabe KL, Taylor S, Calvo RA. A Web-based telehealth training platform incorporating automated nonverbal behavior feedback for teaching communication skills to medical students: a randomized crossover study. *J Med Internet Res* 2016;18:e246.
12. Rosenbaum ME. Dis-integration of communication in healthcare education: workplace learning challenges and opportunities. *Patient Educ Couns* 2017;100:2054-61.
13. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Med Educ* 2010;44:662-73.
14. Brown J. Transferring clinical communication skills from the classroom to the clinical environment: perceptions of a group of medical students in the United Kingdom. *Acad Med* 2010;85:1052-9.
15. Heaven C, Clegg J, Maguire P. Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Educ Couns* 2006;60:313-25.
16. Rees C, Garrud P. Identifying undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning: a pilot study. *Med Teach* 2001;23:400-6.
17. 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. *PLoS One* 2014;9:e94207.
18. Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Hal G, *et al.* Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns* 2011;84:310-8.
19. Moral RR, de Leonardo CG, Pérez AC, Martínez FC, Martín DM. Barriers to teaching communication skills in Spanish medical schools: a qualitative study with academic leaders. *BMC Med Educ* 2020;20:1-9.
20. Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. California: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1993.
21. Benbassat J. Teaching the social sciences to undergraduate medical students. *Isr J Med Sci* 1996;32:217-21.
22. Dornan T, David T. Adult learning and continuing education. *Diabet Med* 2000;17:78-80.
23. Newble DI. Assessment of clinical competence. *Br J Anaesth* 2000;84:432-3.
24. Rees C, Sheard C, Davies S. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Med Educ* 2002;36:141-7.
25. Loureiro J, Goncalves-Pereira M, Trancas B, Caldas-de-Almeida JM, Castro-Caldas A. Empathy in the doctor-patient relationship as viewed by first-year medical students: data on validity and sensibility to change of the Jefferson Measure in Portugal. *Acta Med Port* 2011;24:431-42.
26. Cleland J, Foster K, Moffat M. Undergraduate students' attitudes to communication skills learning differ depending on year of study and gender. *Med Teach* 2005;27:246-51.
27. Shankar RP, Dubey AK, Mishra P, Deshpande VY, Chandrasekhar TS, Shivananda PG. Student attitudes towards communication skills training in a medical college in Western Nepal. *Educ Health (Abingdon)* 2006;19:71-84.
28. Molinuevo B, Torrubia R. Validation of the Catalan version of the communication skills attitude scale (CSAS) in a cohort of south European medical and nursing students. *Educ Health (Abingdon)* 2011;24:499.
29. Harlak H, Dereboy C, Gemalmaz A. Validation of a Turkish translation of the Communication Skills Attitude Scale with Turkish medical students. *Educ Health (Abingdon)* 2008;21:55.
30. Harlak H, Gemalmaz A, Gurel FS, Dereboy C, Ertekin K. Communication skills training: effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency. *Educ Health (Abingdon)* 2008;21:62.
31. Power BT, Lennie SC. Pre-registration dietetic students' attitudes to learning communication skills. *J Hum Nutr Diet* 2012;25:189-97.
32. Khashab SS. Attitudes of Alexandria Medical Students towards Communication Skills Learning. *J Egypt Public Health Assoc* 2006;81:355-72.
33. Laurence B, Bertera EM, Feimster T, Hollander R, Stroman C. Adaptation of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) to dental students. *J Dent Educ* 2012;76:1629-38.
34. Marambe KN, Edussuriya DH, Dayaratne KM. Attitudes of Sri Lankan medical students toward learning communication skills. *Educ Health (Abingdon)* 2012;25:165-71.
35. Nor NA, Yusof ZY, Shahidan MN. University of Malaya dental students' attitudes towards communication skills learning: implications for dental education. *J Dent Educ* 2011;75:1611-9.
36. Anvik T, Gude T, Grimstad H, Baerheim A, Fasmer OB, Hjortdahl P, *et al.* Assessing medical students' attitudes towards learning communication skills-which components of attitudes do we measure? *BMC Med Educ* 2007;7:4.
37. Ahn S, Yi YH, Ahn DS. Developing a Korean communication skills attitude scale: comparing attitudes between Korea and the West. *Med Educ* 2009;43:246-53.
38. Ihmeideh FM, Al-Omari AA, Al-Dababneh KA. Attitudes toward communication skills among students'-teachers' in Jordanian public universities. *Australian Journal of Teacher Education* 2010;35:1-11.
39. Busch AK, Rockenbauch K, Schmutzer G, Braehler E. Do medical students like communication? Validation of the German CSAS (Communication Skills Attitude Scale). *GMS Z Med Ausbild* 2015;32:Doc11.
40. Fazel I, Aghamolaei T. Attitudes toward learning communication skills among medical students of a university in Iran. *Acta Med Iran* 2011;49:625-9.
41. Toth I, Ban I, Fuzesi Z, Kesztys M, Nagy L. Attitudes of freshman medical students towards education in communication skills. *Orv Hetil* 2011;152:1535-43.
42. Koponen J, Pyorala E, Isotalus P. Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communication skills. *Med Teach* 2012;34:e198-207.
43. Anvik T, Grimstad H, Baerheim A, Bernt Fasmer O, Gude T, Hjortdahl P, *et al.* Medical students' cognitive and affective attitudes towards learning and using communication skills – a nationwide cross-sectional study. *Med Teach* 2008;30:272-9.

44. Loureiro EM, Severo M, Bettencourt P, Ferreira MA. Attitudes and anxiety levels of medical students towards the acquisition of competencies in communication skills. *Patient Educ Couns* 2011;85:e272-7.
45. Rizik GA, Zoughbi M. L'apprentissage des techniques de communication : attitudes des étudiants en médecine dans un hôpital universitaire au Liban. *Pédagogie Médicale* 2008;9:157-65.
46. Rees C, Sheard C. The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic and education-related characteristics. *Med Educ* 2002;36:1017-27.
47. Rees C, Sheard C. Evaluating first-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course. *Med Teach* 2003;25:302-7.
48. Austin EJ, Evans P, Goldwater R, Potter V. A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Pers Individ Dif* 2005;39:1395-405.
49. Vallerand R. Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Can Psychol* 1989;30:662-80.
50. Creswell JW. Mixed methods designs. Educational research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research. 4th ed. Upper Saddle River: NJ: Prentice Hall, 2012:534-75.
51. Pluye P, Bangochea E, Granikov V, Kaur N, Tang D. A world of possibilities in mixed methods: review of the combinations of strategies used to integrate qualitative and quantitative phases, results and data. *Int J Mult Res Approaches* 2018;10:41-56.
52. Brasseur S, Grégoire J, Bourdu R, Mikolajczak M. The profile of emotional competence (PEC): Development and validation of a self-reported measure that fits dimensions of emotional competence theory. *PLoS One* 2013;8:e62635.
53. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Front Public Health* 2018;6:149.
54. Cattell RB. The scree test for the number of factors. *Multivariate Behav Res* 1966;1:245-76.
55. Nunnally J, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1994.
56. Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach* 2012;34:305-11.
57. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria* 2016;48:8-14.
58. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 1994;69:861-71.
59. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med* 1998;73:403-7.
60. Churchill GA. A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *J Mark Res* 1979;16:64-73.
61. Kriegeskorte N, Simmons WK, Bellgowan PS, Baker CI. Circular analysis in systems neuroscience: the dangers of double dipping. *Nat Neurosci* 2009;12:535.

Citation de l'article : Givron H, Fischer L, Desseilles M. Validation de la version francophone du questionnaire d'attitudes envers les compétences communicationnelles et leur apprentissage (CSAS) chez des étudiants en médecine belges. *Pédagogie Médicale* 2021;22:125-138