

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

THESE N°

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

le 19 novembre 2015

Par Dimitri ARCHAMBAULT

Né le 9 octobre 1988 à POITIERS

**IMPACT DE LA DISTANCE PHYSIQUE
SUR LA QUALITÉ DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT
EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Directeur de thèse

Docteur Philippe CASTERA

Rapporteur de thèse

Professeur Fabrice BONNET

Jury

Monsieur le Professeur Philippe MORLAT	Président
Monsieur le Professeur Fabrice BONNET	Juge
Monsieur le Docteur Benoit BURUCOA	Juge
Monsieur le Docteur Olivier GUISET	Juge
Monsieur le Docteur Philippe CASTERA	Juge

JE REMERCIE LES MEMBRES DU JURY :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Philippe MORLAT,

Docteur en médecine

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier et Chef de service de Médecine
Interne au CHU de Bordeaux

Vous avez encadré mon internat, avec mon premier stage dans votre service et cette étape importante qu'est la soutenance de thèse. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Fabrice BONNET,

Docteur en médecine

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier et Chef de service de Médecine
Interne au CHU de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir effectué le rapport de ce travail et de me faire l'honneur d'accepter de le juger.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Benoit BURUCOA,

Docteur en médecine

Maître de Conférence Associé et Chef de service de Soins Palliatifs et
Accompagnement

Vous vous êtes intéressé au sujet avant son initiation concrète. Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Olivier GUISET,

Docteur en médecine

Chef de service de Réanimation Médicale

Tu diriges un service de pointe, en équilibre, dont la conjoncture hospitalière ne facilite pas sa gestion. Tu trouves le temps et l'énergie de nous enseigner ton savoir. Ta patience et ta disponibilité auprès de tes étudiants est remarquable. Je suis heureux de finir mon internat dans ton service et te remercie de me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail.

A MON DIRECTEUR, MONSIEUR LE DOCTEUR Philippe CASTERA,

Docteur en médecine

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale

J'ai apprécié votre enseignement durant mon internat, votre accompagnement et votre disponibilité durant ce travail. Je vous remercie d'avoir participé à l'élaboration de celui-ci, et de me faire l'honneur d'accepter de le juger.

JE REMERCIE ÉGALEMENT :

Les médecins et les patients qui ont accepté de participer à cette étude.

Le **Professeur SALAMON** et son Interne **Sebastien COUSSIN**, Statisticiens à l'ISPED.

Vos compétences ont été indispensables à la réalisation de ce travail.

Les **Docteurs Daniel FALCINELLI, Caroline DESCLAUX-BIZ et Michel FARINA**,
Médecins Généralistes dans les Landes et Maîtres de stage.

Vous m'avez transmis une part de votre savoir pendant mon internat. Vous avez su valoriser à mes yeux la médecine générale et la place centrale du patient dans nos activités médicales. Je garde un excellent souvenir de mon stage à vos côtés.

REMERCIEMENTS D'EXCEPTION :

A mes parents, Pierre et Floriane,

pour leur soutien, leur patiente, leur Amour et pour m'avoir donné les moyens de faire ce métier. Papa, si tu étais né avec la même cuillère dans la bouche que moi, tu aurais adoré ça !

A mon frère, Quentin,

pour sa générosité, son enthousiasme et que je ne vois pas assez.

A mes grands-parents, tous mes oncles, tantes, cousins et cousines.

Aux génies, poitevins de la première heure,

Vous avez su faire de cet externat un enchaînement d'événements heureux, fabuleux, festifs, excessifs, dangereux parfois.

Merci à Florian, Charles, PAK et Morgane, Sénamiche et Gay-elle, MAC, Paul, Rolli et Caro, Julien, Clément, Dédé, Pierre-Alexis et Marie, Lorraine, Al, Gilles, Walid, Benji, Sultan et les oubliés.

Merci aux anciens sport-étude (Judoc, Ben, Max, Anto) et à l'Access du stade poitevin : heureusement que le sport existe !

A mes coloc' de Bordeaux : Flo le landais et Drey la surfeuse, voileuse, ascendant skieuse, qui ont su être patients et calmes le temps que passe l'orage.

A mes coloc' de Pau : Charlotte alias Guy, poitevine d'un autre jour coloc d'un jour et amie pour toujours ; Céline la pharmacienne, basketteuse et réalisatrice de sex-tape ; Guillaume dit La Pince, pas besoin de plus pour le définir ; Romain, le parisien, absent, très bon mime de La Pince et qui a déjà tout fait 100 fois ; Marie-Raphaëlle aka Mawaph, la fumeuse, à particule, enthousiaste à chaque instants.

Aux co-internes bordelais, aux montois, aux palois, aux bayonnais et surtout à la Team PERIGORD HARDCORE,

sans qui ces 3 ans d'internat ne m'auraient pas laissé ces joyeux souvenirs.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION p.9

1 LA RELATION MÉDECIN-PATIENT ET LA COMMUNICATION.....	10
2 LA COMMUNICATION NON-VERBALE PREND UNE PLACE PRÉPONDÉRANTE.....	11
3 LE CONCEPT DE PROXÉMIE.....	12
4 LE MÉDECIN DANS L'ESPACE DE SON PATIENT.....	13
5 LA PROBLÉMATIQUE.....	13
6 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	14
6.1 OBJECTIF PRINCIPAL.....	14
6.2 OBJECTIF SECONDAIRE.....	14

MATÉRIEL ET MÉTHODE p.15

1 METHODE.....	16
1.1 TYPE D'ÉTUDE.....	16
1.2 POPULATION ÉTUDIÉE.....	16
1.2.1 LES MÉDECINS	
1.2.2 LES PATIENTS	
1.2.3 CRITÈRES D'INCLUSION	
1.2.4 CRITÈRES D'EXCLUSION	
1.2.5 NOMBRE DE SUJETS NÉCESSAIRE	
1.3 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	18
1.4 PROTOCOLE DE L'ÉTUDE.....	19
1.4.1 ENVOI DU DOSSIER	
1.4.2 CONDITIONS DE DISTRIBUTION DES QUESTIONNAIRES	
1.4.3 CONDITIONS DE REMPLISSAGE DE LA « FICHE OBSERVATEUR » ET DE LA « LISTE DES 5 PATIENTS OBSERVÉS »	
1.4.4 CONDITIONS DE REMPLISSAGE DES QUESTIONNAIRES	
1.4.5 CONDITIONS DE RESTITUTION DES QUESTIONNAIRES	
1.5 RECUEIL DES DONNÉES.....	21
2 MATERIEL.....	22
2.1 LA « FICHE OBSERVATEUR ».....	22
2.2 LES QUESTIONNAIRES PATIENT ET MEDECIN.....	24
2.2.1 LE QUESTIONNAIRE PATIENT	
2.2.2 LE QUESTIONNAIRE MÉDECIN	
2.3 PRÉPARATION AU TRAVAIL D'ANALYSE DES RÉSULTATS.....	34
2.3.1 CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL : EVALUATION DE LA CORRÉLATION ENTRE LA DISTANCE ET LA QUALITÉ DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT	
2.3.2 CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE : RECHERCHE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA DISTANCE PHYSIQUE ENTRE LE MÉDECIN ET SON MALADE.	

RESULTATS p.36

1 DONNÉES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	37
1.1 TAUX DE PARTICIPATION.....	37
1.1.1 TAUX DE RÉPONSE DES MÉDECINS	
1.1.2 TAUX DE RÉPONSE DES PATIENTS	
1.1.3 DONNÉES EXPLOITABLES	
1.2 DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTS.....	38
1.3 AUTRES CARACTÉRISTIQUES LIÉES AUX PATIENTS.....	40
1.4 DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES MÉDECINS.....	41
1.5 AUTRES CARACTÉRISTIQUES LIÉES AUX MÉDECINS.....	43
1.6 DONNÉES SUR L'ENVIRONNEMENT.....	47
1.7 DONNÉES SUR LE DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION.....	48
2 DONNÉES OBSERVÉES SUR LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	50
2.1 DONNÉES OBSERVÉES SUR LA DISTANCE MÉDECIN-PATIENT.....	50
2.1.1 SCORE DE DISTANCE VERTICALE	
2.1.2 SCORE DE DISTANCE HORIZONTALE	
2.1.3 SCORE DE CONTACT PHYSIQUE	
2.1.4 PERCEPTION DES MÉDECINS ET DES PATIENTS VIS-À-VIS DE LA DISTANCE PHYSIQUE	
2.2 DONNÉES OBSERVÉES SUR LA QUALITÉ DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT.....	51
2.2.1 SCORE DE QUALITÉ DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT	
2.2.2 PERCEPTION DES MÉDECINS ET DES PATIENTS VIS-À-VIS DE LA QUALITÉ DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT	
3 CORRÉLATION ENTRE LA DISTANCE PHYSIQUE ET LA QUALITÉ DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT.....	53
3.1 DISTANCE PHYSIQUE GLOBALE.....	53
3.2 CONTACT PHYSIQUE.....	53
3.3 DISTANCE HORIZONTALE.....	53
3.4 DISTANCE VERTICALE.....	54
4 ETUDE DES FACTEURS D'INFLUENCE.....	54
4.1 LIÉS AUX PATIENTS.....	54
4.1.1 SEXE	
4.1.2 AGE	
4.1.3 RÉGION D'ORIGINE	
4.1.4 PROFESSION	
4.1.5 ANCIENNETÉ DE SUIVI	
4.1.6 FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS	
4.1.7 PATIENTS GÉNÉS AU CONTACT PHYSIQUE	
4.1.8 PERCEPTION DE L'INTENSITÉ DU CONTACT VISUEL	
4.2 LIÉS AUX MÉDECINS.....	58
4.3 LIÉS À L'ENVIRONNEMENT.....	59
4.3.1 LIEU DE CONSULTATION	
4.3.2 TAILLE DU LIEU	

4.4 LIÉS AU DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION.....	60
4.4.1 CONSULTATION PROGRAMMÉE	
4.4.2 PLUS DE 2 MOTIFS INITIAUX	
4.4.3 MOTIF PRINCIPAL DE CONSULTATION	
4.4.4 DURÉE DE CONSULTATION	

5 DONNÉES SUR L'IMPORTANCE ACCORDÉE AUX ÉLÉMENTS DE LA COMMUNICATION NON-VERBALE.....	62
5.1 IMPORTANCE ACCORDÉE AUX ÉLÉMENTS DE LA COMMUNICATION NON-VERBALE.....	63
5.2 IMPORTANCE ACCORDÉE AUX ÉLÉMENTS DE LA DISTANCE PHYSIQUE.....	64

DISCUSSION p.64

1 RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	65
1.1 CONCERNANT LE SCORE DE DISTANCE.....	65
1.2 CONCERNANT LE SCORE DE QUALITÉ DE RELATION MÉDECIN-PATIENT.....	65
1.3 RAPPEL DES RÉSULTATS SUR LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	65
1.3.1 CORRÉLATION ENTRE LA RELATION MEDECIN-PATIENT ET LA DISTANCE PHYSIQUE	
1.3.2 CORRÉLATION ENTRE LA RELATION MEDECIN-PATIENT ET LE CONTACT PHYSIQUE	
1.3.3 CORRÉLATION ENTRE LA RELATION MEDECIN-PATIENT ET LA DISTANCE HORIZONTALE	
1.3.4 CORRÉLATION ENTRE LA RMP ET LA DISTANCE VERTICALE	
1.3.5 IMPLICATIONS DES RESULTATS EN PRATIQUE CLINIQUE	
1.4 RAPPEL DES RÉSULTATS SUR LE CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE.....	68
1.4.1 PERCEPTION DE L'INTENSITÉ DU CONTACT VISUEL	
1.4.2 LIEU DE CONSULTATION	
1.4.3 AUTRES FACTEURS D'INFLUENCE	
2 LES POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	69
2.1 LE THÈME DE LA THÈSE.....	69
2.2 LE TYPE D'ÉTUDE.....	69
2.3 LE TAUX DE RÉPONSE.....	70
2.4 LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	71
2.5 LA FICHE OBSERVATEUR.....	72
2.6 LES QUESTIONNAIRES.....	72
2.7 L'ANALYSE DES RÉPONSES.....	74
2.8 L'INVESTISSEMENT PERSONNEL.....	74
3 LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE.....	75
3.1 LE THÈME DE LA THÈSE.....	75
3.2 LE TYPE D'ETUDE.....	76

3.3 LA SELECTION DES MÉDECINS.....	76
3.4 LA SÉLECTION DES PATIENTS.....	77
3.5 LA FICHE OBSERVATEUR.....	78
3.7 LES QUESTIONNAIRES.....	78
3.7.1 LE QUESTIONNAIRE MÉDECIN	
3.7.1.1 LA CONNAISSANCE DU QUESTIONNAIRE PAR LES MÉDECINS	
3.7.1.2 LE QUESTIONNAIRE MEDECIN	
3.7.2 LE QUESTIONNAIRE PATIENT	
3.8 LES RÉSULTATS.....	80
3.8.1 CONCERNANT LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL	
3.8.2 CONCERNANT LE CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE	
3.8.3 LES LIMITES DU TEST STATISTIQUE SUR LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL	
3.8.3.1 L'EXEMPLE DU SCORE DE CONTACT PHYSIQUE	
3.8.4 AUTRES	
4 COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE.....	84
5 PERSPECTIVES FUTURES.....	87
5.1 MODIFICATION DES PRATIQUES.....	87
5.2 LES PERSECTIVES DE TRAVAUX DE RECHERCHE SUR CE DOMAINE.....	87

CONCLUSION p.89

BIBLIOGRAPHIE p.92

ANNEXES p.98

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité des soins comme la nécessité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... ». Cette définition place le patient au centre de la démarche de soins. Elle évoque l'utilisation des données actuelles de la Science, le facteur économique... Elle introduit également le concept de satisfaction du patient, par des moyens matériels, mais également humains, et notamment relationnels. Des soins de qualité, selon l'OMS, reposent donc sur une relation médecin-patient (RMP) de qualité.

Dans la pratique quotidienne, le médecin est systématiquement impliqué dans une relation avec ses patients. La communication reste le vecteur de toute relation[1], [2].

1 LA RELATION MÉDECIN-PATIENT ET LA COMMUNICATION :

L'analyse de la littérature montre que les patients ont tendance à restreindre le champ de la qualité des soins aux aspects relationnels avec les professionnels de santé [3], à la qualification des médecins, à la possibilité de choisir son propre médecin, aux coûts et à l'accessibilité. Le public n'a pas les mêmes attentes de la qualité des soins que celles des professionnels de santé [3].

Selon Cicourel, la plus grande source de progrès médical serait l'amélioration de la communication entre soignés et soignants [4].

Deux thèses [5] , [6] s'intéressent à la communication et aux relations interpersonnelles entre le patient et le médecin. Les principaux éléments évoqués par les patients sont l'attitude, la présentation physique, la communication verbale. Une troisième thèse [7] interroge des médecins ayant vécu une expérience en tant que patient. Le premier critère de qualité relationnel de la RMP est la qualité de la communication. L'écoute, les explications, l'accompagnement, le temps consacré à la consultation, le respect et la personnalité sont respectivement de moins en moins importants.

Une étude a montré que la communication améliore la guérison [8]. Il existe également un lien entre mauvaise communication et risque pour le médecin de faire l'objet d'une plainte [9].

La communication, reste peu présente de nos programmes de formation médicale [10]. Plusieurs obstacles à cet enseignement et cet apprentissage existent. Le plus important reste la croyance que savoir communiquer est une compétence déjà acquise par le médecin [11].

2 LA COMMUNICATION NON-VERBALE PREND UNE PLACE PRÉPONDÉRANTE :

Les théories de communication décrivent plusieurs types de communication [12] :

- la communication informative, verbale et technique,
- la communication expressive, non verbale,
- la communication interprétative (où apparaît la problématique du sens des mots et des représentations).

Pour Watzlawick, co-fondateur de l'Ecole de Palo Alto, "on ne peut pas ne pas communiquer" [13]. La communication va bien au-delà des mots. Ainsi il semblerait que seulement 30% du message passe par son contenu (les mots), le reste étant de l'ordre du non-verbal.

Selon Mehrabian, professeur de psychologie et conférencier international en communication, la communication passe à 55% par les éléments non verbaux, et seulement à 7% par les mots [14]. L'intérêt de cette étude réside dans la reconnaissance statistique de l'importance de la communication non-verbale dans la communication.

Rosenthal, professeur des universités en psychologie, prouve grâce au test de Pygmalion que les mots ne représentent qu'une faible part de la communication [15].

Dans sa thèse, Marie PONCET montre que l'on peut communiquer avec des patients déments malgré l'absence d'échange verbal [16].

3 LE CONCEPT DE PROXÉMIE :

La proxémie et la kinésie participent à la construction de la relation qui se crée entre le médecin et son malade. La proxémique est l'étude de la manière dont les êtres vivants gèrent leurs rapports à l'espace dans les relations qu'ils ont entre eux : toute personne qui pénètre dans une zone qui ne lui est pas réservée commet une faute et la personne qui en est victime se sent mal à l'aise, déstabilisée, agressée. Elle définit les différents niveaux de relation sociale principalement sur des critères de distance physique.

Ce concept [17] étudié et établi par E.T. HALL en 1966 est, depuis, le référentiel international anthropologique et sociologique des interactions physiques inter-individus pour les populations occidentales.

Pour l'architecture d'une relation, il est nécessaire d'envisager l'homme comme entouré d'une série de « bulles » invisibles dont les dimensions sont mesurables.

Sont alors définies 4 distances (Cf. ANNEXE 1, 2 et 3) :

- [intime : proche avec contact physique permanent ou éloignée de 15 à 45 cm,
- [personnelle : proche de 45 à 75 cm ou éloignée de 75 cm à 1 m 25,
- [sociale : proche de 1 m 25 à 2 m ou éloignée de 2 m à 3 m 50,
- [publique (seules les 3 premières sont pertinentes dans cette thèse).

L'homme occidental (Amérique du Nord et Europe de l'Ouest) a organisé ses activités et relations sociales selon un ensemble de distances déterminé. Dans le reste du monde, les rapports inter-individuels sont régis par d'autres structures. Un élément défini comme intime dans une culture peut devenir personnel ou même public dans une autre.

4 LE MÉDECIN DANS L'ESPACE DE SON PATIENT :

Il existe un postulat qui place le médecin dans une relation intime avec son patient. A ce jour, très peu d'articles médicaux se réfèrent à la place de la communication non verbale dans la relation médecin-malade [18-21] et un seul article japonais de 1980 [22] semble concrètement évoquer la place de la distance physique dans cette relation. Il en est de même pour les thèses qui explorent la relation médecin-patient.

5 LA PROBLÉMATIQUE :

Ce postulat qui implique le médecin dans une relation intime avec ses patients ne relève évidemment pas que du domaine spatial. En effet, nous touchons le corps de nos malades lors de l'examen clinique, mais le coiffeur ou l'esthéticienne franchissent également ces différentes barrières de distance relationnelle.

Etre à proximité des patients, et notamment lors des phases de communication ou lors des phases d'interaction pourrait améliorer leur perception de la qualité des soins prodigués. Cela pourrait renforcer la confiance qu'ils accordent au médecin. Etre proche pourrait améliorer la perception du niveau d'écoute que le médecin leur porte, améliorer la perception qu'ils ont de l'investissement du médecin dans la consultation. Cela pourrait également compenser le peu de temps dédié à la consultation.

Je partirai de l'hypothèse que la distance physique qui sépare le médecin de son patient prend une place importante dans la qualité de la communication non verbale ; la proximité pourrait optimiser cette relation privilégiée. C'est un élément d'attitude facilement modifiable et reproductible, que ce soit pour la distance horizontale (distance centimétrique séparant 2 individus), la distance verticale (niveau de hauteur séparant 2 individus) ou le contact physique.

Dans mon étude, j'observerai quelles distances séparent le patient du médecin aux différents temps de la consultation, en médecine de premier recours. Je tenterai de déterminer l'influence de la distance sur la qualité de la relation médecin-malade. Je tenterai également de déterminer quels facteurs influent sur la relation médecin-patient.

6 OBJECTIFS DE L'ETUDE :

6.1 OBJECTIF PRINCIPAL :

L'objectif principal de mon étude est de mesurer le lien entre la distance physique et la qualité de la relation médecin-malade lors une consultation de médecine générale.

6.2 OBJECTIF SECONDAIRE :

L'objectif secondaire de mon étude est d'étudier l'influence de certains facteurs sur la distance physique entre le médecin et son patient :

- Facteurs liés au déroulement de la consultation,
- Facteurs liés à l'environnement,
- Facteurs liés au médecin,
- Facteurs liés au patient.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 METHODE :

1.1 TYPE D'ÉTUDE :

J'ai réalisé une étude :

- Observationnelle descriptive transversale pour le critère de jugement principal : étude exploratoire (non interventionnelle) à un temps donné.
- Observationnelle analytique/étiologique visant à :
 - analyser des données en vue de répondre à une question spécifique
 - comprendre la relation cause-effet
 - établir un niveau de risque en fonction des facteurs impliqués.
- Ambispective : prospective et retrospective.
- Randomisée : sondage aléatoire de patients non connus de l'observateur.
- Multi-centrique, régionale (Aquitaine).
- Statistique : comprenant l'examen et le traitement de données numériques relatives à un type d'évènement non souhaité afin d'améliorer la connaissance du risque.

Afin d'observer la distance entre le médecin et son patient, puis d'évaluer l'impact que celle-ci peut avoir sur la qualité de la RMP, j'ai dû comparer l'avis et le ressenti à la fois du médecin et du patient sur la même consultation.

L'utilisation d'un tiers pour une observation objective de cette distance, et l'utilisation d'un double questionnaire médecin-patient apparié m'ont paru être les méthodes les plus adaptées.

1.2 POPULATION ÉTUDIÉE :

1.2.1 LES MÉDECINS :

L'étude concernait initialement 20 médecins généralistes libéraux encadrants des étudiants en médecine dans le cadre des stages praticien de niveau 1, en Aquitaine.

1.2.2 LES PATIENTS :

Pour chaque médecin, l'observateur devait inclure aléatoirement sur une journée de consultation 5 patients, soit un total de 100 patients :

1.2.3 CRITÈRES D'INCLUSION :

- patient majeur,
- homme ou femme,
- consultant seul,
- consultant en cabinet ou en visite à domicile,
- comprenant la langue française,
- capable de répondre au questionnaire (sachant lire et écrire),
- consultation concernant la médecine de premier recours.

1.2.4 CRITÈRES D'EXCLUSION :

- Patient mineur,
- présence d'une tierce personne, autre que l'observateur, durant la consultation (accompagnant le patient),
- patient ne comprenant pas bien la langue française,
- patient incapable de répondre au questionnaire : illettré, analphabète ou présentant des troubles cognitifs,
- tout motif de consultation « spécialisée » (cure thermique, expertise médicale, acupuncture, ostéopathie, hypnose).

1.2.5 NOMBRE DE SUJETS NÉCESSAIRE :

1.2.5.1 Les médecins :

Les études observationnelles transversales ne disposent pas de moyen statistique de calcul de nombre de sujets à observer. L'estimation du nombre se fait sur le principe de jurisprudence. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de données pouvant servir de jurisprudence.

Le nombre de 20 a été choisi suivant les concepts de recherche ethnosociologiques : l'*ethnométhodologie* [23] (porter attention aux mécanismes constitutifs d'interactions entre les

personnes) et la *théorie ancrée* [24] (le chercheur tente de recueillir des données auprès de différents groupes dans le but de vérifier ses hypothèses d'interprétation). Respectivement, le nombre de sujet nécessaires pour observer et vérifier mes hypothèses sont de 10 et 20 sujets. J'ai choisi le nombre nécessaire le plus élevé, afin d'optimiser la puissance de l'étude.

1.2.5.2 Les patients :

Pour 5 des médecins ayant participé au questionnaire pré-test, le fait de poser des questions sur leur pratique médicale « en général » présentait un biais : l'attitude du médecin varie d'un patient à l'autre. J'ai donc pris la décision d'inclure 20 médecins, et 5 patients par médecin.

Le nombre de sujet nécessaires, côté patient, a été défini par le test de corrélation de Cohen [25]. J'ai utilisé le logiciel statistique R avec un module de calcul d'effectif intégrant le test de Cohen. Le calcul a été effectué pour obtenir une corrélation correcte (effet « r » = 0,3) entre la distance physique et la qualité de la RMP. Les résultats obtenus avec la fonction `pwr.r.test(r=0.3,power=0.8,sig.level=0.05,alternative="greater")` donnent $n = 66.55463$. Aux vues des taux d'inclusions des différentes thèses observationnelles sur la RMP, j'ai augmenté le nombre de sujets à 100, afin d'être sûr d'obtenir un minimum de 67 patients.

1.3 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE :

L'étude s'est déroulée entre le 20 août 2015, date des appels téléphoniques aux 20 médecins, et le 5 octobre 2015, date de réception du dernier questionnaire patient.

N'ayant pas eu accès aux listes des maîtres de stage via le Département de Médecine Générale, j'ai obtenu leurs numéros de téléphone grâce aux co-internes de médecine générale que j'ai côtoyé au cours de mon cursus.

J'ai contacté 35 médecins par téléphone via leur secrétariat. Seuls 5 médecins ne m'ont pas rappelé (indisponibles à 3 reprises, je n'ai pas tenté de 4ème relance), 3 n'encadraient plus d'internes, 3 encadraient des SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé) et 4 n'ont pas souhaité participer par manque de temps.

Après présentation de mon projet par téléphone, j'ai envoyé par mail un courrier

formel de demande de participation à ma thèse (cf. ANNEXE 4).

Je leur proposais d'échanger les rôles avec leur interne, s'ils souhaitaient absolument connaître le thème précis de l'étude ou le contenu du dossier. Un seul médecin a choisi d'échanger les rôles avec son interne.

Dans un second temps, j'ai contacté par SMS les internes encadrés par ces médecins afin de les solliciter pour participer à mon travail. Les 13 internes ont accepté.

1.4 PROTOCOLE DE L'ÉTUDE :

1.4.1 ENVOI DU DOSSIER :

J'ai envoyé un dossier par voie postale à chacun des 20 médecins, après accord du médecin et de l'interne encadré.

J'avais au préalable informé le médecin et l'interne que seul l'interne devait découvrir le contenu du dossier et mener l'étude selon le « mode d'emploi » (cf. ANNEXE 5). Tout ceci afin de limiter tout biais d'information et toute modification de comportement de la part du médecin, une fois que les critères à observer seraient connus.

Le dossier contenait :

- 1 courrier à l'attention de l'interne, où je présentais le thème de la thèse, les objectifs et précisais l'importance de garder secret le contenu du dossier aux yeux du médecin .
- 5 « fiches observateur » auxquelles le médecin ne devait pas avoir accès avant la fin du recueil, ni avant d'avoir rempli son questionnaire.
- 1 mode d'emploi pour les « fiches observateur » et le déroulement de l'étude.
- 1 « Liste des 5 patients observés » (date de l'observation, nom, prénom, n° de fiche observateur correspondante),(afin que le questionnaire médecin concorde avec celui du patient).
- 5 « questionnaires patient » et leurs enveloppes roses pré-timbrées et pré-adressées, que l'observateur devait donner à la fin de chaque visite sans que le médecin y ait accès,(à remplir en son absence).
- 1 « questionnaire médecin » comprenant 3 parties : la partie I et II à ne remplir qu'une seule fois (pré-test estimé à 5 minutes), une partie III à remplir pour chacun des 5 patients (pré-test

< 1 minute) ; soit une durée de 10 à 12 minutes au total. Le questionnaire était si possible, à remplir dans la journée où se déroulent les situations.

- 1 enveloppe blanche pré-adressée, pré-timbrée pour le retour des 5 fiches d'observation et du questionnaire médecin, le tout à envoyer dès que possible.

1.4.2 CONDITIONS DE DISTRIBUTION DES QUESTIONNAIRES :

- L'observateur (= l'interne) devait choisir aléatoirement 5 patients selon les critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis.
- La « fiche observation », numérotée de 1 à 5, devait être remplie pendant la consultation.
- En toute fin de consultation, après avoir obtenu le consentement oral de son patient, l'interne devait lui remettre l'enveloppe rose affranchie, et le « questionnaire patient » numéroté de 1 à 5. Puis, l'interne devait saisir le nom et prénom du patient ainsi que son numéro attribué, afin de le faire correspondre à la « fiche observateur » et au « questionnaire médecin ».
- Les questionnaires devaient être distribués si possible sur une seule journée, selon la quantité des consultations et des possibilités d'inclusion.
- Le « questionnaire médecin » devait être donné une fois les 5 observations réalisées, sans que le médecin n'ait connaissance du contenu des « fiches d'observation » ou des « questionnaires patient ». Une « liste des 5 patients observés » devait lui être remise afin de faire concorder les « fiches observateur » et les « questionnaires patients » avec le « questionnaire médecin ».

1.4.3 CONDITIONS DE REMPLISSAGE DE LA « FICHE OBSERVATEUR » ET DE LA « LISTE DES 5 PATIENTS OBSERVÉS » :

Chaque interne devait remplir « 5 fiches observateur », pendant chaque consultation. Puis, inscrire les informations (nom, prénom, date de la consultation, numéro du patient) liées au patient sur la « liste des 5 patients observés » afin que le médecin puisse répondre à son questionnaire en conséquence.

1.4.4 CONDITIONS DE REMPLISSAGE DES QUESTIONNAIRES :

1.4.4.1 Par le patient:

Chaque patient devait remplir son questionnaire seul, au cabinet médical ou à son domicile, mais le plus rapidement possible après la consultation pour garantir une meilleure validité des réponses et éviter les biais de mémorisation.

1.4.4.2 Par le médecin:

Chaque médecin devait remplir son questionnaire « médecin » apparié, rapidement après les 5 consultations, seul, en dehors de la présence de ses patients.

1.4.5 CONDITIONS DE RESTITUTION DES QUESTIONNAIRES :

1.4.5.1 Par le patient:

Chaque patient devait me retourner son questionnaire directement par voie postale pour garantir un anonymat complet (mon adresse est inscrite sur l'enveloppe patient, l'enveloppe est affranchie).

2.4.5.2 Par le médecin:

Chaque médecin devait me retourner son questionnaire, avec les 5 « fiches observateur », dans l'enveloppe affranchie et pré-adréssée, par voie postale.

1.5 RECUEIL DES DONNÉES :

Le recueil des données et l'analyse statistique de mon étude ont été réalisés à l'aide d'un tableur (classeur) Open Office. J'ai bénéficié de l'aide d'un interne de l'ISPED pour la juste analyse de mes données. Il a utilisé le logiciel R. Pour déterminer la valeur statistique de mes résultats, nous avons utilisé :

- Le test de Shapiro : test qui permet de vérifier si les données sont issues d'une population normalement distribuée (si $\text{shapiro} > 0,05$, l'hypothèse est vérifiée et la distribution est normale).
- Le coefficient de corrélation pour le critère de jugement principal : il permet d'établir une corrélation positive entre la distance physique et ses 3 composantes (distance horizontale,

distance verticale, contact physique) et la qualité de la relation médecin-patient. Ce score est compris entre -1 et 1. Sur des données sociales, un coefficient $> 0,5$ est un très bon indicateur d'une corrélation.

- Le test de Wilcoxon pour le critère de jugement principal: test non paramétrique (qui est l'alternative au test paramétrique de Student), il ne nécessite pas de distribution normale. Il permet de voir s'il existe une différence significative entre 2 populations étudiées.

- Le test de Kruskal-Wallis : utilisé dans le cas où l'hypothèse de normalité n'est pas acceptable, c'est un test non paramétrique à utiliser en présence de k échantillons indépendants, afin de déterminer si les échantillons proviennent d'une même population ou si au moins un échantillon provient d'une population différente des autres.

J'ai rédigé ma thèse grâce au traitement de texte d'Open Office.

2 MATERIEL :

2.1 LA « FICHE OBSERVATEUR » :

Pour évaluer la distance qui sépare le médecin du patient, il n'existe pas d'outil validé. Cette « fiche observateur » est l'outil utilisé pour répondre à l'objectif principal (cf. ANNEXE 4).

J'avais pensé utiliser un mètre à ruban pour établir une mesure centimétrique. Cela nécessitait de se rappeler de la position des 2 protagonistes ou de faire des marquages au sol et de décider des points (repères corporels) à partir desquelles les mesures seraient faites... Cela m'a semblé laborieux à réaliser.

Le schéma des différentes possibilités d'interactions entre 2 individus [17] est présenté en ANNEXE 2. A ces interactions correspondent des intervalles de distance, correspondants eux-mêmes aux 4 distances évoquées dans l'introduction (intime, personnelle, sociale, publique). Pour ces différents intervalles de distance, 3 capacités du médecin sont mises en jeu : la capacité à être proche de ses patients (intimité), la capacité à les toucher (empathie), la capacité à se mettre au même niveau de hauteur (partenariat).

Le second élément à prendre en compte, autre que la notion d'espace, c'est la notion de temps (de chronologie). A chaque temps de la consultation doit correspondre une distance : par exemple, le temps de l'examen physique ne peut être assimilé au temps de l'interrogatoire et du recueil de données. J'ai donc dissocié la consultation en 5 temps : débiter l'entretien, recueillir l'information, examen physique, expliquer et planifier, conclure l'entretien [26].

S'y ajoutent un « mode d'emploi » ainsi qu'un « exemple de fiche remplie » (cf. ANNEXE 5 et ANNEXE 6), afin d'éviter les « faux départs ». Ces éléments ont été ajoutés à la suite de 6 pré-tests réalisés en 3 temps par des externes du service de réanimation de l'hôpital Saint André (Bordeaux). Le 3ème temps a permis de valider la facilité d'utilisation, la fiabilité et la reproductibilité de l'outil.

La fiche observateur comprend donc 5 temps déclinés par colonnes :

- Salutations - « bonjour »,
- Interrogatoire, recueil d'informations,
- Examen physique,
- Conversation sur des résultats, l'état de santé, le projet thérapeutique, la conclusion de la consultation ...
- Salutations - « Au revoir ».

Elle comprend 6 possibilités d'interactions (dont 2 correspondantes à un même intervalle de distance) déclinées en 5 lignes via des iconographies correspondantes aux intervalles de distance.

Elle comprend 3 possibilités de position du patient et du médecin aux différents temps de la consultation, soit 6 lignes :

- Au lit/Table d'examen (patient),
- Au fauteuil/Au bureau (patient),
- Debout (patient),
- Assis sur le lit ou sur la table d'examen (médecin),
- Assis sur une chaise ou au bureau (médecin),
- Debout (médecin).

Elle comprend 4 possibilités de contact physique pour les temps de Salutations -
« bonjour » / « au revoir », déclinées en 4 lignes :

- A distance,
- Poignée de main,
- Poignée de main et la seconde main sur l'épaule,
- Fait la bise.

Elle comprend 2 possibilités de contact physique pour les temps voués à la conversation (interrogatoire et discussion sur l'état de santé/projet thérapeutique/bilan de la consultation), soit 2 lignes :

- Aucun contact,
- Main sur l'épaule ou sur la jambe (temporairement).

Tous ces critères déterminent un « score de distance ». Les différents critères relevés devaient obtenir un coefficient plus ou moins important, selon l'importance qu'accordent les patients à chacun de ces critères (inclus dans les questionnaires patient et médecin et évalués selon une échelle numérique de 0 à 10). Ce coefficient n'a finalement pas été appliqué après que j'ai bénéficié de l'aide à la méthodologie auprès du Professeur Salamon. Cela aurait induit un biais de liaison en faveur des résultats que je souhaitais mettre en évidence.

2.2 LES QUESTIONNAIRES PATIENT ET MEDECIN :

Il n'existe pas de questionnaire validé, ni pour l'évaluation de la qualité de la RMP, ni pour l'évaluation des facteurs d'influence. J'ai donc créé des questionnaires pour les patients et pour les médecins afin de recueillir, de la manière la plus pertinente possible et selon les moyens à ma disposition, les données que je souhaitais analyser.

Tous les patients ont été informé du déroulement et du but de l'étude. Leur consentement oral a été obtenu. Leur anonymat a été respecté auprès de moi et de leur médecin. Les médecins n'avaient pas accès u résultat de leur patients, ceux-ci envoyant leur questionnaire directement par voie postale, au moyen d'une enveloppe pré-timbrée fournie avec le questionnaire.

Tous les médecins ont été informés en amont de l'étude et ont accepté de participer. Leur anonymat auprès de moi a été respecté car je ne savais quel médecin me répondait.

2.2.1 LE QUESTIONNAIRE PATIENT : (Cf. ANNEXE 8)

Deux phases de pré-test ont été réalisées. La première était auprès de mes parents, qui n'ont aucune affinité avec le domaine médical, et qui ont su avoir un regard très critique sur la forme de mon travail ; notamment sur la tournure et la compréhension des questions, ainsi que la lisibilité. La seconde phase pré-test était auprès de 5 patients de réanimation et soins intensifs de l'hôpital Saint-André (Bordeaux), qui ont essentiellement permis de changer quelques tournures de phrases et de corriger les fautes d'orthographe. Aucune question n'a posé de problème quant à la compréhension du vocabulaire, au mode de réponse, à la lisibilité, à la « gêne » que pouvait occasionner certaines questions.

Les questionnaires étaient agrafés en haut à gauche. La police était en Arial, taille 12, avec une mise en page aérée sur 5 pages, afin de faciliter la lisibilité aux personnes âgées.

L'entête faisait 10 lignes. Elle comprenait un numéro de 1 à 5 pour les 5 patients observés. Elle intégrait une formule de politesse, une présentation de mon statut et de mon travail de thèse. Le questionnaire était succinctement présenté pour faciliter son appropriation. Je signalais son caractère anonyme et confidentiel, ainsi que l'absence de jugement sur les réponses recueillies. Je précisais le mode d'envoi du questionnaire et terminais par un remerciement.

Seules 2 questions relevaient d'un mode de réponse libre, mais fermé : l'âge et la région d'origine. Le reste du questionnaire ne comprenait que des questions à choix unique, fermées ou pondérées.

Les questions étaient posées dans un ordre précis, pour ne pas influencer certaines réponses. Cela permettait de limiter « l'effet halo » des questionnaires. Les questions n'étaient donc pas regroupées en fonction des 2 critères de jugement, ce qui aurait facilité mon analyse.

La première partie du questionnaire (PARTIE I – VOUS CONCERNANT) correspondait au recueil de facteurs d'influence potentiels (critère de jugement secondaire) : Sexe, âge, région d'origine, profession (selon la classification de l'INSEE), ancienneté de suivi avec le médecin généraliste, fréquence des consultations.

La seconde partie du questionnaire (PARTIE II – VOTRE RESENTI CONCERNANT LA QUALITE DE LA RELATION MEDECIN-MALADE AVEC VOTRE MEDECIN) permettait d'évaluer de façon pondérée, grâce à une échelle d'évaluation numérique de 0 à 10, différents critères de la RMP. Celle-ci intégrait l'évaluation de la qualité de la RMP (critère de jugement principal).

Les critères ont été choisis à l'aide des différentes échelles de mesure de la RMP pré-existantes, validées [27-30]. Une échelle française est en cours de validation [31]. J'ai essentiellement utilisé cette dernière pour construire la partie II du questionnaire. J'y ai intégré les items absents, mais communs aux autres questionnaires validés. J'ai retiré les items directement en lien avec la distance physique, afin d'éviter toute corrélation intrinsèque préexistante entre la distance et la qualité de la RMP.

J'ai délaissé le mode de réponse fermé que propose, par exemple, l'échelle française d'évaluation de la RMP au profit d'une évaluation par échelle numérique, qui offre une meilleure pondération de réponse que ces 3 propositions très fermées « satisfaisant/moyennement satisfaisant/non satisfaisant ». En cas de doute sur une potentielle incompréhension liée au mode de réponse, j'ai ajouté à chaque extrémité de l'échelle les qualificatifs « pas du tout » ou « jamais » pour 0 et « complètement » ou « systématiquement » pour 10.

Les questions ont été, au besoin, reformulées afin de faciliter leur compréhension.

Le questionnaire comprenait 18 critères d'évaluation, classés de A à M :

A/ Le médecin était accueillant et chaleureux. Je me suis senti(e) à l'aise d'emblée.

→ sujet abordé = Mode d'accueil : présent dans la grille française de Boguet-Ariot [31], la grille de Calgary [28], la grille de Rochester [27], la grille de l'American board of internal medicine patient assesement [30].

B/ Avec lui, je me suis senti(e) rassuré(e) et en confiance.

→ sujet abordé = Stress lié à la maladie : absent des 5 grilles (de Boguet-Ariot, de Luc Côté [29], de Calgary, de Rochester et de l'American board of internal medicine patient assesement).

C/ Lors de l'interrogatoire, les questions étaient intrusives et brutales.

→ sujet abordé = Empathie via une communication verbale précautionneuse : présent dans la grille de Luc Côté, la grille de Calgary.

D/ Lors de l'examen de mon corps, je me suis senti(e) agressé(e) dans mon intimité.

→ sujet abordé = Empathie via un examen physique précautionneux : présent dans la grille de Calgary et la grille de l'American board of internal medicine patient assesement.

E/ Malgré les questions tabous ou les questions d'ordre personnelle, et malgré la gêne que peut occasionner l'examen de mon corps, je me suis senti(e) respecté(e).

→ même domaine que les 2 questions précédentes.

F/ Le médecin semble comprendre ma situation et ce que je peux ressentir.

→ sujet abordé = Empathie : présent dans les 5 grilles.

G/ Il m'écoute, me laisse m'exprimer, et si il m'interrompt, il le fait avec tact et respect.

→ sujet abordé = Ecouter / Faciliter l'expression : présent dans les 5 grilles.

H/ Il m'informe honnêtement et franchement des résultats et de ma situation. Il est clair et n'utilise pas de jargon médical que je ne comprends pas.

→ sujet abordé = Informer clairement, franchement, de manière appropriée (sans jargon) : présent dans les 5 grilles.

I/ Il semble me cacher des choses, ou me mentir.

→ sujet abordé = présent dans la grille française de Boguet-Ariot, la grille de Luc Côté, la grille de Calgary, la grille de Rochester, la grille de l'American board of internal medicine patient assesement.

J/ J'ai mon mot à dire dans les prises de décision me concernant, le médecin et moi sommes partenaires.

→ sujet abordé = Partenariat médecin-patient : présent dans la grille française de Boguet-Ariot, la grille de Calgary, la grille de Rochester et la grille de l'American board of internal medicine patient assesement.

K/ Au contraire, il m'informe des décisions, mais ne me demande pas mon avis et ne me laisse pas le choix.

→ sujet abordé = Paternalisme médical : indirectement présent (proposition uniquement en faveur du partenariat, mais pas de proposition concernant les autres attitudes de Porter) dans la grille française de Boguet-Ariot, la grille de Calgary, la grille de Rochester et la grille de l'American board of internal medicine patient assesement.

L/ Il vérifie que j'ai bien compris ce qu'il m'a dit.

→ sujet abordé = Vérifier la compréhension : présent dans la grille française de Boguet-Ariot, la grille de Luc Côté, la grille de Calgary et de façon très brève dans la grille de Rochester (« vérifie si je vais être capable de suivre le traitement »).

M/ Il me demande si j'ai des questions.

→ sujet abordé = Encourager les questions liées à la consultation ou l'expression de motifs cachés : présents dans grille de Boguet-Ariot, la grille de Calgary, la grille de Rochester et la grille de l'American board of internal medicine patient assesement.

La somme des résultats permettait d'établir une moyenne de qualité. Les critères C, D, I et K étaient qualitativement péjoratifs et nécessitaient une inversion de leur cotation afin d'être intégrés dans la moyenne.

La troisième partie (PARTIE III – VOTRE AVIS SUR LA COMMUNICATION DES MEDECINS EN GENERAL) permettait d'évaluer l'importance qu'accordaient les patients aux différents éléments de communication non-verbale pouvant intervenir lors des consultations médicales. Parmi ces éléments, tous les items observés et retranscrits via la « fiche observateur » étaient évalués.

Aucune étude de l'importance que le patient accorde à la distance physique avec son médecin n'a jamais été faite. Je ne souhaitais pas que la pondération (ou la répartition des « points ») pour les items observés pour le critère de jugement principal ne soit faite que par ma seule appréciation arbitraire. Cette partie III permettait donc d'établir un coefficient multiplicateur proportionnel à l'importance accordée par le patient, à appliquer à chaque item observé dans la « fiche observateur » (distance, contact, se mettre au même niveau). Tout ceci dans le but de créer un « score de distance », à corrélér à la qualité de la RMP. Je souhaitais donc que ce score soit dépendant des résultats des items observés et de l'importance qu'accorderont les patients à ces items.

Lors de mon entretien avec le statisticien, après le début du recueil de données, le Professeur Salamon m'a conseillé de ne pas intégrer ce coefficient, car cela entraînait un biais de liaison entre le score de distance et le score de qualité de la RMP. Je n'ai donc pas appliqué ce coefficient.

Les questions de 1 à 10 ne concernaient pas uniquement les items recueillis par la « fiche observateur ». Elles intégraient d'autres éléments de la communication non-verbale, afin de limiter les biais liés aux questions trop ciblées, et pour lesquelles les réponses seraient sur ou sous-estimées, du fait de leur mise en avant. Elles permettaient de voir quels étaient les critères de la communication non-verbale les plus importants aux yeux des patients. Aucun élément de communication para-verbal n'était intégré aux propositions de cette partie

III. L'évaluation difficile de ces éléments et l'impact clinique qu'ils pourraient apporter s'il avaient été importants aux yeux des patients n'auraient pas pu entraîner de modification de pratique du fait de leur reproductibilité médiocre. Je n'ai donc pas intégré le volume, la hauteur de voix, l'élocution, l'intonation, ni le débit.

Les réponses étaient, comme pour la partie II, pondérées selon une échelle numérique de 0 à 10.

Ces 10 questions étaient également posées au médecin. Le but était de voir si les items observés pour le critère de jugement principal pouvaient leur sembler (au patient et au médecin) consciemment pertinents.

Les 10 propositions suivantes étaient basées sur les éléments de communication non-verbale présents dans les 5 grilles d'évaluation énoncées dans la partie précédente. Elles intégraient également les items observés pour le critère de jugement principal. Les propositions de communication non-verbale étaient tant que possible ordonnées selon la chronologie d'une consultation « normale ».

Il y avait 10 situations à évaluer, classées de 1 à 10 :

1/ Me serrer la main pour me dire « bonjour » et ne pas seulement me saluer de loin.

→ sujet abordé = L'accueil par le contact physique.

2/ L'aspect physique de mon médecin (look vestimentaire, hygiène, allure, sembler en bonne santé).

→ sujet abordé = L'aspect extérieur / Le « paraître ».

3/ Etre calme, posé, et disponible. Ne pas faire 2 choses en même temps ou être dissipé.

→ sujet abordé = L'écoute active.

4/ Etre proche de moi lors des discussions, afin de créer une relation intime et particulière.

→ sujet abordé = La proximité.

5/ Prendre une attitude physique ouverte et une position d'écoute lors des discussions.

→ sujet abordé = L'écoute active.

6/ Savoir se mettre au même niveau de hauteur afin de discuter d'égal à égal. (exemple : le médecin s'assoit sur le lit ou sur une chaise si vous êtes assis dans le lit)

→ sujet abordé = Favoriser l'échange en réduisant tout rapport de force relationnel.

7/ Me regarder lorsqu'il s'adresse à moi, ou que je m'adresse à lui.

→ sujet abordé = Favoriser l'échange / Ecoute active.

8/ Poser sa main sur mon épaule pour me rassurer ou renforcer notre relation.

→ sujet abordé = Contact physique.

9/ Utiliser des gestes et des expressions faciales variées et adaptés aux discussion.

→ sujet abordé = l'Expression.

10/ Me serrer la main pour me dire «au revoir» et ne pas seulement me saluer de loin.

→ sujet abordé = Contact physique.

La dernière partie (PARTIE IV – CONCERNANT LA CONSULTATION QUE VOUS VENEZ D'AVOIR) comprenait des questions sur les facteurs d'influence potentiels, une question sur la perception de la bonne distance du médecin, et une dernière question sur le ressenti global de la qualité de la RMP.

La question sur la bonne distance permettait de comparer le ressenti global avec le « résultat du score de distance » et avec la réponse du médecin à cette même question.

La dernière question, sur la qualité globale de RMP, permettait de classer les différents scores de RMP selon le niveau de qualité établi par les patients et de comparer le ressenti avec celui de leur médecin.

2.2.2 LE QUESTIONNAIRE MÉDECIN : (Cf. ANNEXE 9)

Trois phases pré-tests ont été réalisées. La première, auprès de mes co-internes de spécialité (médecine interne, hépato-gastro-entérologie, anesthésie-réanimation), a mis en évidence une difficulté à évaluer la distance, en centimètres, qui les séparait de leurs patients. J'ai donc privilégié, comme pour la « fiche observateur », une estimation des distances par les possibilités d'interaction avec les patients. Ceci facilitait l'analyse statistique et permettra plus aisément de comparer ce questionnaire avec les résultats de la « fiche observateur ». A été mis en avant le biais lié aux questions concernant l'attitude adoptée auprès des patients, en général. La deuxième et la troisième phases pré-test, réalisées auprès de 2 puis 3 internes de médecine générale ayant déjà fait leur stage chez le praticien niveau 1, ont permis de modifier les questions et d'opter pour des réponses fermées, afin de faciliter le recueil statistique. Il leur a semblé important de préciser sur le questionnaire que cette thèse n'avait pas pour but d'évaluer ou de juger les pratiques. Les fautes d'orthographe et oublis de mots ont été corrigés. Les pré-tests ont permis d'estimer le temps de réponse à 8 à 15 minutes.

Les questionnaires étaient agrafés en haut à gauche. La construction et la présentation étaient les mêmes que pour les « questionnaires patient ».

L'entête faisait 3 lignes. Je précisais son anonymat et sa confidentialité, ainsi que l'absence de jugement sur les réponses recueillies.

Tout comme le « questionnaire patient », les questions étaient posées dans un ordre précis, pour ne pas influencer certaines réponses et limiter « l'effet halo » des questionnaires. Les questions n'étaient donc pas regroupées en fonction des 3 critères de jugement.

La première partie (PARTIE I – VOUS CONCERNANT) ne comprenait que des questions à choix unique, et intégrait le recueil de potentiels facteurs d'influence de distance. Elle contenait 10 items : Sexe, âge, statut, milieu d'exercice, mode de vie, sentiment d'être heureux au travail, croyance religieuse, formation antérieure en communication, préoccupation de l'impact de la communication dans les soins, expérience personnelle en tant que patient.

La seconde partie (PARTIE II – CONCERNANT VOS RELATIONS MEDECIN-PATIENT EN GENERAL), était composée de 3 sous-parties.

La première sous-partie visait à recueillir la pratique habituelle du médecin concernant la distance qu'il met entre lui et ses patients. Les différents items correspondaient aux items de la « fiche observateur ». Une question intégrée à cette première sous-partie n'entrait pas dans le cadre de la « fiche observateur » : la question sur le fait de regarder ses patients lors des échanges verbaux, qui est un biais de confusion dans la recherche de corrélation entre la distance et la qualité de la RMP. Cette sous-partie permettra de voir si l'estimation de la pratique des médecins observés correspond à ce qui sera observé réellement pour 5 de leurs patients.

Elle comportait 7 questions à choix de réponse unique, numérotées de 1 à 7 :

1/ De quelle manière saluez-vous vos patients ?

2/ Lorsque vous discutez avec vos patients, vous mettez-vous au même niveau (en hauteur) qu'eux ?

(exemple : je m'assoie sur la table d'examen ou sur le lit si le patient est allongé, je m'assoie sur une chaise s'il est assis)

3/ Dissociez-vous le recueil d'information (motif de consultation, recherche de plaintes, interrogatoire, histoire de la maladie, etc ...) de l'examen physique ?

4/ Le cas échéant, au temps de l'interrogatoire, de quelle distance estimez-vous être séparé(e) de vos patients en général ?

5/ Toujours en dehors de l'examen clinique, mais cette fois-ci lorsque que vous discutez avec vos patients sur leur état de santé, les résultats d'examens réalisés, etc, ou que vous faites la conclusion de la consultation qui vient de se dérouler, de quelle distance estimez-vous être séparés, en général ?

6/ Lors que vous communiquez avec vos patients, les regardez-vous ?

7/ Lorsque vous quittez le domicile ou qu'ils quittent votre cabinet, par quel moyen dites-vous « au revoir » ?

La seconde sous-partie comprenait des questions sur des facteurs d'influence potentiels, une question sur le contact physique à comparer avec la « fiche observateur » et une question sur la bonne distance estimée (la même que dans le questionnaire patient). La question sur la bonne distance permettait de comparer le ressenti global avec le « résultat du score de distance » et avec la réponse des patients à cette question.

Les questions étaient numérotées de 8 à 12 :

8/ Pensez-vous être à bonne distance de vos patients ?

9/En dehors de l'examen physique, touchez-vous vos patients (exemple : main rassurante sur l'épaule ou sur la cuisse) lorsque que vous communiquez avec eux ?

10/ De manière générale (au travail et en dehors), êtes-vous gêné par le contact physique avec autrui ?

11/ Toucher vos patients vous demande-t-il un effort ?

12/ Etes-vous limité(e) par le fait que les patients puissent sentir les odeurs que vous dégagez (parfum, transpiration, haleine), ou par les odeurs qu'ils peuvent dégager ?

La dernière sous-partie de la partie II comportait les mêmes 10 questions que la partie III des « questionnaires patient ». Elle permettait d'évaluer l'estimation que le médecin faisait de l'importance que pouvaient accorder les patients aux différents éléments de communication non-verbale. Parmi ces éléments, tous les items observés et retranscrits via la « fiche observateur » étaient évalués. Elle permettait de voir si l'estimation du médecin correspond aux attentes de ses patients et si médecins et patients trouvent pertinents les items observés pour le critère de jugement principal.

Il y avait 10 situations à évaluer, classées de 1 à 10 et pondérées selon une échelle numérique de 0 à 10 :

- 1/ Leur serrer la main pour leur dire « bonjour » et ne pas seulement les saluer de loin.
- 2/ L'aspect physique (look vestimentaire, hygiène, allure, sembler en bonne santé).
- 3/ Etre calme, posé, et disponible. Ne pas faire 2 choses en même temps ou être dissipé.
- 4/ Etre proche d'eux lors des discussions, afin de créer une relation intime et particulière.
- 5/ Prendre une attitude physique ouverte et une position d'écoute lors des discussions.
- 6/ Savoir se mettre au même niveau de hauteur afin de discuter d'égal à égal.
(exemple : s'asseoir sur le lit ou sur une chaise si le patient est assis dans le lit)
- 7/ Les regarder lorsque vous vous adressez à eux, ou qu'ils s'adressent à vous.
- 8/ Savoir les rassurer par le contact physique et renforcer votre relation médecin-malade en posant votre main sur leur épaule.
- 9/ Utiliser des gestes et des expressions faciales variées et adaptés aux discussions.
- 10/ Leurs serrer la main pour leurs dire « au revoir » et ne pas seulement les saluer de loin.

La dernière partie (PARTIE III – CONCERNANT LE PATIENT OU LA PATIENTE N° 1 À 5) comportait 3 questions sur des facteurs potentiels d'influence de la distance. La dernière question, sur la qualité globale de RMP (la même que dans le « questionnaire patient »), permettait de comparer le ressenti du médecin avec celui de leurs patients.

Les questions étaient numérotées de 1 à 4 :

- 1/ Dès le début de la consultation, il existait plus de 2 motifs de consultation ?
→ Choix de réponse binaire.
- 2/ Le principal problème traité lors de la consultation relevait du domaine.
→ Cette question n'offrait que 4 possibilités (organique, addictologique, psychologique / psychiatrique, social / administratif). Cette liste était volontairement restreinte par rapport à une liste validée telle que la Classification internationale des soins primaires-2 proposée par la WONCA, qui pour ce travail était trop exhaustive.
- 3/ Si la consultation s'est déroulée à domicile, pensez-vous avoir été plus proche de votre patient qu'au cabinet ?
→ Cette question est la seule potentiellement neutre de l'étude. On pouvait y répondre oui, non, ou s'abstenir.

4/ Comment qualifieriez-vous la qualité de de votre relation médecin-malade ?

→ La réponse était proposée via une échelle de mesure subjective.

Cette partie III était posée 5 fois, pour chaque consultation observée. Pour éviter tout biais de mémoire, l'observateur avait noté sur la « liste des 5 patients observés » le nom et prénom des patients correspondant aux différentes « fiches observateur » et aux différents « questionnaires patient ».

2.3 PRÉPARATION AU TRAVAIL D'ANALYSE DES RÉSULTATS :

2.3.1 CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL : EVALUATION DE LA CORRÉLATION ENTRE LA DISTANCE ET LA QUALITÉ DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT :

La première étape consiste à établir un barème équilibré pour chacun des items de la fiche observateur. Seulement, cet outil n'ayant pas été validé, j'ai proposé le barème qui me semblait le plus juste et équilibré possible pour la distance horizontale, la distance verticale et le contact physique (cf. ANNEXE 10).

Le relevé des données a été facilité par la réalisation de la fiche observateur, qui offrait un remplissage simple par des croix. J'ai dissocié les résultats selon les différents temps de la consultation et selon les différentes composantes des interactions entre les médecins et leurs patients (distance horizontale, contact physique, distance verticale = se mettre à la même hauteur que son patient). Chaque calcul de corrélation a été rendu réalisable pour ces 3 sous-groupes grâce à cette dissociation.

2.3.2 CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE : RECHERCHE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA DISTANCE PHYSIQUE ENTRE LE MÉDECIN ET SON MALADE :

Les facteurs d'influence apparaissent à différents endroits : sur la « fiche observateur » et sur les questionnaires. Certains étaient communs aux médecins et aux patients (l'âge, le sexe, la gêne du contact physique, la fréquence de contact visuel, la perception de bonne distance physique, la perception de la qualité de la RMP).

La plupart des questions étaient binaire (oui/non, homme/femme ...). Seuls l'âge et la région d'origine demandaient des réponses libres, mais fermées ; la discrétisation sera faite à posteriori. Les autres étaient présentées sous forme de question à choix de réponse unique.

Pour les questions qui comportaient des réponses avec échelle de mesure (fréquence de contact visuel, fréquence de contact physique, perception de bonne distance physique, perception de la qualité de la RMP), je n'ai pas trouvé de moyen plus pertinent de les proposer.

Les questions pour lesquelles les propositions de réponse étaient déjà discrétisées (ancienneté de suivi, fréquence des consultations) sont le résultat des études antérieures sur la recherche de facteurs modifiant la RMP [5] , [18] , [21] , [32].

Une seule question, « Si la consultation s'est déroulée à domicile, pensez-vous avoir été plus proche de votre patient qu'au cabinet ? ») pouvait entraîner une absence de réponse.

Tous ces modes de réponse étaient volontaires, afin de faciliter le recueil de données et l'analyse des facteurs.

Les facteurs étudiés seront classés selon leur origine : lié au patient, lié au médecin, lié à l'environnement, lié à la consultation. Dans chacune des 4 catégories, les résultats seront classés selon qu'ils sont influents ou non et selon leur significativité au test statistique.

RÉSULTATS

1 DONNÉES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE :

1.1 TAUX DE PARTICIPATION :

1.1.1 TAUX DE RÉPONSE DES MÉDECINS :

Sur les 35 médecins contactés, 23 pouvaient être inclus ; 3 ont refusé de participer. 20 médecins ont donc reçu le dossier de l'étude à leur cabinet.

17 médecins ont répondu et envoyé leur questionnaire et les 5 fiches observateur correspondantes, soit 85% de réponse.

1.1.2 TAUX DE RÉPONSE DES PATIENTS :

Sur 100 patients potentiellement observés, j'ai reçu 75 questionnaires. Sur les 85 patients observés et dont j'avais reçu la fiche observateur, 72 ont envoyé leur questionnaire. 1 d'entre eux résulte d'une consultation à deux, le couple a été exclu.

Les 3 questionnaires restants sont issus de patients observés, ayant reçu le questionnaire et dont le médecin n'a pas répondu (étude non terminée à la date de clôture ou manque d'investissement au renvoi). Parmi ces 3 patients, 2 ont été vus par 1 médecin, le dernier par un second médecin.

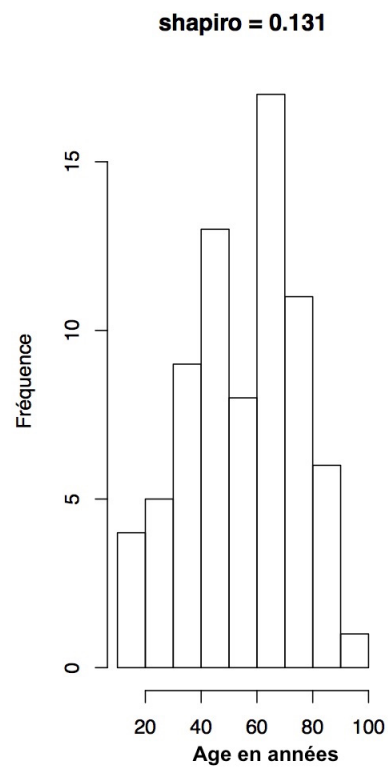
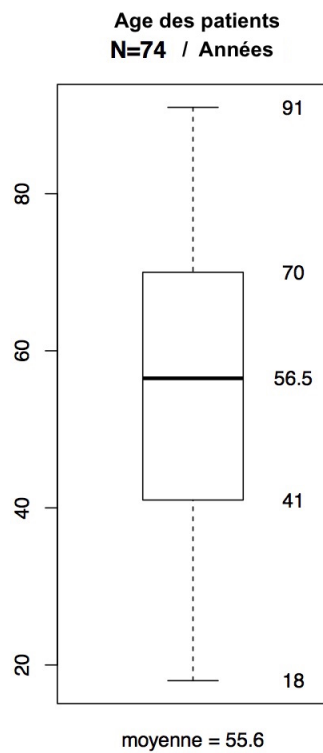
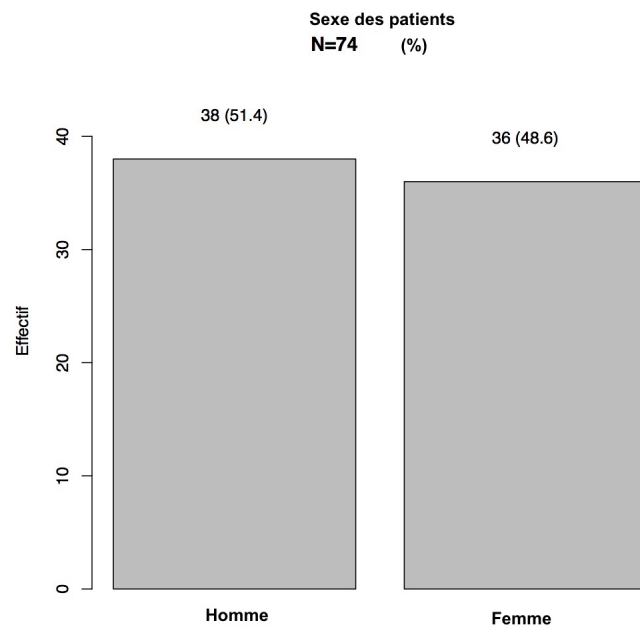
1.1.3 DONNÉES EXPLOITABLES :

Les 17 questionnaires médecin ont été exploités.

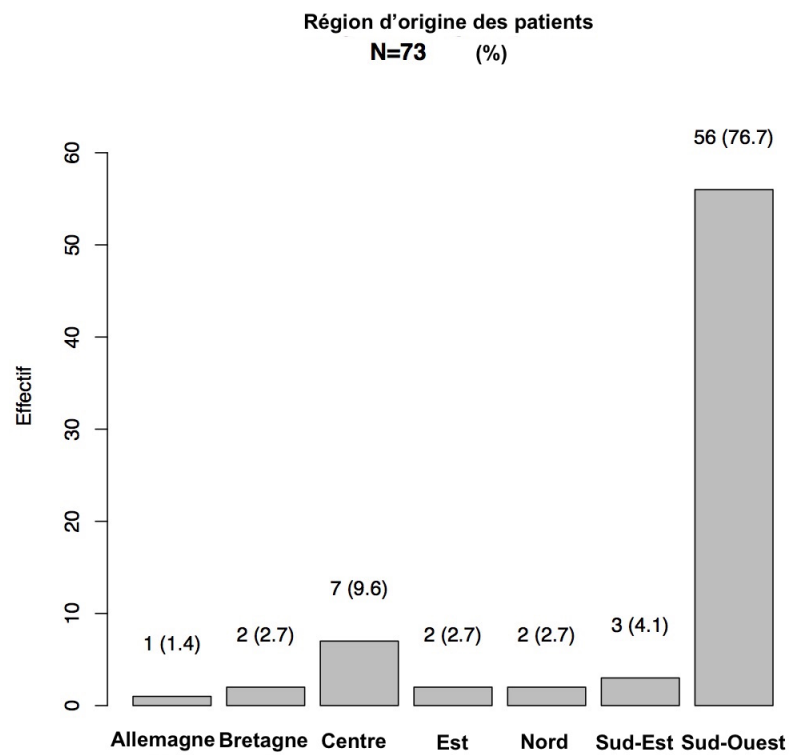
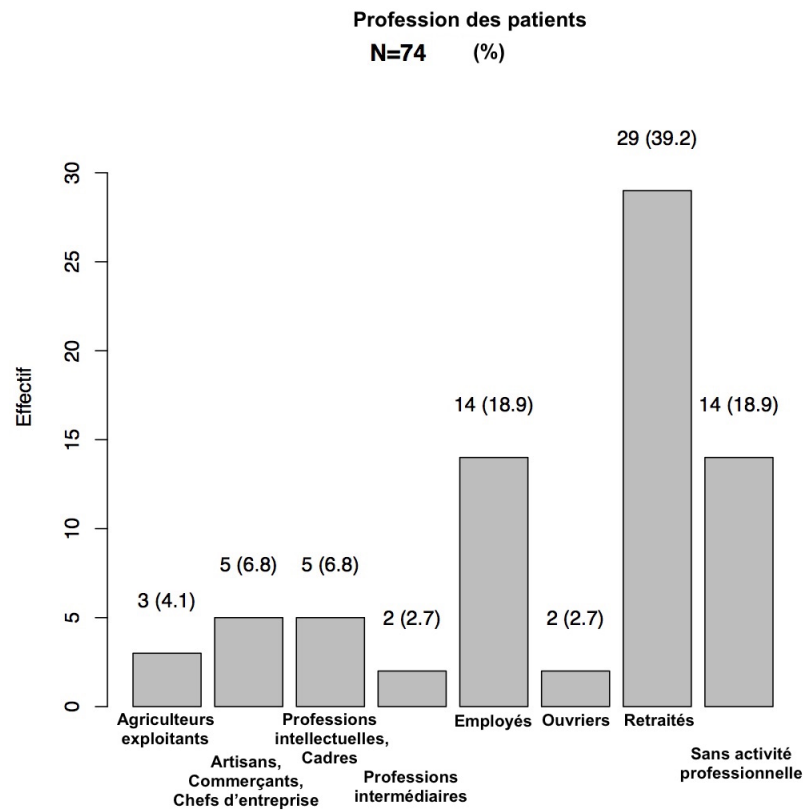
Sur les 85 fiches observateur, 84 ont été exploitées pour les données épidémiologiques (la fiche correspondante à la consultation du couple a été exclue). 71 ont été exploitées pour l'analyse des critères de jugement principal et secondaire.

Les 74 questionnaires patient ont été exploitées pour les données épidémiologiques (le questionnaire du couple a été exclu). Parmi ceux-ci, 71 ont été utilisés pour l'analyse des critères de jugement principal et secondaire.

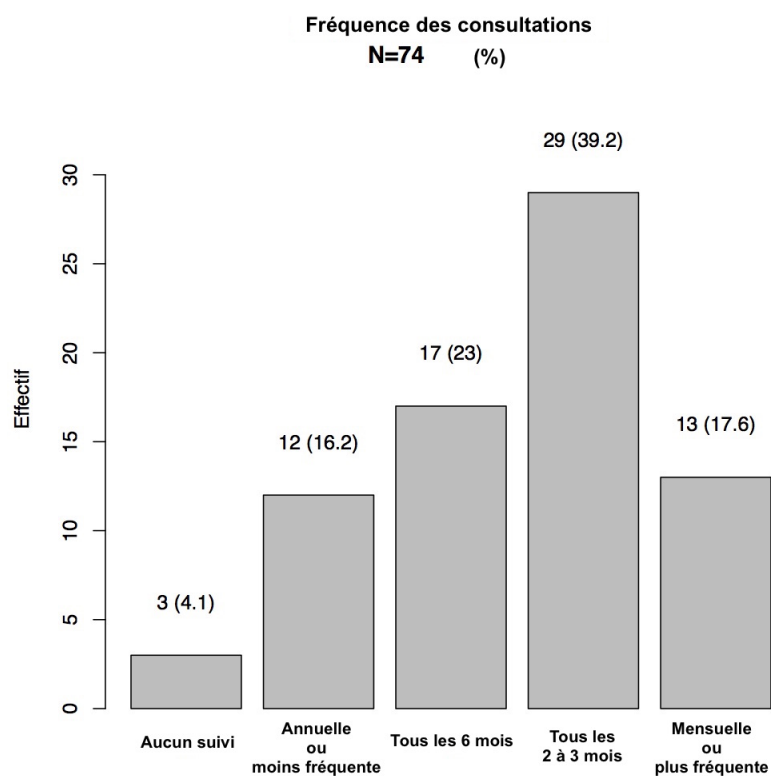
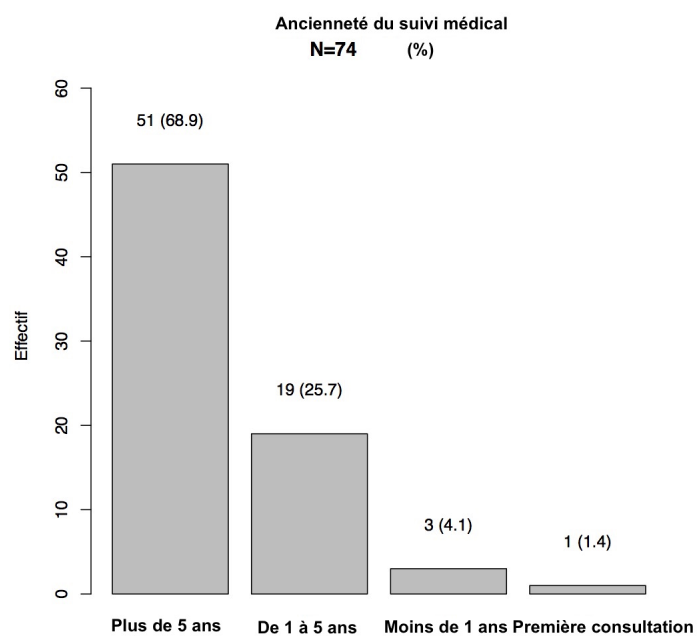
1.2 DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTS :

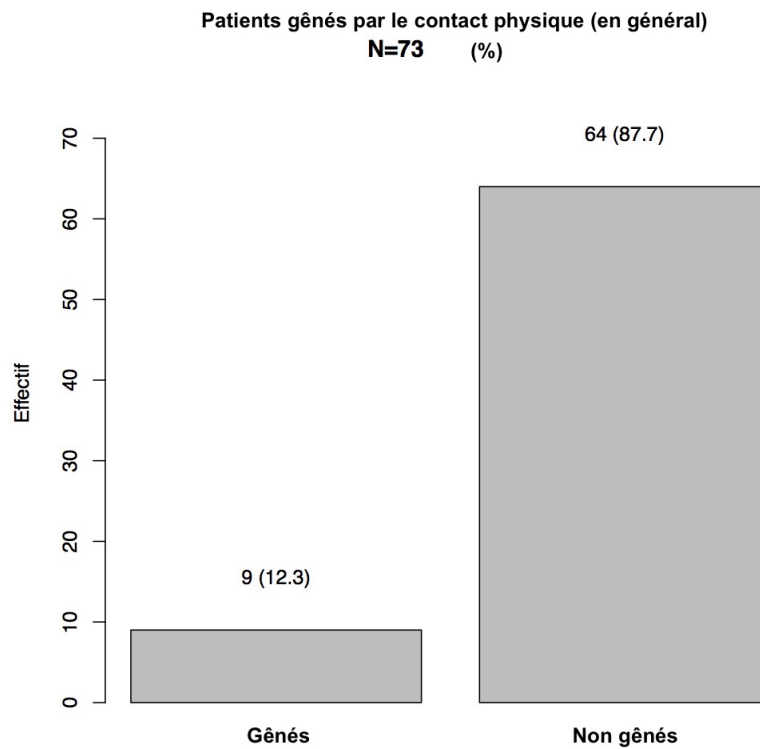


NOTE : Test de Shapiro : Sachant que l'hypothèse nulle est que la population est normalement distribuée, si la [p-value](#) est inférieure au [niveau alpha](#) (ici, 0,05), alors l'hypothèse nulle est rejetée (i.e. on conclut que les données ne sont pas issues d'une population normalement distribuée).

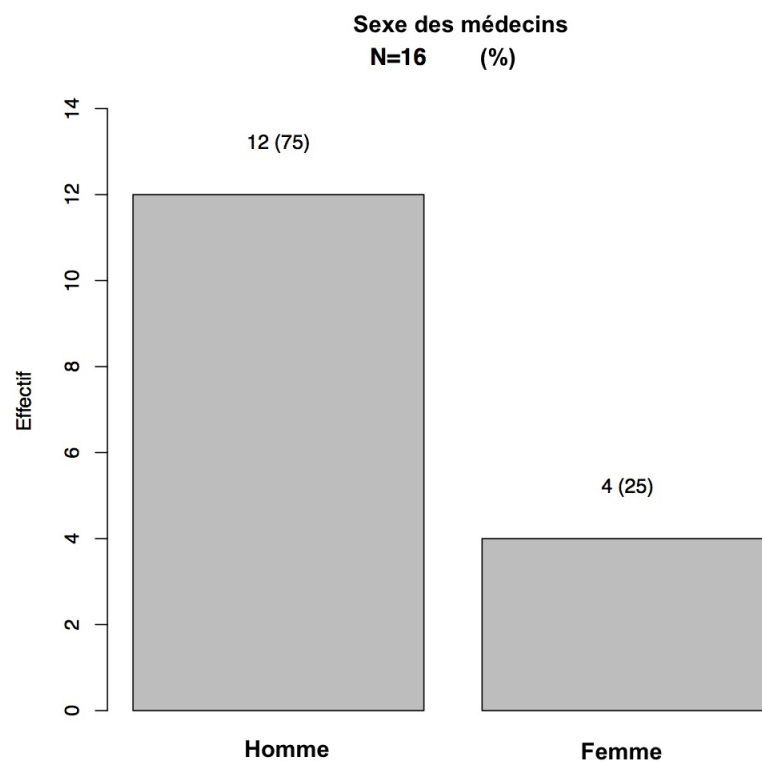


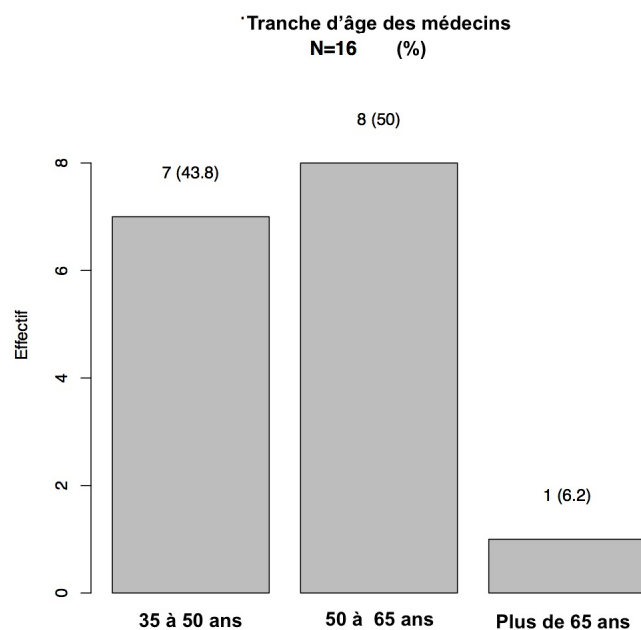
1.3 AUTRES CARACTÉRISTIQUES LIÉES AUX PATIENTS :



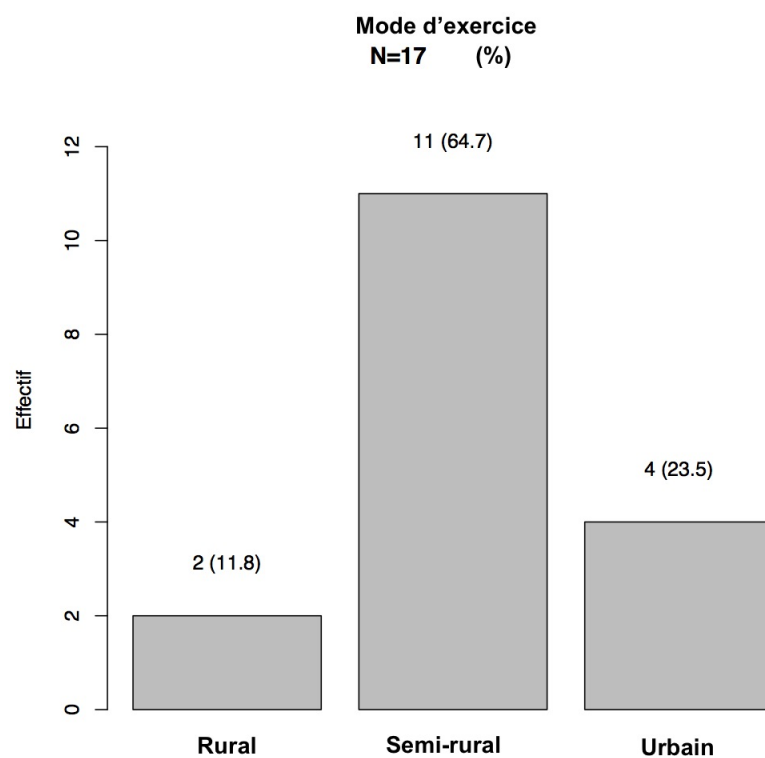


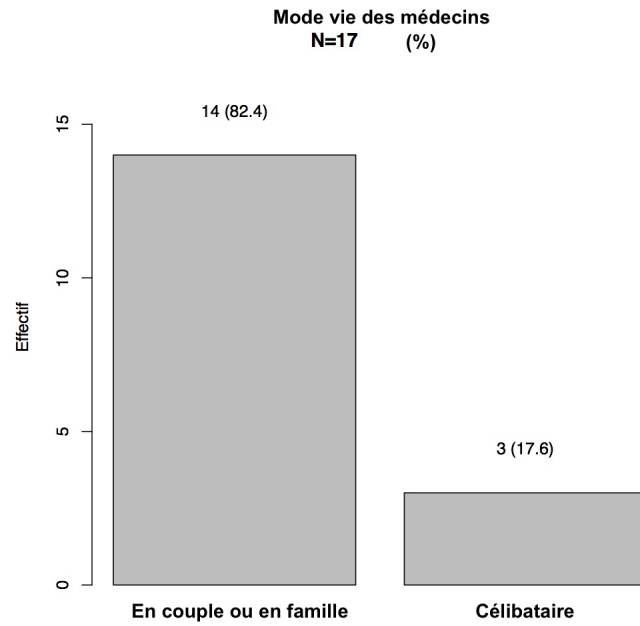
1.4 DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES MÉDECINS :



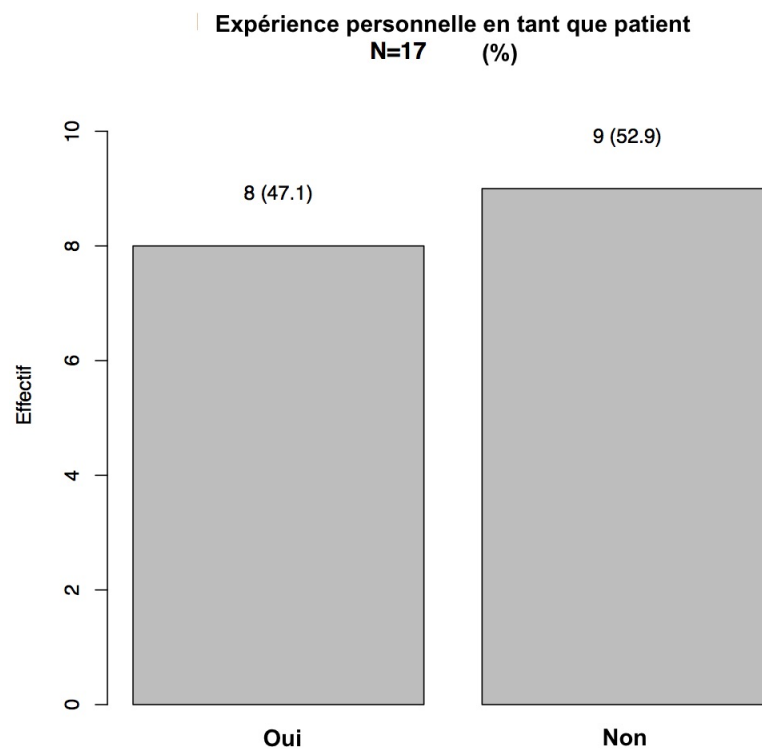


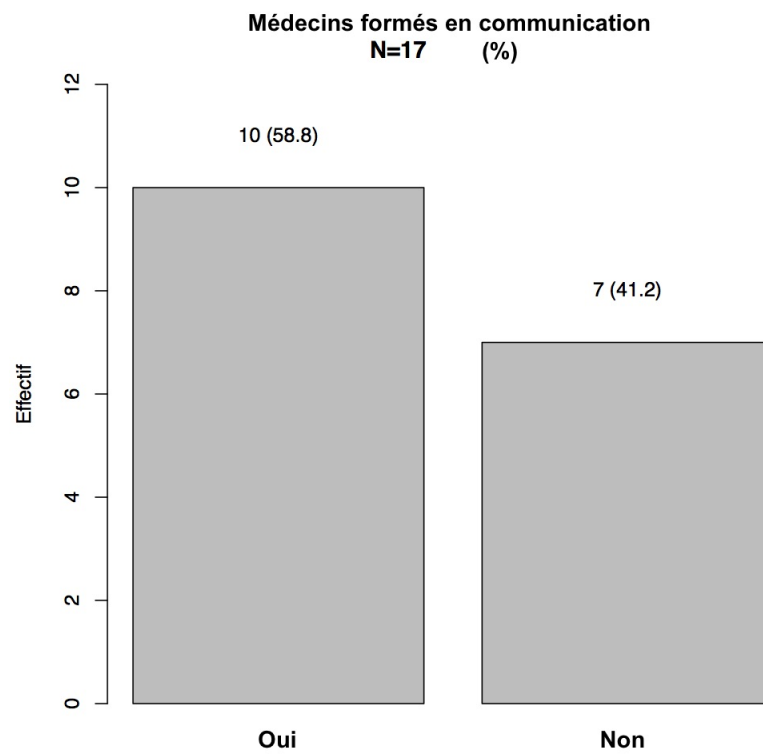
Tous les médecins ayant participé étaient thésés (aucun médecin ne s'est soustrait à son interne).



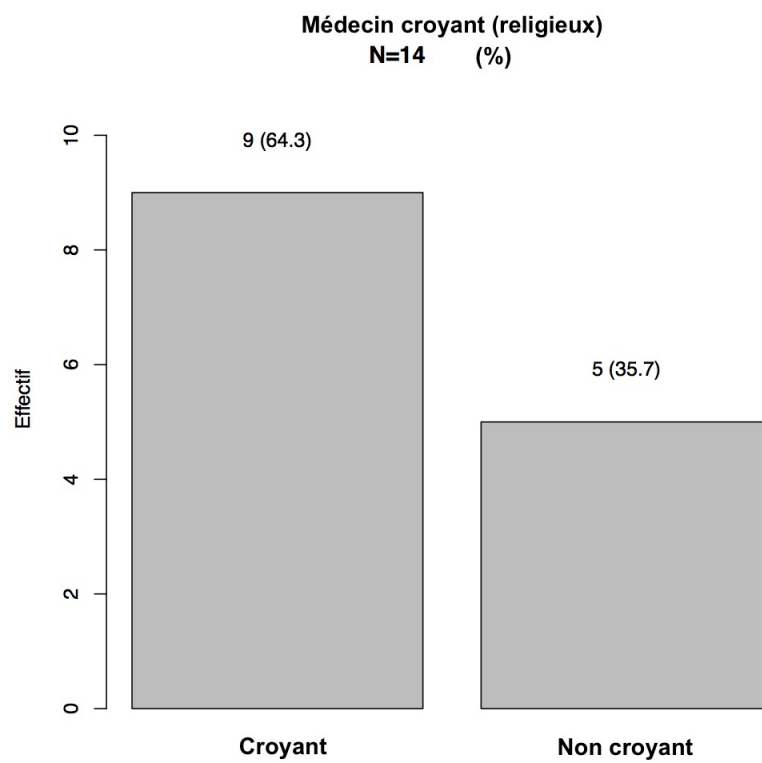


1.5 AUTRES CARACTÉRISTIQUES LIÉES AUX MÉDECINS :

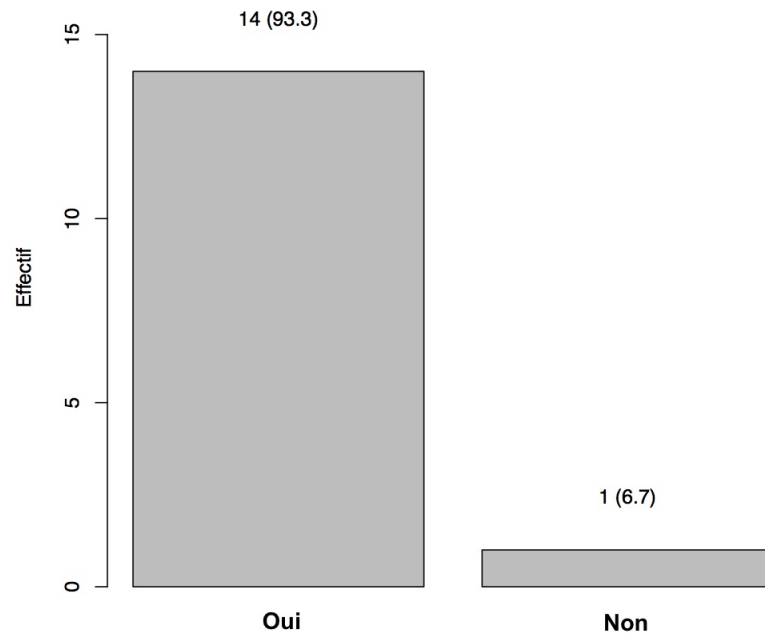




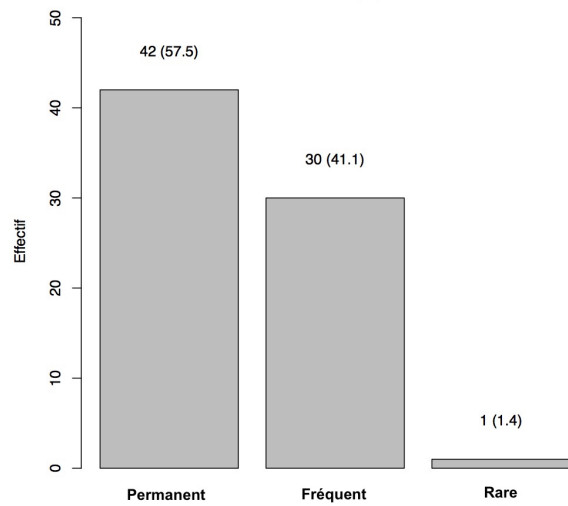
Tous les médecins (N = 17) étaient préoccupés par l'impact que peut avoir la communication lors de leurs consultations.



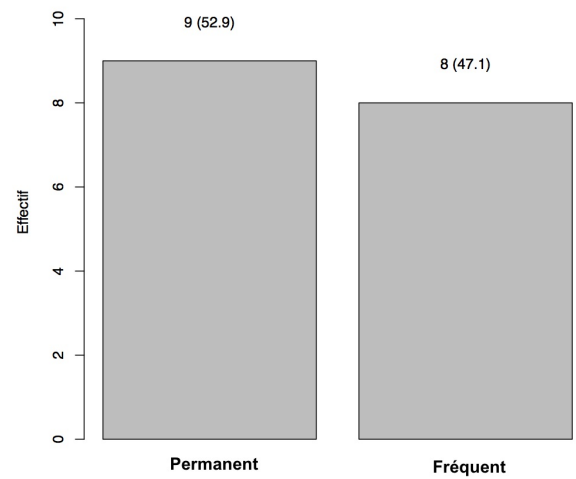
Médecins heureux dans leur travail
N=15 (%)

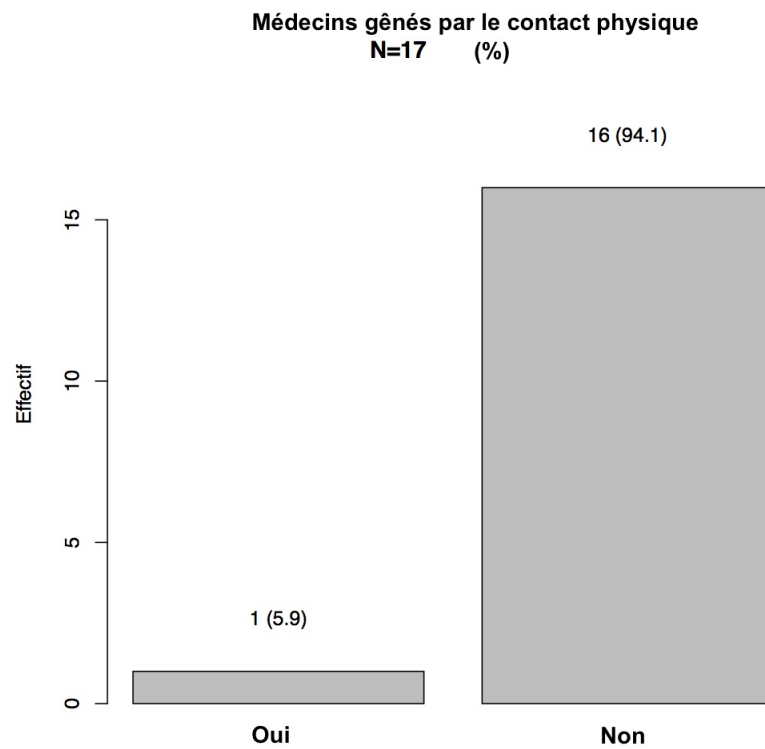


Contact visuel du médecin lors des conversations
N=73 (%)

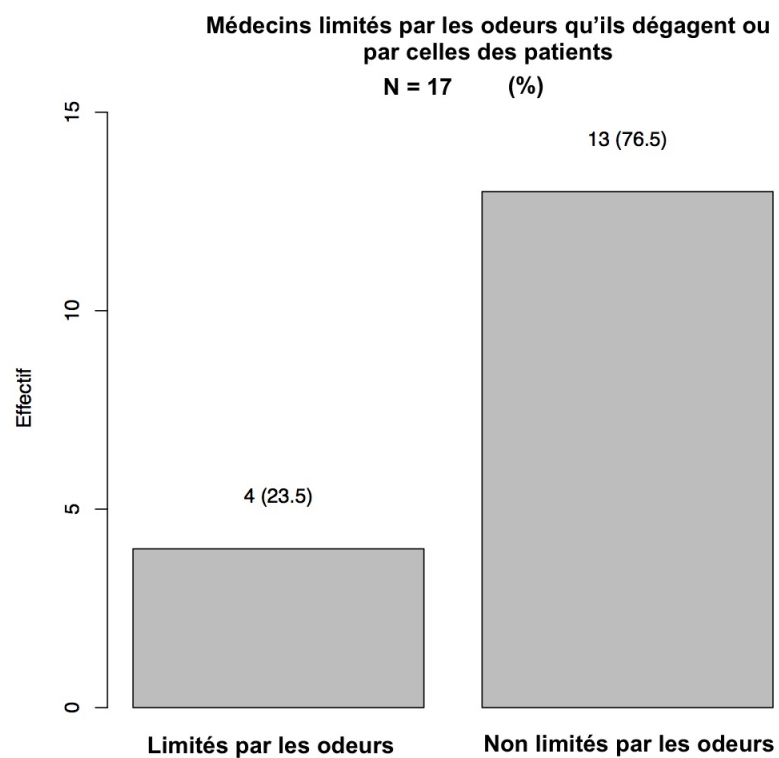


Contact visuel lors des conversations (avis médecins)
N=17 (%)

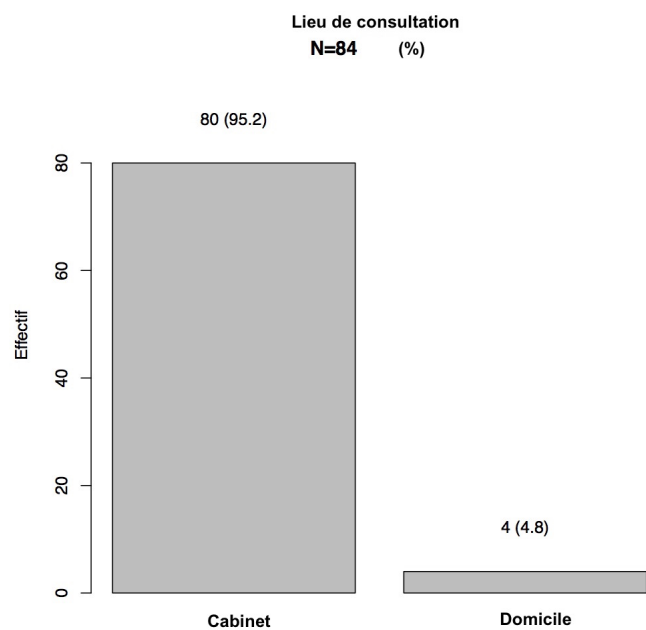




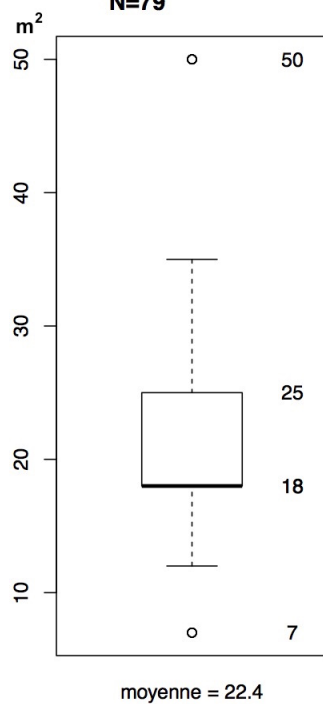
Aucun médecin (N=17) n'a estimé avoir un effort à faire pour toucher ses patients.



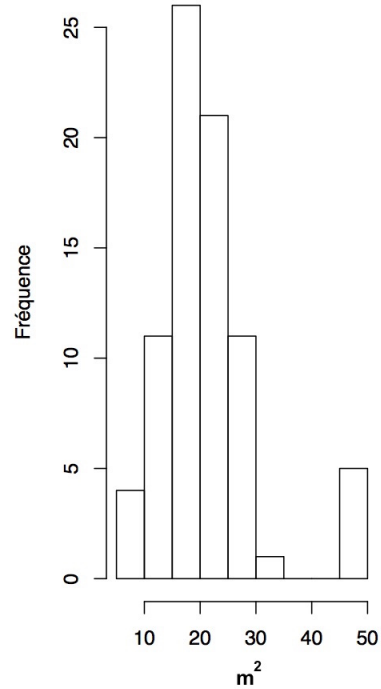
1.6 DONNÉES SUR L'ENVIRONNEMENT :



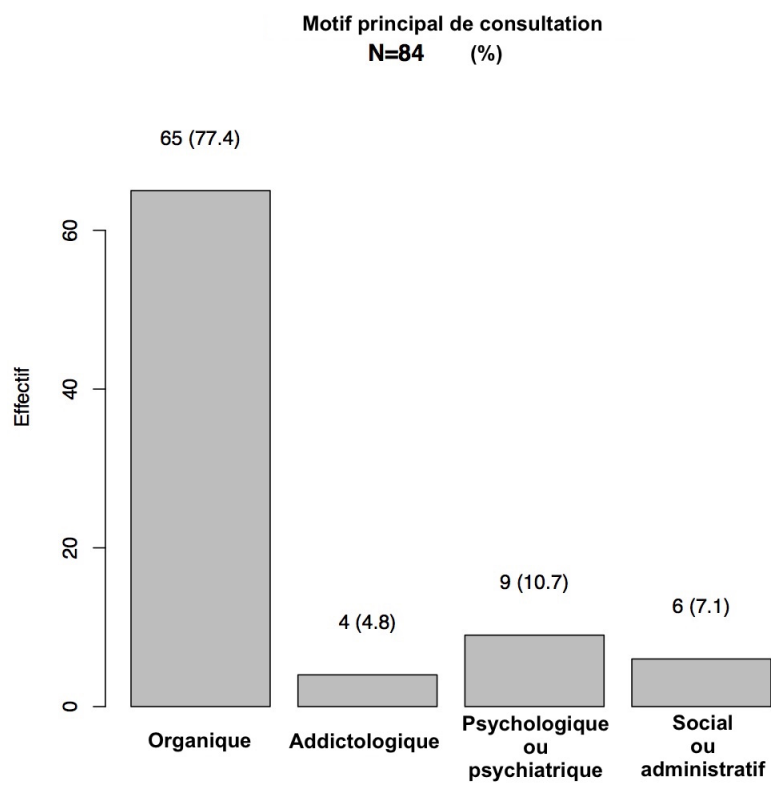
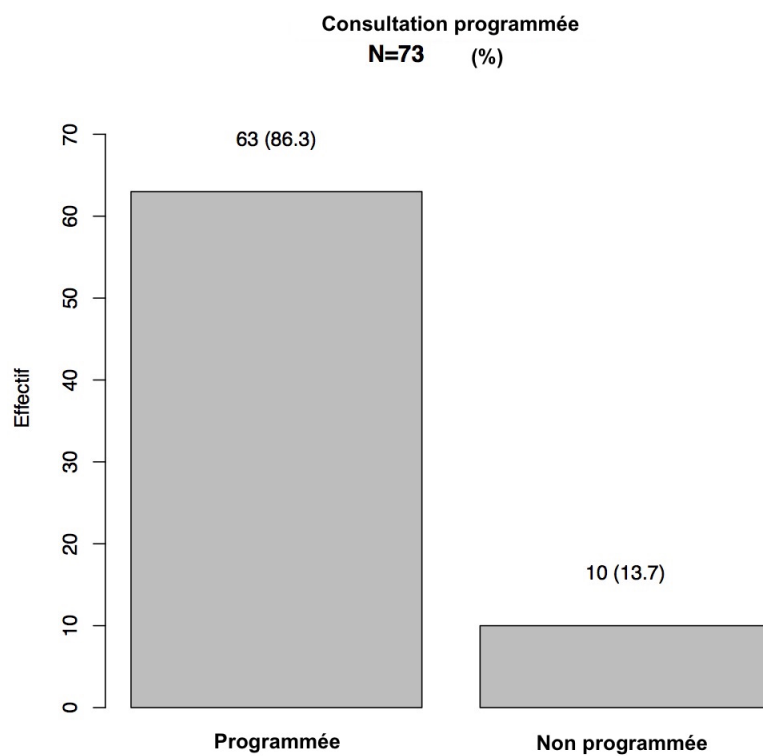
Taille de la salle de consultation
N=79

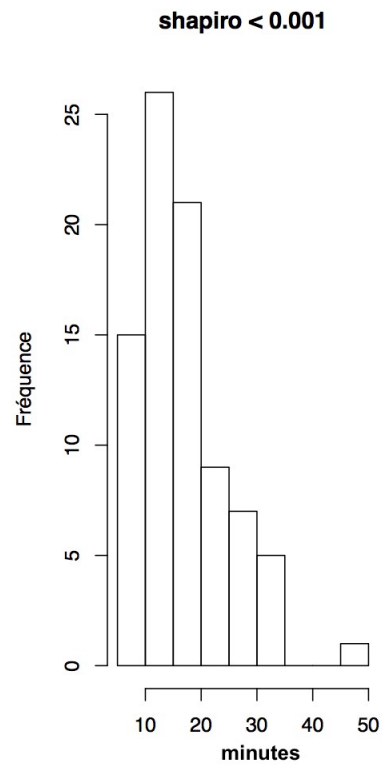
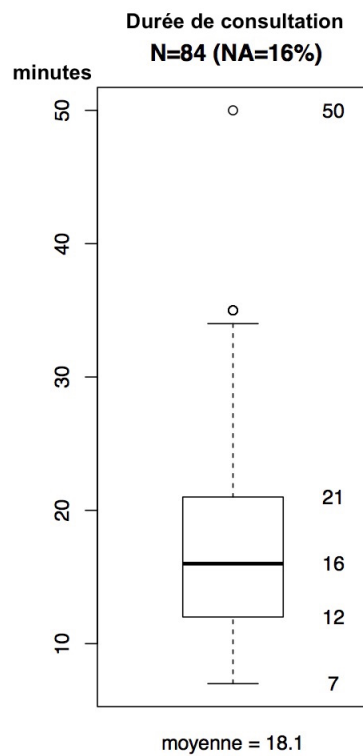
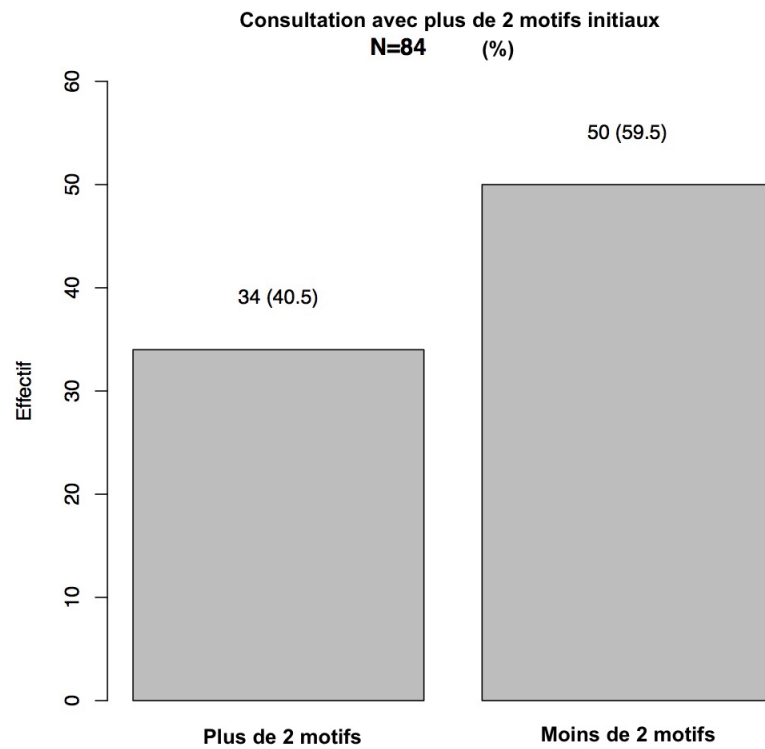


shapiro < 0.001



1.7 DONNÉES SUR LE DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION :

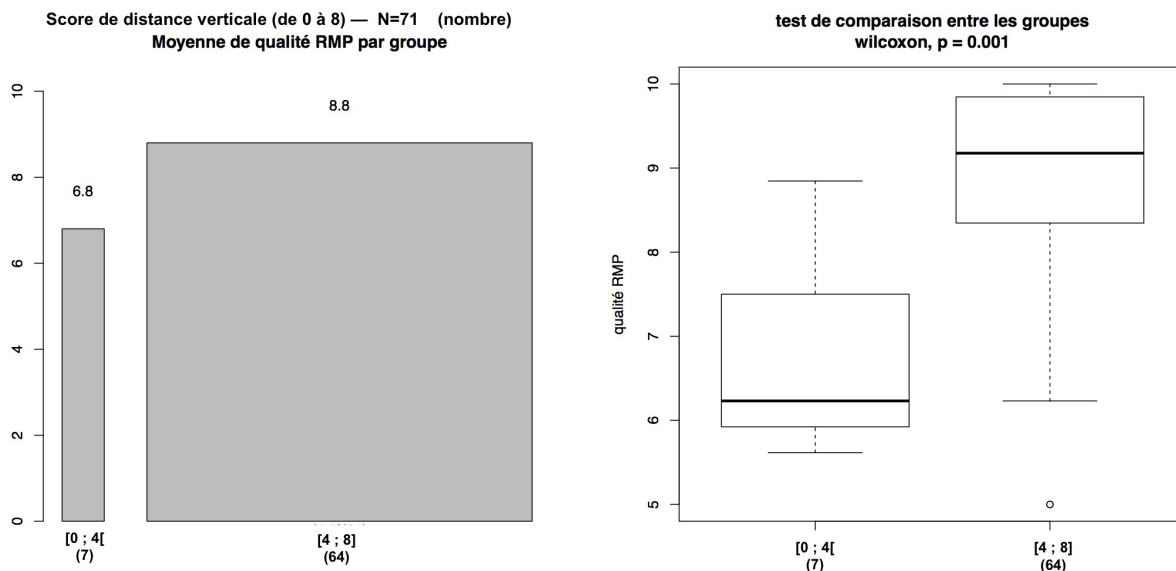




2 DONNÉES OBSERVÉES SUR LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL :

2.1 DONNÉES OBSERVÉES SUR LA DISTANCE MÉDECIN-PATIENT :

2.1.1 SCORE DE DISTANCE VERTICALE :



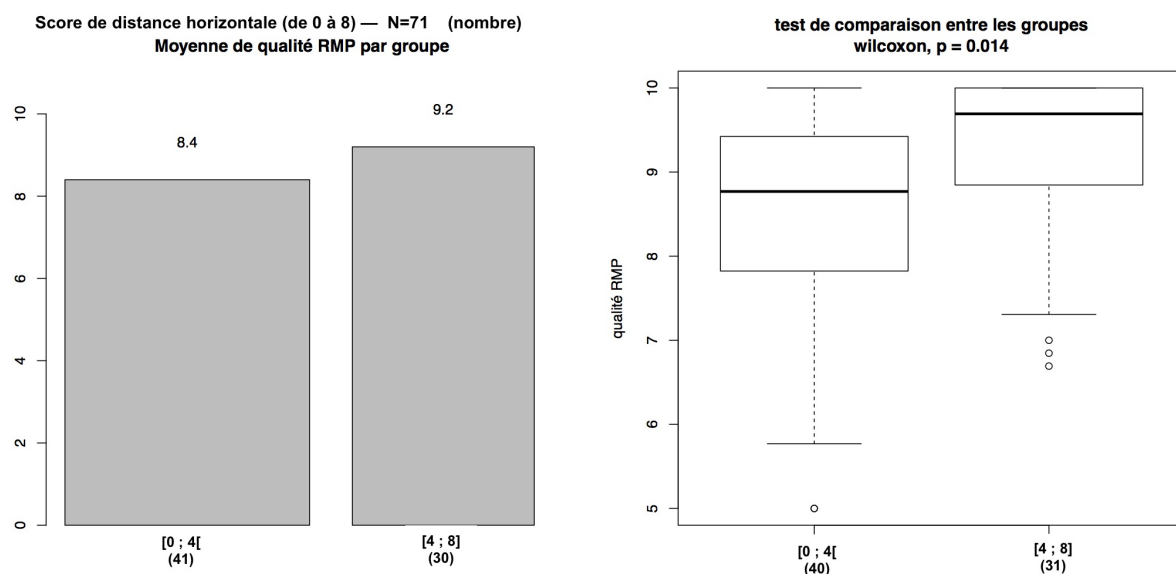
NOTE : Le *test de Wilcoxon* est un test *non paramétrique*. Il compare deux mesures d'une variable quantitative effectuées sur les mêmes sujets.

Il est utilisé comme l'alternative non paramétrique du test paramétrique t de Student pour deux échantillons dépendants ou appariés.

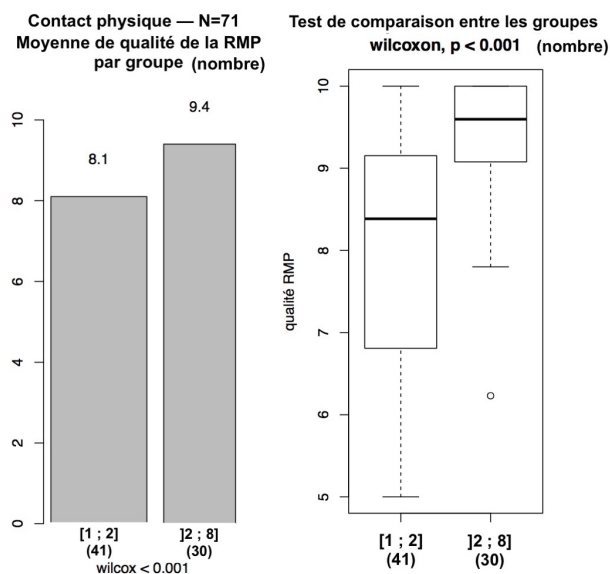
Plus précisément, pour deux échantillons dépendants, lorsque les hypothèses du test t de Student ne sont pas valables, c'est à dire si la distribution de la variable n'est pas normale et que l'égalité des variances n'est pas satisfaite, on passe au test de Wilcoxon.

Ce test est donc libre de distribution (distribution-free), car il n'y a plus de conditions sur la nature de la distribution des données. Cependant, le test de Wilcoxon est moins puissant que le test de Student, qui, lui est soumis à des conditions.

2.1.2 SCORE DE DISTANCE HORIZONTALE :



2.1.3 SCORE DE CONTACT PHYSIQUE :



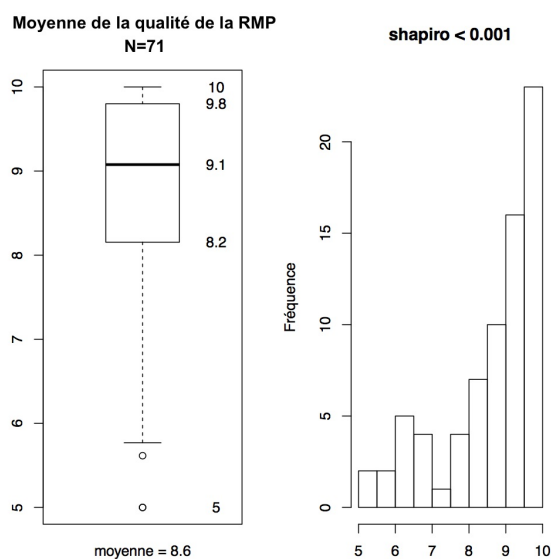
2.1.4 PERCEPTION DES MÉDECINS ET DES PATIENTS VIS-À-VIS DE LA DISTANCE PHYSIQUE :

Tous les patients (N = 74) ont estimé que le médecin se trouvait à bonne distance physique (pas trop proche, ni trop éloigné). Tous les médecins (N=17) ont estimé se trouver à bonne distance physique de leurs patients (pas trop proche, ni trop éloigné).

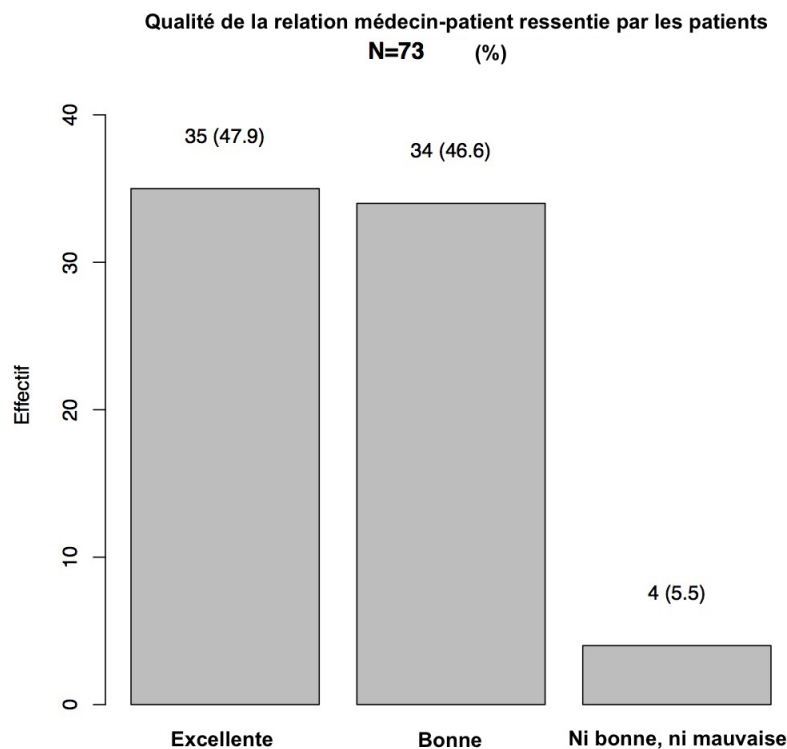
Pour le médecin ayant réalisé les 4 seules consultations observées à domicile, le sentiment de proximité avec ses patients était plus important que si la consultation s'était déroulée au cabinet.

2.2 DONNÉES OBSERVÉES SUR LA QUALITÉ DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT :

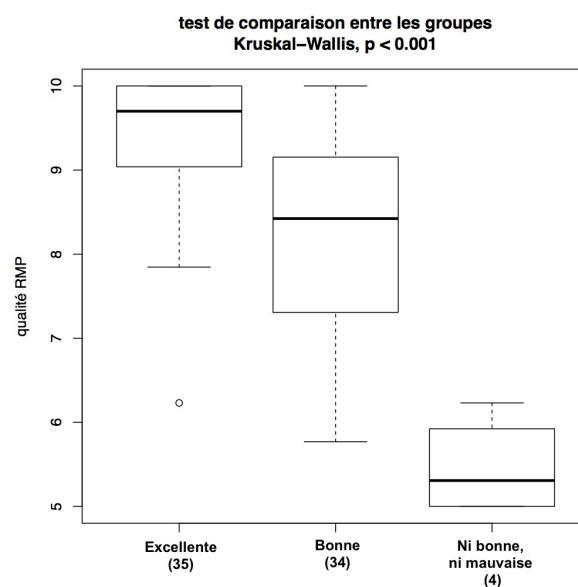
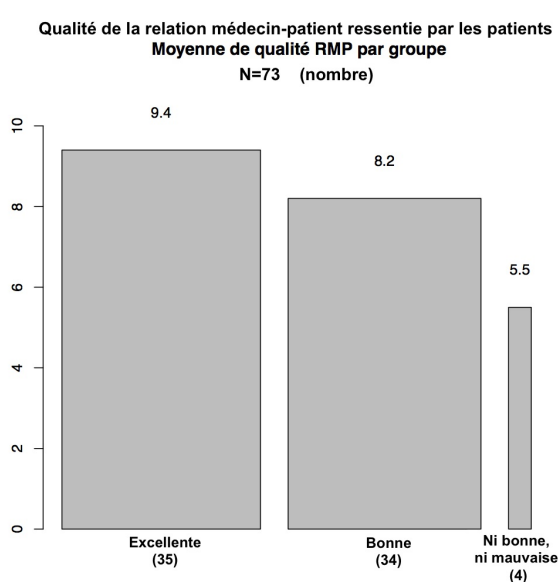
2.2.1 SCORE DE QUALITÉ DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT :



2.2.2 PERCEPTION DES MÉDECINS ET DES PATIENTS VIS-À-VIS DE LA QUALITÉ DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT :



Aucun patient n'a estimé que la relation était mauvaise ou très mauvaise.



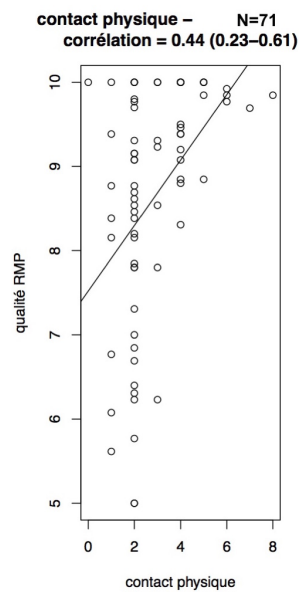
NOTE : Le test de Kruskal-Wallis, utilisé dans le cas où l'hypothèse de normalité n'est pas acceptable, est un test non paramétrique à utiliser en présence de k échantillons indépendants, afin de déterminer si les échantillons proviennent d'une même population ou si au moins un échantillon provient d'une population différente des autres.

3 CORRÉLATION ENTRE LA DISTANCE PHYSIQUE ET LA QUALITÉ DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT :

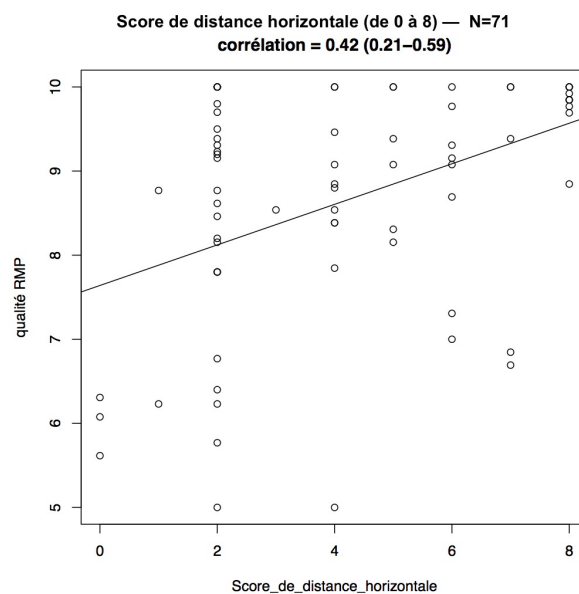
3.1 DISTANCE PHYSIQUE GLOBALE :

La répartition du nuage de points pour cette variable offre une possibilité d'analyse de coefficient de corrélation linéaire. Le calcul du coefficient via la formule Excel trouve un coefficient à 0,572. Ceci montre une corrélation forte entre la distance physique et la qualité de la relation médecin-patient.

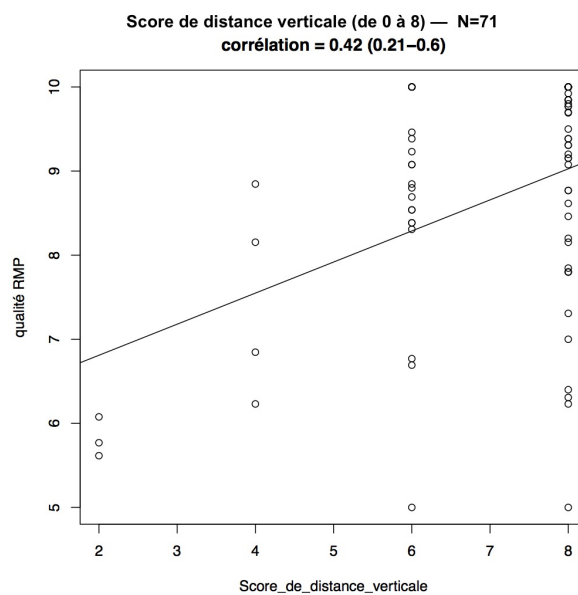
3.2 CONTACT PHYSIQUE :



3.3 DISTANCE HORIZONTALE :



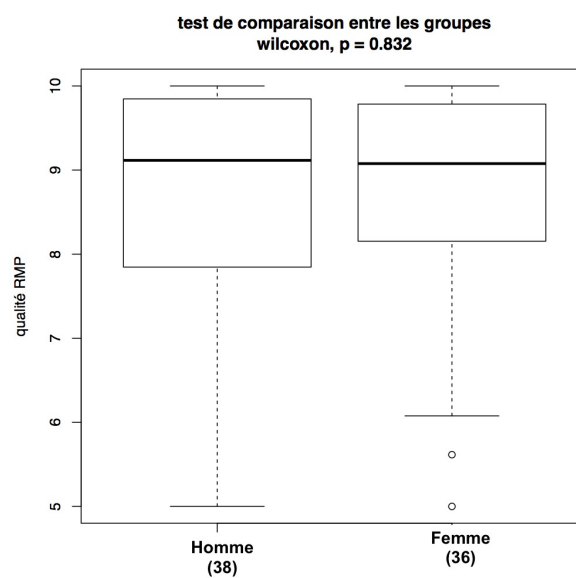
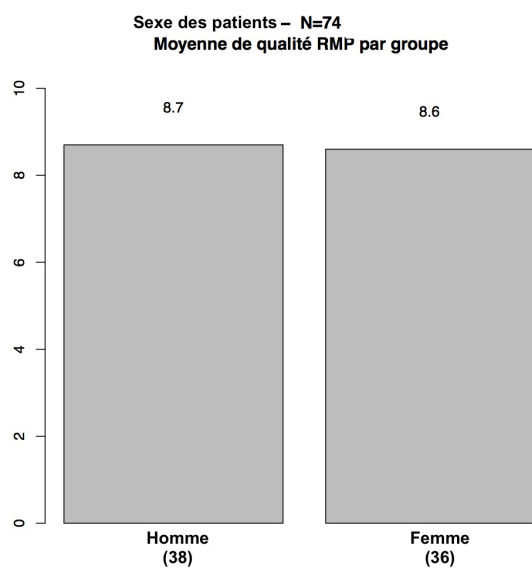
3.4 DISTANCE VERTICALE :



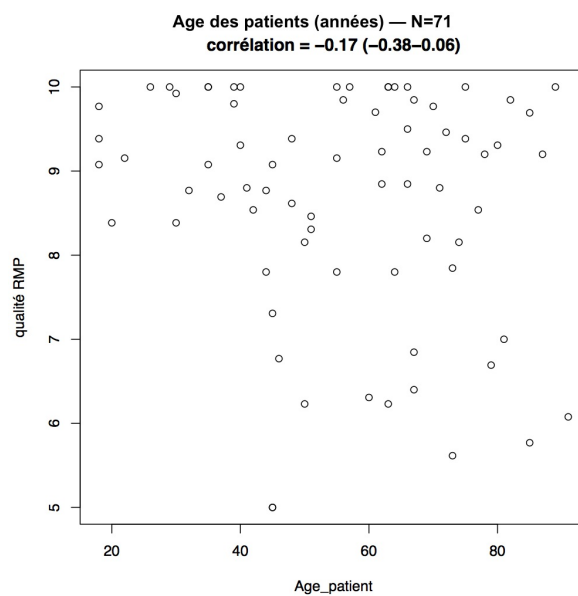
4 ETUDE DES FACTEURS D'INFLUENCE :

4.1 LIÉS AUX PATIENTS :

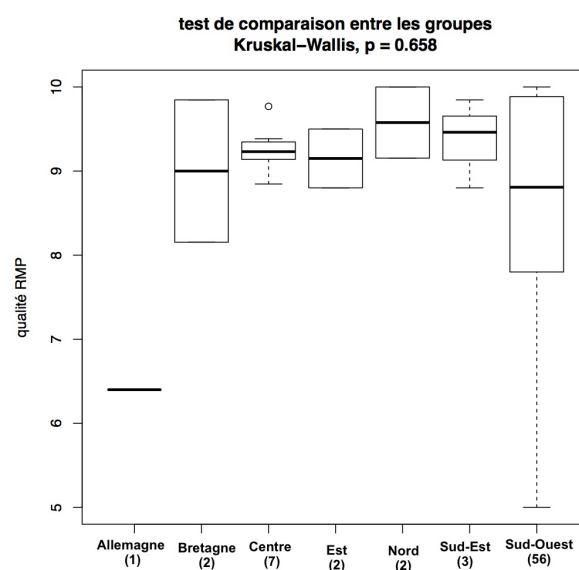
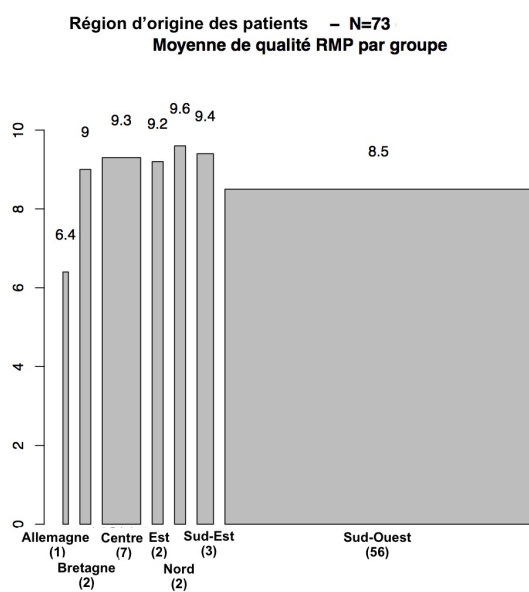
4.1.1 SEXE :



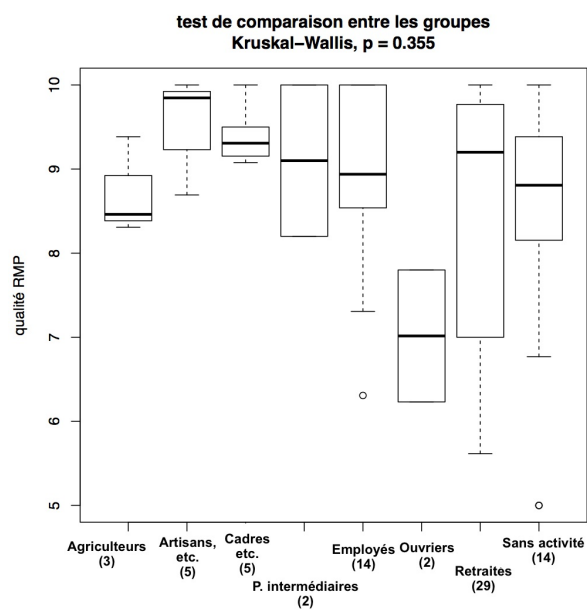
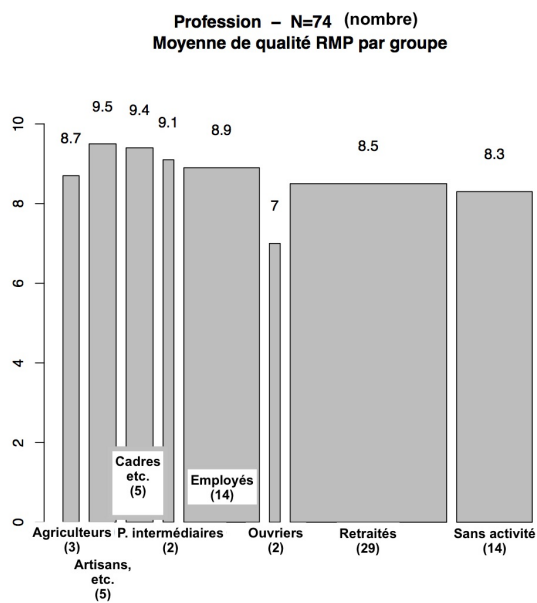
4.1.2 AGE :



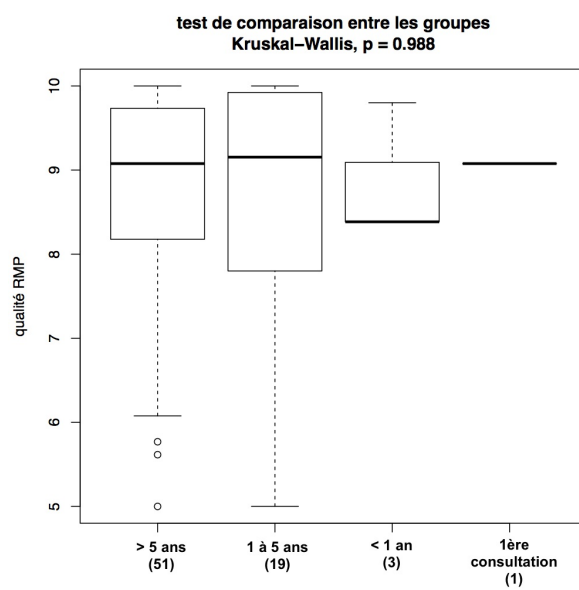
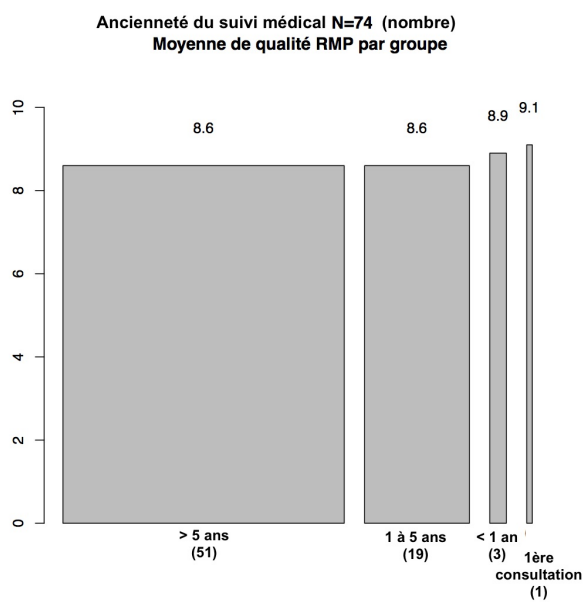
4.1.3 RÉGION D'ORIGINE :



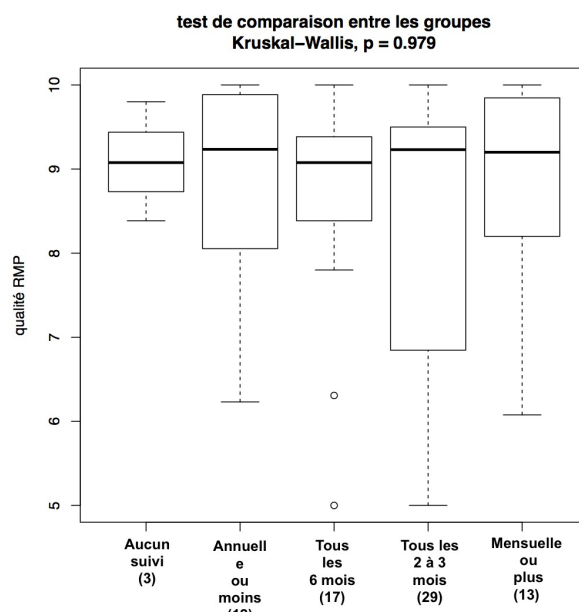
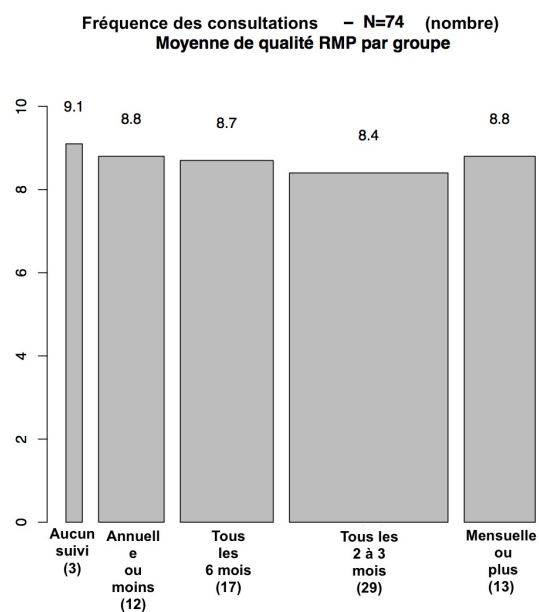
4.1.4 PROFESSION :



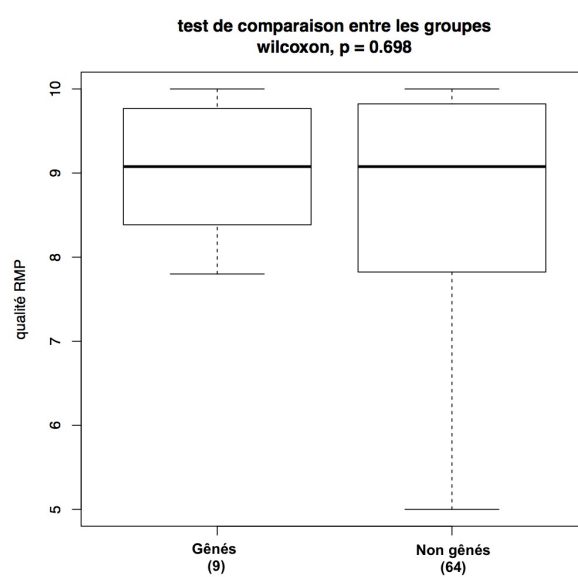
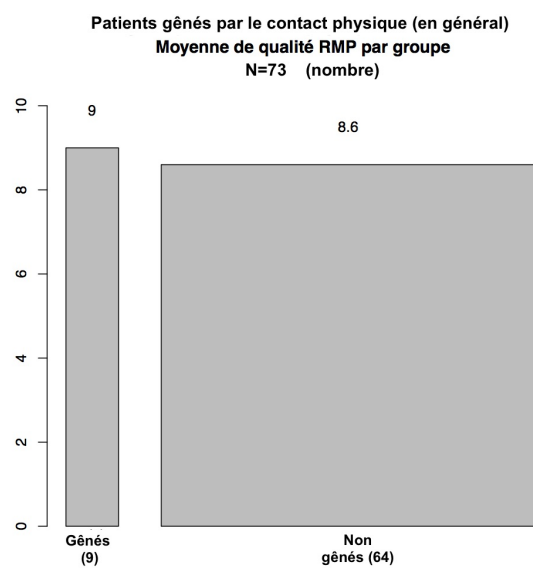
4.1.5 ANCIENNETÉ DE SUIVI :



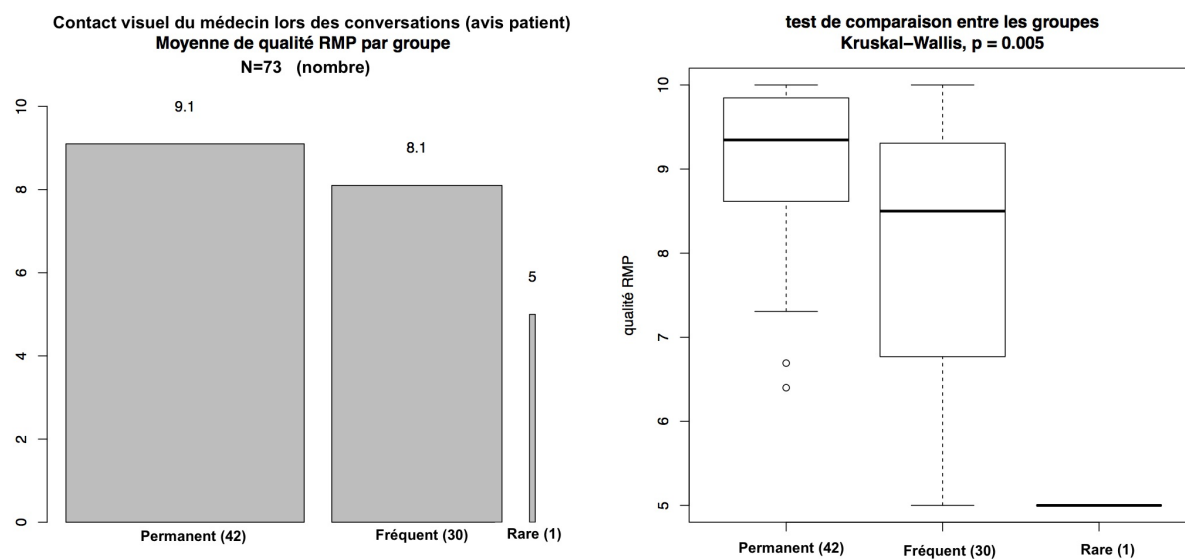
4.1.6 FRÉQUENCE DES CONSULTATIONS :



4.1.7 PATIENTS GÊNÉS AU CONTACT PHYSIQUE :



4.1.8 PERCEPTION DE L'INTENSITÉ DU CONTACT VISUEL :



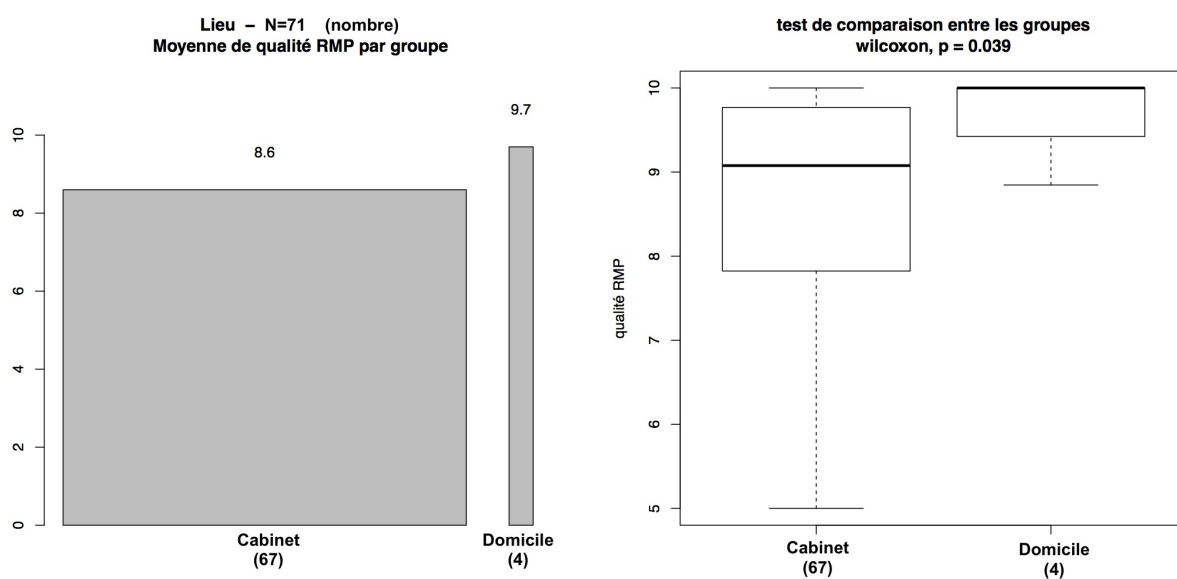
4.2 LIÉS AUX MÉDECINS :

Pour des raisons de manque de puissance statistique, l'exploitation des données liées aux médecins vis-à-vis de la qualité de la RMP ne sont pas présentées.

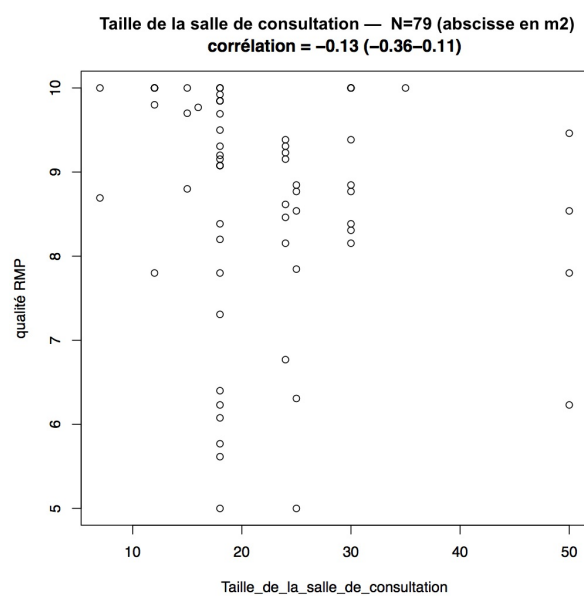
Je rappelle les facteurs d'influence étudiés : sexe, âge, mode de vie, sentiment d'être heureux au travail, formé en communication, intéressé par l'impact de la communication, expérience personnelle en tant que patient, gêne au contact physique, demande d'effort pour toucher les patients, limité par les odeurs.

4.3 LIÉS À L'ENVIRONNEMENT :

4.3.1 LIEU DE CONSULTATION :

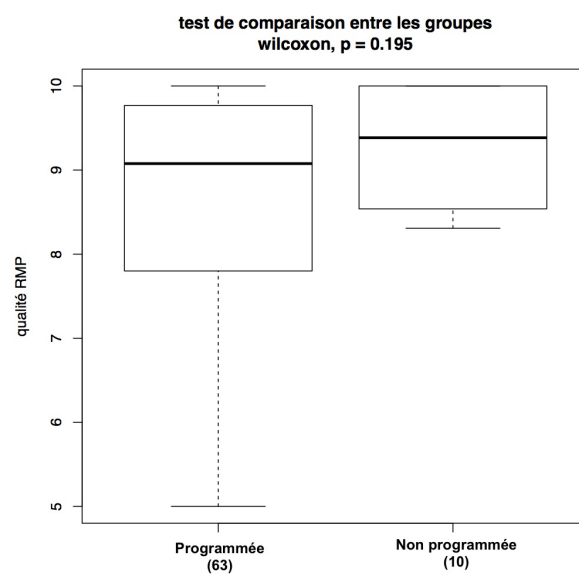
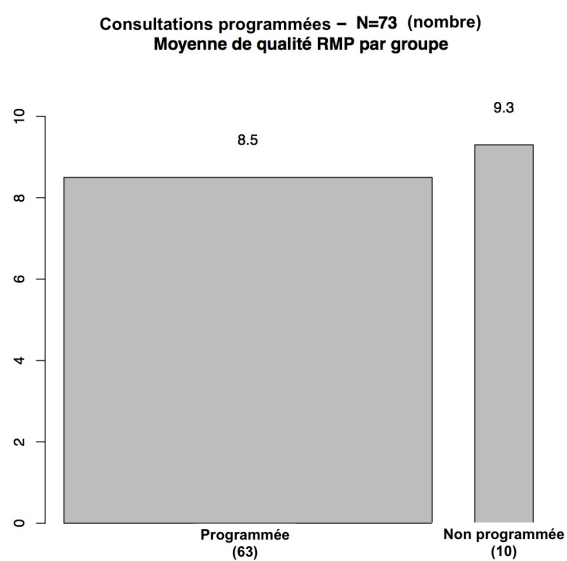


4.3.2 TAILLE DU LIEU :

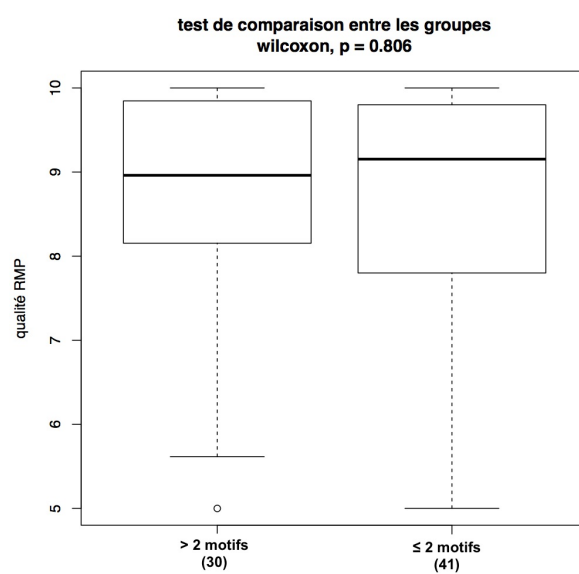
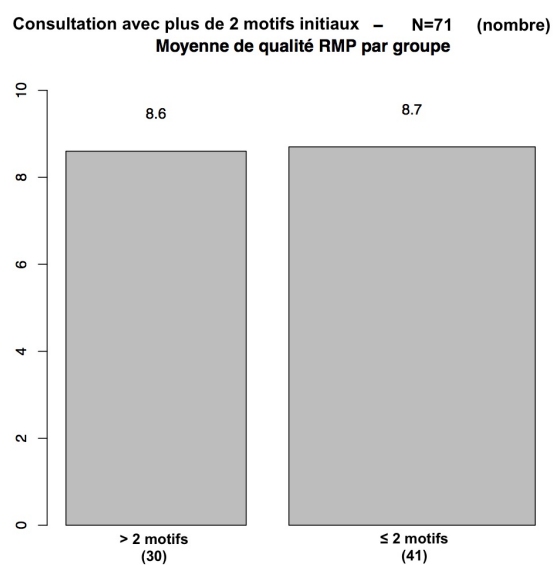


4.4 LIÉS AU DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION :

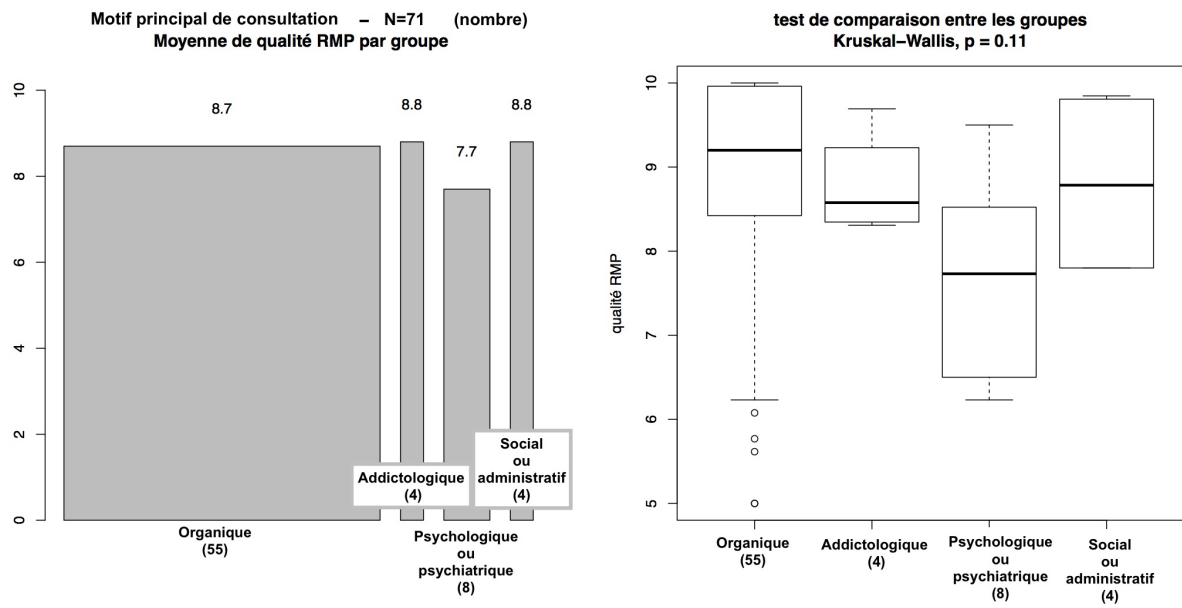
4.4.1 CONSULTATION PROGRAMMÉE :



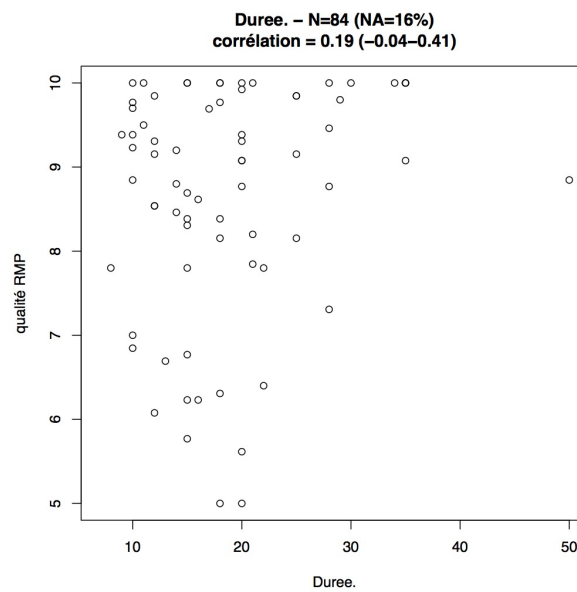
4.4.2 PLUS DE 2 MOTIFS INITIAUX :



4.4.3 MOTIF PRINCIPAL DE CONSULTATION :

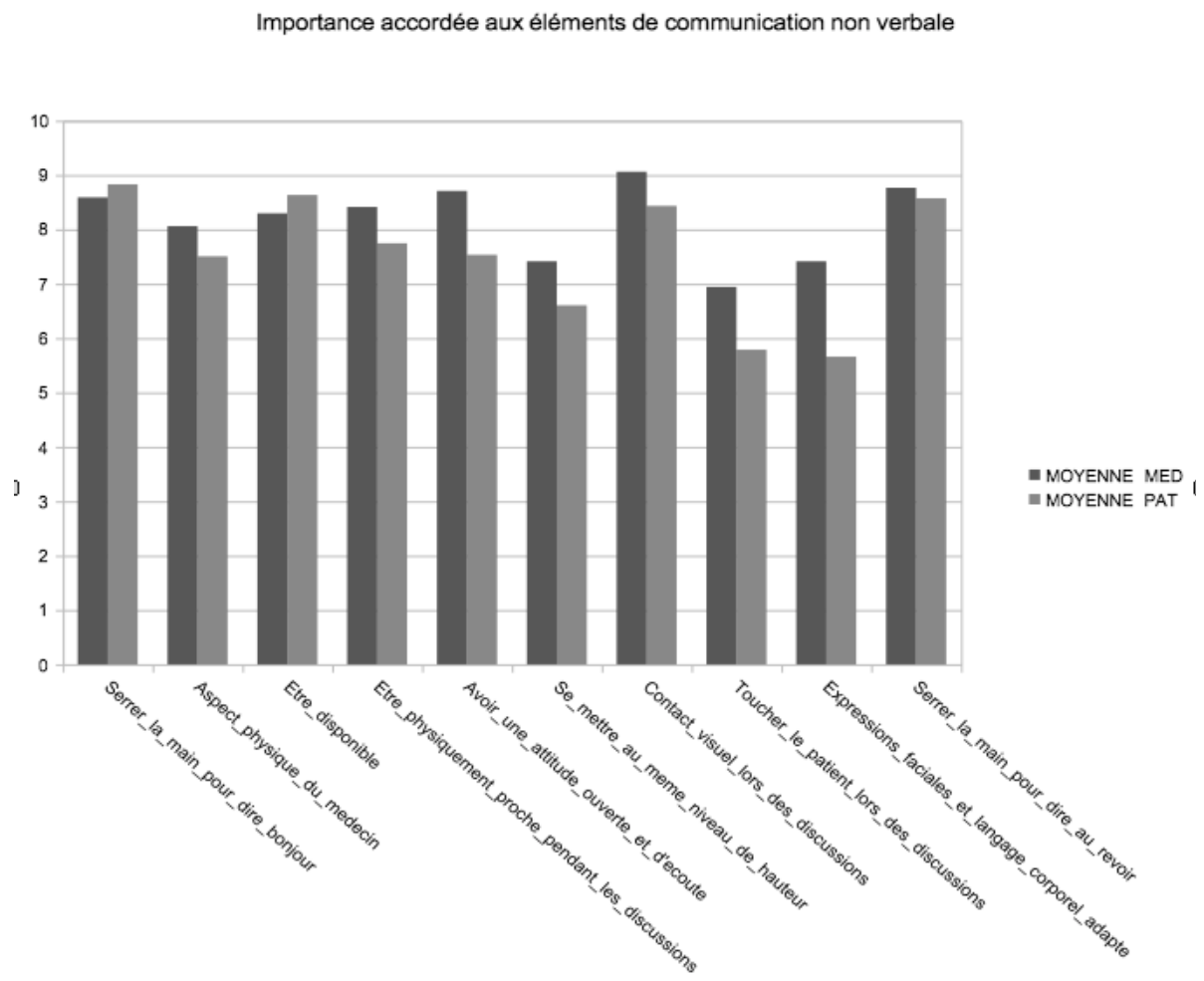


4.4.4 DURÉE DE CONSULTATION :

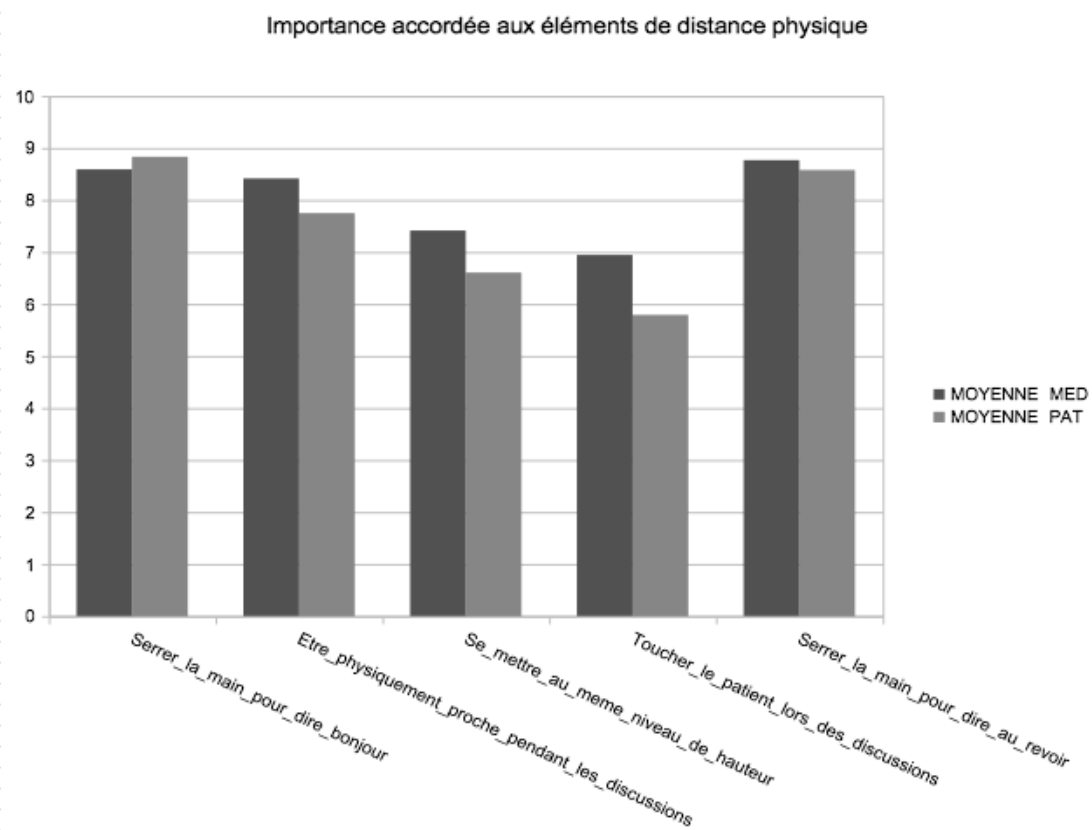


5 DONNÉES SUR L'IMPORTANCE ACCORDÉE AUX ÉLÉMENTS DE LA COMMUNICATION NON-VERBALE :

5.1 IMPORTANCE ACCORDÉE AUX ÉLÉMENTS DE LA COMMUNICATION NON-VERBALE :



5.2 IMPORTANCE ACCORDÉE AUX ÉLÉMENTS DE LA DISTANCE PHYSIQUE :



DISCUSSION

1 RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS :

1.1 CONCERNANT LE SCORE DE DISTANCE :

Le détail de chaque item du score permet de déterminer le comportement des médecins.

Ce score apprécie les capacités du médecin à se tenir à proximité de ses patients, sur les 3 composantes de la distance observées (distance horizontale, distance verticale, contact physique). Le score de distance ne permet pas de conclure à une "bonne" ou une "mauvaise" distance.

1.2 CONCERNANT LE SCORE DE QUALITÉ DE RELATION MÉDECIN-PATIENT :

Le détail de chaque item permet de déterminer les compétences acquises par les médecins, et celles qu'ils doivent développer.

1.3 RAPPEL DES RÉSULTATS SUR LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL :

1.3.1 CORRÉLATION ENTRE LA RELATION MEDECIN-PATIENT ET LA DISTANCE PHYSIQUE :

Le calcul du coefficient de corrélation linéaire a permis de mettre en évidence une corrélation forte à très forte entre la RMP et la distance physique avec un coefficient à 0,572 (coefficient >0,5). Ce résultat confirme que la proximité du médecin, soit par un contact physique pendant la consultation, soit par un rapprochement, soit par le fait de se mettre au même niveau de hauteur que son patient, améliore la qualité de la relation médecin-patient.

1.3.2 CORRÉLATION ENTRE LA RELATION MEDECIN-PATIENT ET LE CONTACT PHYSIQUE :

Les analyses réalisées pour les 3 composantes de la distance physique a mis en évidence une **corrélation bonne à forte entre le contact physique et la RMP avec un coefficient à 0,44.**

1.3.3 CORRÉLATION ENTRE LA RELATION MEDECIN-PATIENT ET LA DISTANCE HORIZONTALE :

Les analyses réalisées pour les 3 composantes de la distance physique a mis en évidence une **corrélation bonne à forte entre la distance horizontale et la RMP avec un coefficient à 0,42.**

1.3.4 CORRÉLATION ENTRE LA RMP ET LA DISTANCE VERTICALE :

Les analyses réalisées pour les 3 composantes de la distance physique a mis en évidence une **corrélation bonne à forte entre la distance verticale et la RMP avec un coefficient à 0,42.**

1.3.5 IMPLICATIONS DES RESULTATS EN PRATIQUE CLINIQUE :

Ces résultats n'offrent pas de réponse franche quant à la distance optimale à instaurer entre le médecin et son patient. Ils ne permettent pas non plus d'affirmer que la proximité améliore la qualité de la RMP.

Nous avons réalisé des analyses afin de mettre en évidence des différences statistiques entre différents niveaux de score des distances horizontale, verticale et de contact physique.

Les seuils de score pour lesquels j'ai décidé de voir s'il existe une différence sont les suivants :

- Pour la distance horizontale, j'ai choisi un score supérieur ou égal à 4/8 soit une distance inférieure à 75cm, correspondante à une relation personnelle proche. C'est la distance pour laquelle il me semble aisé de modifier ses pratiques, sans être trop intrusif dans l'espace du patient.

Le groupe de médecins qui était à 75 cm ou moins de ses patients obtenait un score de qualité de la relation médecin-patient supérieur de 0,8/10 ($p = 0,014$) par rapport au groupe de médecins distant de plus de 75 cm pendant les phases de discussion.

- Pour la distance verticale, j'ai choisi un score supérieur ou égal à 4/8. Il est très facile d'atteindre ce score en médecine générale, et d'autant plus en cabinet, où les gens se présentent à leur médecin debout (sauf exception). Les codes sociaux font que le médecin, par respect et politesse, vient les accueillir, debout également (sauf exception). Ne pas le faire semblerait déplacé. Il est facile de modifier ses pratiques pour se mettre au même niveau que son patient. La logique voudrait que l'on se place systématiquement au niveau que son patient afin de promouvoir au maximum la relation de partenariat. La preuve scientifique vient confirmer cette logique.

Le groupe de médecins qui était au même niveau de hauteur que ses patients pendant au moins 2 temps de la consultation sur 4 (examen clinique exclus) obtenait un score de qualité de la relation médecin-patient supérieur de 2/10 ($p = 0,001$) par rapport au groupe de médecins ayant le même niveau de hauteur que ses patients pendant moins de la moitié des phases de la consultation.

- Pour le contact physique, j'ai choisi le un score supérieur à 2/8. Ce score est atteint, simplement, en serrant la main du patient aux salutations d'accueil et de séparation. Les autres éléments du contact physique (main sur l'épaule, main dans le dos, main sur la jambe) ne sont pas du ressort des salutations, de la politesse ou des codes sociaux. Ils impliquent de réels échanges et justifient la pratique de la communication non-verbale. Ils sont plus difficiles à mettre en place, car cela nécessite d'être actif dans le contact physique avec son patient.

Le groupe de médecins qui touchait ses patients, en plus de la poignée de main pour saluer (bonjour et au revoir), obtenait un score de qualité de la relation médecin-patient supérieur de 1,3/10 ($p < 0,001$) par rapport au groupe de médecins ne touchant ses patients que pour les saluer (voire moins).

1.4 RAPPEL DES RÉSULTATS SUR LE CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE :

1.4.1 PERCEPTION DE L'INTENSITÉ DU CONTACT VISUEL :

La différence de qualité de RMP entre les populations observées est statistiquement significative ($p < 0,05$). Le contact visuel permanent améliore de 1/10 le score de RMP par rapport à un contact visuel fréquent entre médecins et patients et/ou de 4,1/10 par rapport à un contact visuel rare. La significativité du test ne précise pas si elle concerne les 3 populations, ou seulement 2 sur les 3 (ni quelles sont les populations pour lesquelles les données sont significatives). Il faut également rester critique sur la population avec un contact visuel rare, qui ne comprend qu'1 individu. Son analyse n'est pas pertinente.

1.4.2 LIEU DE CONSULTATION :

La différence de qualité de RMP entre les populations observées est statistiquement significative ($p < 0,05$). Les patients observés à domicile majoraient leur score de RMP de 1,1/10 par rapport aux patients observés au cabinet. Seulement 4 patients, observés à domicile par un seul et même médecin, sont analysés ici. L'analyse statistique et ce résultat ne sont donc pas pertinents.

1.4.3 AUTRES FACTEURS D'INFLUENCE :

L'analyse des autres facteurs d'influence n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative. Le net manque de puissance explique ce défaut de données à exploiter, essentiellement pour les données concernant les médecins, mais également pour la plupart des données des patients (malgré l'effectif de 71 patients observés et ayant répondu au questionnaire).

Il est possible que certains facteurs rattachés au patient, au déroulement de la consultation ou à l'environnement n'influence pas, de façon significative, la qualité de la relation médecin-patient.

2 LES POINTS FORTS DE L'ETUDE :

2.1 LE THÈME DE LA THÈSE :

Le domaine de recherche totalement nouveau, du point de vu médical, en fait un sujet **original**.

Aux vues des sujets accessibles aux thésards et réalisables sans aide financière, sur une durée restreinte et sans expérience de recherche, il est difficile de trouver un sujet nouveau et **pouvant modifier les pratiques**.

2.2 LE TYPE D'ÉTUDE :

Les thèses exploratoires ont l'avantage d'**ouvrir de nouveaux champs de travail de recherche**. Ma thèse permet d'enclencher des études d'intervention sur la distance physique, maintenant que l'on connaît son effet positif sur la relation médecin-patient, et ce, malgré l'absence d'outils validés.

Toute recherche lancée dans un domaine nouveau doit être débutée par une phase d'exploration. Même si l'étude est observationnelle et offre un niveau de preuve scientifique médiocre, l'apport clinique est conséquent. **Le postulat qui laissait penser qu'être plus proche de ses patients renforçait la relation médecin-malade est désormais scientifiquement observé.**

L'étude était **randomisée** sur la population de patient, **multi-centrique** (régionale). Elle comptait une composante descriptive (exploratoire), mais également analytique (épidémiologique et statistique). L'étude était prospective sur la phase observatoire et rétrospective par ailleurs.

2.3 LE TAUX DE RÉPONSE :

J'ai obtenu un fort taux de réponse : **85% de la part des médecins** (17/20) et **87% de la part des patients** (74/85). J'ai réussi, grâce à mon investissement en amont, par téléphone, voire par mail ou en face-à-face (sur Bordeaux), à motiver les médecins et leurs internes. Mes principaux arguments auprès des médecins étaient : le faible temps à investir dans ce travail (justifié par des pré-tests), le fait que cette étude n'avait pas vocation à juger ou évaluer la pratique, la simplicité des questionnaires (médecin et patient), la mise à disposition auprès des médecins et de leurs patients d'enveloppes pré-timbrées et pré-adressées.

Quelques médecins ont directement montré de l'intérêt pour le thème de la thèse. La plupart ont été intéressés par le protocole, avec ce concept de phase observatoire initiale et le fait de ne pas avoir accès au contenu précis du dossier avant la fin de cette première phase.

J'avais aussi laissé aux médecins la possibilité d'accéder au contenu du dossier, s'il ne souhaitait pas participer à ce type de protocole. L'alternative était donc que l'interne en stage devienne le médecin observé, et le MSU devienne l'observateur. 1 seul médecin, de Bordeaux-centre, a souhaité devenir l'observateur. Essentiellement pour la part expérimentale vis-à-vis de son interne (il souhaitait voir comment réagissait et agissait son interne face à la situation d'observation). Ce binôme, malgré leur adhésion à l'étude, n'a pas répondu.

Les internes ont été contactés par SMS (short message service) ou par téléphone. Mes principaux arguments pour les motiver étaient : la facilité de réponse à la fiche d'observation, l'absence de temps surajouté à la journée de travail (réponse en temps réel), le faible nombre d'observations, le fait que les pré-tests avaient été réalisés sans difficulté par les externes de mon service, la disposition d'un mode d'emploi simple pour le déroulement du protocole (ANNEXE 5) et d'un exemple (ANNEXE 6) (simulé de situation à observer avec la méthode pour remplir la fiche selon les différentes situations rencontrées). J'ai pris plusieurs fois contact avec les internes participants afin des les stimuler au lancement de l'étude. La stimulation, à 3 reprises (toutes les 2 semaines), a entraîné 3 vagues de réponses.

Le fort taux de participation des médecins montre l'évolution des mentalités du corps médical. Cela traduit peut-être une évolution des mentalités, avec une meilleure acceptation à l'évaluation (voire un besoin d'être évalué) et à l'amélioration des pratiques.

Sur les 85 patients observés, 87% (74) ont envoyé leur questionnaire. De plus, 3 patients pour lesquelles les médecins n'ont pas répondu ont également envoyé leur questionnaire. **Cela montre également l'intérêt que les patients portent à la pratique de leur médecin et à la qualité des soins qui leur sont prodigués.**

2.4 LA POPULATION ÉTUDIÉE :

J'ai réussi à inclure le nombre de médecins que je souhaitais observer. Par extension, 100 patients pouvaient être observés.

J'avais initialement le projet d'observer des médecins hospitaliers, mais le concept de relation médecin-patient semble plus adapté aux médecins participants au suivi des patients. Le protocole n'était pas adapté à l'environnement hospitalier. Après les recherches bibliographiques, j'ai restreint l'étude à la médecine générale, qui semble la médecine la plus investie dans ce domaine.

2.5 LA FICHE OBSERVATEUR :

Elle est présentée sous forme d'un tableau. Elle reste **simple, compréhensible et reproductible**. Elle est didactique avec quelques informations sur la manière de la remplir. Elle mixe le temps et l'espace. Le critère de jugement principal est intégré sur les entrées horizontales, scindées en 3 grandes parties que sont la distance verticale, le contact physique et la distance horizontale. Les différents temps de consultation sont intégrées sur les entrées verticales, afin de faciliter la lecture (de gauche à droite) au cours de la consultation.

Cet outil semble pertinent et adapté à l'analyse de la distance verticale et le contact physique. Pour la distance horizontale, j'ai construit mon outil à partir du travail réalisé par E.T. HALL [33], cité dans nos cours sur la communication de deuxième et troisième cycle, argumentant le postulat qui place le médecin dans la sphère intime de son patient, sans critique de la part des spécialistes d'anthropologie et d'ethnologie [34]. Cette étude sociologique a été réalisée sur une population d'Amérique du Nord dont le fonctionnement sociologique est assimilable au fonctionnement français [5], [10].

Le choix de réponse sous forme d'un tableau a permis de standardiser les réponses.

J'ai demandé aux internes de me faire part de leur difficulté pour remplir les fiches observateur : aucune difficulté de compréhension ne s'est présentée. Ils ont apprécié l'exemple de fiche d'observation (ANNEXE 6). Je ne pense pas que mon outil « fiche observateur » soit simple à remplir sans explications. La pédagogie induite par le mode d'emploi et l'exemple ont permis d'optimiser la qualité des réponses.

2.6 LES QUESTIONNAIRES :

J'ai intégré des éléments démographiques afin de voir si la population étudiée était représentative de la population générale.

Les (très nombreux) facteurs d'influences sont issus des différentes thèses de médecine [5], [7], [32], [35], ainsi que sur des articles de revues scientifiques basés sur les études observationnelles concernant la relation médecin-patient [10], [18], [19], [21].

La qualité de la RMP a été évaluée auprès des patients par 13 questions basées sur un squelette d'échelle française d'évaluation de la qualité de la RMP, actuellement en cours de validation. Ce squelette a été modifié afin de faciliter sa compréhension auprès des patients. J'ai également enlevé tout item en lien avec la distance physique, afin de limiter les éléments pouvant favoriser mes résultats. J'ai ensuite greffé à ce squelette français les éléments absents de l'échelle française issus des questionnaires validés anglophones et francophones. J'y ai également ajouter une question sur la confiance accordée au médecin et sa capacité à rassurer. Ces 2 éléments sont respectivement le reflet de la compétence technique et biomédicale du médecin et de l'étiquette de médecin de famille que les patients « collent » à leur médecin. Ce sont les 2 principales compétences attendues par les patients [36] et qui ne figuraient pas dans les différentes échelles validées d'évaluation de la RMP, car antérieures à cette publication.

J'ai privilégié la compréhension et j'ai tenté de répondre aux attentes des patients sur la relation médecin-patient, tout en incluant les éléments communs d'outils validés.

J'ai utilisé une échelle numérique analogique afin de laisser plus de pondération possible au patient. J'estimais trop restreint l'utilisation de satisfait / moyennement satisfait / Insatisfait. Cela a facilité l'analyse statistique. En plus des explications données sur le fonctionnement du questionnaire et la façon de répondre à cette partie, j'ai introduit aux 2 extrémités un adjectif qualificatif superlatif ; cela a permis également d'optimiser la pondération des réponses.

J'ai questionné les patients et les médecins sur l'importance qu'ils accordent aux différents éléments de la communication non-verbale. Je n'ai volontairement pas intégré les éléments para-verbaux (intonation, débit, timbre, fréquence de respiration) car ceux sont des éléments du comportement qui sont très difficiles à moduler au quotidien. J'ai donc estimé que leur évaluation n'avait ici que peu d'intérêt.

Ma thèse ne concernant que la distance physique, et pas l'ensemble des éléments constituant la communication non-verbale, j'aurais pu me limiter aux questions ne touchant qu'à la distance. Mais je souhaitais que les réponses ne soient pas biaisées par un effet lié à la restriction du questionnaire. J'ai donc intégré les autres éléments facilement modifiables de la communication non-verbale.

2.7 L'ANALYSE DES RÉPONSES :

L'analyse des données descriptives et des critères de jugement a été réalisée par Sebastien COUSSIN, un interne de l'ISPED (Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement).

2.8 L'INVESTISSEMENT PERSONNEL :

Mon implication dans ce travail débute à l'origine du projet. Je me suis intéressé au sujet après un cours de DES de médecine générale. J'ai ensuite réalisé une large recherche bibliographique francophone sur SUDOC (système universitaire de documentation), la Banque de Donnée de Santé Publique, CisMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française) et la Bibliothèque Inter-Universitaire de Santé avec les termes MeSH suivants : bonne distance et/ou distance thérapeutique et/ou distance professionnelle et/ou distance interpersonnelle et/ou distanciation et/ou proxémie et/ou proche et/ou espace et/ou distance physique. Les principaux résultats recueillis sont tirés de PubMed, où j'ai basé mes recherches sur les termes MeSH suivants : space or distance and physician-patient. Le tri fût difficile car la pertinence des articles et l'impact factor de la plupart des revues consultées étaient médiocres. Le nombre d'articles était conséquent. Mais cela m'a permis de constater qu'aucune recherche dans ce domaine n'avait été entamée en Europe ou en Amérique du Nord.

Ce travail m'a demandé beaucoup d'investissement en temps de production dans la réalisation des différents outils utilisés. J'ai changé à plusieurs reprises la méthode de recueil des distances. Les différents questionnaires ont été drastiquement réduits. J'ai réalisé plusieurs pré-tests pour chacun d'eux. J'ai ajouté des modes d'emploi, des aides, afin d'optimiser la qualité des recueils de données.

Au moment de contacter les médecins, le site du Département de Médecine Générale de Bordeaux dysfonctionnait et l'ARS était injoignable (juillet-août 2015). Je n'ai donc pas pu récupérer la liste officielle publiée des MSU d'Aquitaine. Grâce à mon réseau d'anciens co-internes de médecine générale (rencontrés au cours de ma formation), j'ai pu contacter leur ancien maître de stage.

Ce travail de prise de contact a été très chronophage et laborieux. J'ai eu beaucoup de difficultés, initialement, à présenter clairement et chronologiquement mon projet. J'ai fini par standardiser ma présentation téléphonique. Cela a facilité la prise de contact, la justification de l'inclusion restreinte aux MSU et leurs internes, l'information sur le thème de la thèse, l'explication du déroulement de l'étude et le caractère non-évaluant des pratiques.

L'anticipation du mode de réponse par voie postale et son financement a coûté quelques centaines d'euros.

J'ai progressé dans la manière de rédiger, au fur et à mesure de mon travail.

3 LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE

3.1 LE THÈME DE LA THÈSE :

Le domaine de recherche est nouveau. Les données de la littérature sont pauvres. Je n'ai donc pas pu m'appuyer sur des travaux antérieurs ou des articles scientifiques sur le sujet. Je n'ai également pas eu accès à des outils validés adaptés à mon travail.

3.2 LE TYPE D'ETUDE :

Cette thèse comporte une partie rétrospective, avec les questionnaires médecin et patient. Cela implique un **biais d'information** par l'impossibilité de vérifier les données remplies par le patient ou le médecin. Les études observationnelles sont d'un **faible niveau de preuve scientifique** (niveau de preuve 4/4, si l'étude est bien menée).

L'étude est multi-centrique, mais ne concerne que les médecins d'Aquitaine. J'aurais pu étendre mon étude au Grand-Ouest, afin de renforcer la validité scientifique de mon travail et d'améliorer sa puissance.

3.3 LA SÉLECTION DES MÉDECINS :

La représentativité de la population médicale n'est pas respectée sur les critères du sexe et de l'âge puisqu'en Aquitaine, les femmes représentent 41% (contre 24% dans l'étude) des médecins généralistes et 25% (contre 6% dans l'étude) des médecins ont plus de 65 ans [37]. Pour le critère de l'âge, les médecins jeunes ont proportionnellement plus participé que les médecins les plus âgés.

La raison de refus de participation évoquée par les médecins contactés par téléphone était le manque de temps.

Il existe peut-être un **biais de participation** : sur les 17 médecins ayant participé, tous étaient intéressés par l'impact que peut avoir la communication sur la qualité des soins et 10 d'entre eux ont bénéficié de formations sur la communication. Les médecins qui ont répondu à l'étude sont probablement plus sensibles et plus intéressés par la communication que les autres, et sont donc peut-être plus proches de leurs patients.

Le statut MSU des médecins généralistes observés entraîne d'emblée un **biais de sélection**. Du fait qu'une tierce personne ait été présente, la pratique habituelle des médecins participants qui se sentaient observés a pu être modifiée. Ces 2 biais intriqués n'ont pas pu être écartés. Tout le travail exploratoire de cette thèse est basé sur une période d'observation indispensable. De fait, les MSU sont les médecins généralistes les moins enclin à la gêne occasionnée par la présence d'un interne. 1 médecin, de Gujan-Mestras, m'avait fait la remarque, lors du second contact par mail : « N'existe-t-il pas un biais, de part le fait de choisir des MSU ? ». « Oui, mais je n'ai pas trouvé d'alternative plus adaptée. J'ai du choisir les médecins MSU et la présence d'une tierce personne pendant la consultation au profit de l'objectivité de l'observateur et du mode de recueil précis et prospectif des informations. » Ce médecin, malgré son accord pour participer à l'étude, n'a pas répondu.

3.4 LA SÉLECTION DES PATIENTS :

Il existe un **biais de sélection**. Les critères de sélection par l'observateur des situations étaient sûrement en faveur de la facilité de recueil des données et donc en faveur des consultations au cabinet. Ce biais de sélection n'a pu être évité de part l'utilisation d'un investigateur/observateur autre que moi (manque de temps) et mon souhait de ne pas imposer des directives supplémentaires aux observateurs participants.

Certains critères d'exclusions n'ont pas été respectés : 1 couple a été observé.

3.5 LA FICHE OBSERVATEUR :

Il n'existe pas d'outil validé pour l'évaluation des interactions inter-individus et par extension, des distances physiques en soins. Le score de 0 à 8, évaluant la distance horizontale, la distance verticale et le contact physique n'est donc pas "consensuel" car purement arbitraire. J'ai pondéré pour que chacune des 3 composantes distance aient le même nombre de points. Ces biais sont inévitables, puisque c'est le premier travail scientifique médical réalisé sur ce thème.

J'aurai pu y inclure une question pertinente : y'a-t-il eu une modification visible du comportement du médecin au fur et à mesure des observations ? OUI / NON

Certaines remarques ont été rapportées par les observateurs : certains médecins (2 sur les 17 observés) ont, pour un total de 5 patients, débuté leur interrogatoire dans une position puis ont changé de position au cours de cet interrogatoire. Cela imposait à l'observateur de cocher 2 cases sur la position du médecin pour un seul temps de consultation. 2 médecins considèrent ne pas dissocier les phases d'interrogatoire de celle de l'examen clinique. Aucun de ces 2 médecins ne faisaient partie de ceux ayant changé de position pendant la consultation.

3.7 LES QUESTIONNAIRES :

L'utilisation de questions à réponses uniques ont forcé médecins et patients à faire un choix « tranché ». J'ai privilégié ce type de questions pour faciliter mon recueil de données et l'analyse des résultats de mon étude. Poser des questions ouvertes aurait permis d'obtenir davantage d'informations.

3.7.1 LE QUESTIONNAIRE MÉDECIN :

3.7.1.1 LA CONNAISSANCE DU QUESTIONNAIRE PAR LES MÉDECINS :

Théoriquement et à ma demande explicite orale et écrite, les médecins ne devaient pas connaître le contenu de leur questionnaire, ni celui des patients, ni la fiche observateur. Ils pouvaient cependant avoir connaissance, avant le début de l'étude, des critères explorés, s'ils le souhaitaient. Ils auraient donc pu être plus actifs sur les critères étudiés. Cependant, aucun médecin n'en a fait mention.

3.7.1.2 LE QUESTIONNAIRE MEDECIN :

Le questionnaire médecin était également trop long et offrait des biais d'analyse.

Il aurait été pertinent de préciser si le médecin observé était le médecin traitant du patient.

J'aurais également dû poser la question : « pensez-vous être plus proche de vos patients lorsque votre interne n'est pas présent ? » OUI / NON

A la question sur la croyance religieuse, 3 médecins n'ont pas répondu. Mon directeur de thèse m'a proposé de supprimer cette question, qui initialement était présente dans les 2 questionnaires. Je l'ai retirée du questionnaire patient. Je souhaitais voir si d'une part, cela pouvait avoir un impact sur la qualité de la relation médecin-patient et d'autre part, voir si ce sujet était tabou. Alors que les médecins sont habitués à aborder des sujets difficiles on s'aperçoit que la religion reste encore un sujet tabou en 2015.

3.7.2 LE QUESTIONNAIRE PATIENT :

Le questionnaire était trop long et a sûrement entraîné des biais d'analyse.

Dans la question « fréquence de consultation », l'item « aucun suivi » n'a aucun intérêt. Il est inclus dans l'item « annuelle ou moins fréquente ». Il est sous-entendu par la question précédente « ancienneté du suivi », si l'item « 1ère fois » ou « moins de 1 an » est choisi.

Dans l'échelle d'évaluation de la RMP, certaines questions posées au malade dépendent de certains temps de la consultation. Il a donc pu apparaître des biais de mémoire : l'évaluation a pu être établie sur un moment précis de la consultation.

Dans un souci de réaliser un seul test, il était correct de calculer un score agrégé. Néanmoins, cela aurait pu masquer l'effet recherché et rendre plus difficile l'interprétation des résultats.

J'aurais dû utiliser un outil validé pour renforcer le niveau scientifique de mon travail.

Une interne m'a fait une remarque sur la première question de la partie III (sur l'estimation de l'importance accordée aux éléments de la communication). Le fait de mettre « et pas seulement » dans la proposition : « Me serrer la main pour me dire « bonjour » et ne pas seulement me saluer de loin » sous-entend que serrer la main est mieux que saluer de loin. J'aurais dû modifier la proposition afin de ne pas induire ce sous-entendu. Cette remarque

peut être extrapolée à la proposition 4 « Etre calme, posé, et disponible. Ne pas faire 2 choses en même temps ou être dissipé », qui implique que faire 2 choses en même temps est un comportement négatif.

3.8 LES RÉSULTATS :

3.8.1 CONCERNANT LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL :

Pour l'évaluation de la qualité de la RMP, 4 propositions étaient à « consonance » péjorative lorsque que l'on évaluait à 10/10 (exemple : pour la proposition « les questions du médecin étaient intrusives et brutale », une évaluation à 9/10 induit un mauvais résultat). « L'effet écho » du questionnaire a sûrement entraîné des erreurs de réponse. Certaines moyennes ont dû être injustement moins hautes que méritées.

3.8.2 CONCERNANT LE CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE :

Pour la plupart des items du critère de jugement secondaire, la puissance était insuffisante. Pour l'analyse de nombreux facteurs d'influence, les effectifs étaient trop faibles pour montrer une différence significative. Les effectifs étaient parfois insuffisants pour être représentatifs et pertinents cliniquement (notamment tous les effectifs < 5).

Pour les facteurs liés au médecin, les effectifs n'ont pas permis que les résultats soient publiés. Ce manque de puissance aurait dû être anticipé. Il semble illusoire d'espérer obtenir un résultat significatif et statistiquement pertinent avec 17 variables.

3.8.3 LES LIMITES DU TEST STATISTIQUE SUR LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL :

J'ai donc observé que la proximité est corrélée à la qualité de la RMP. Du fait de n'avoir pas pu isoler les facteurs influençant la RMP, **la corrélation doit sans doute être adaptée au contexte : au médecin, aux circonstances, à l'environnement et au patient.**

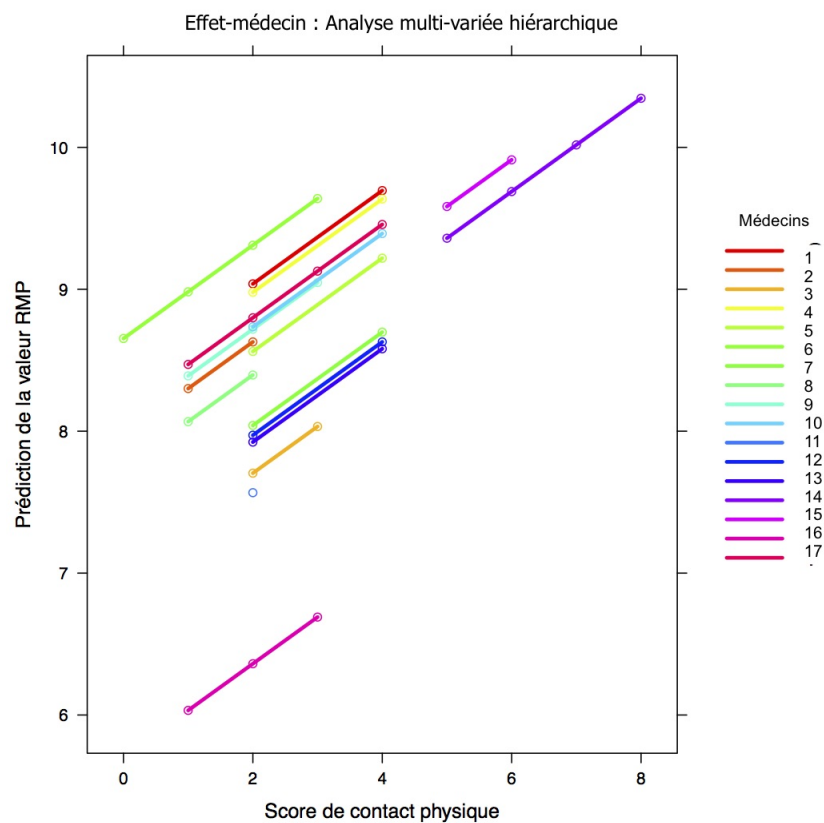
Suivant le niveau émotionnel, le contenu de la discussion, la gravité de la maladie, la distance nécessaire n'est probablement pas la même (annonce d'une maladie grave versus diagnostic d'angine, consolation de deuil versus renouvellement d'ordonnance).

En « médecine de proximité », on connaît mieux certains patients. Dans le respect de l'authenticité on est plus proche de certains que d'autres. Forcer la proximité sonnerait faux.

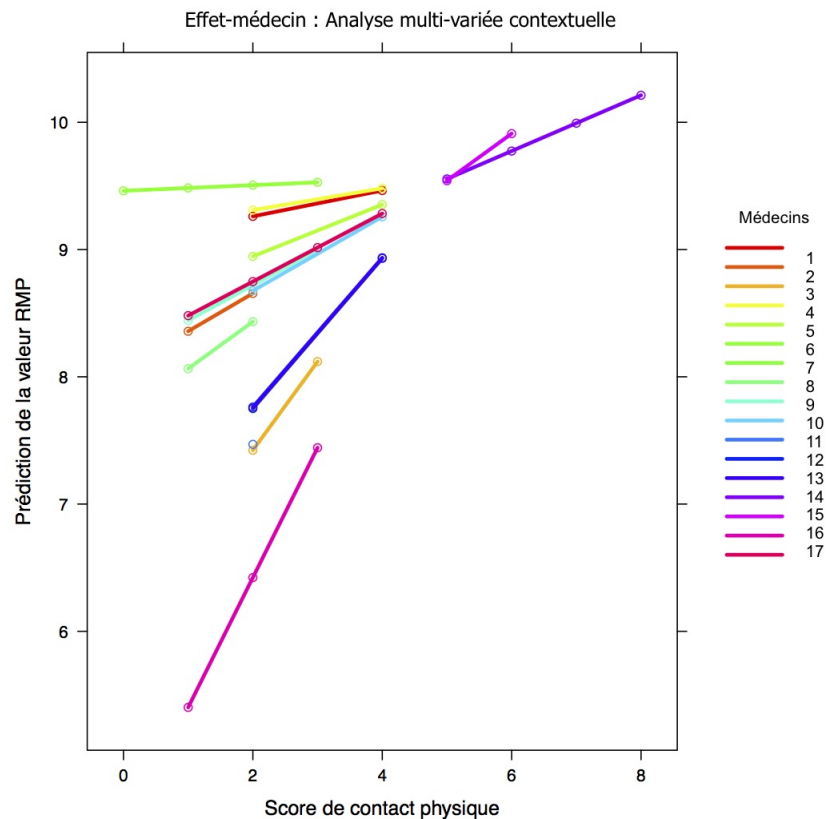
La mise en évidence de cette corrélation ne permet pas d'affirmer le sens du lien. Il est très probable qu'une bonne RMP induise une proximité accrue et qu'à l'inverse, un mauvais rapport impose une distance plus importante.

3.8.3.1 L'EXEMPLE DU SCORE DE CONTACT PHYSIQUE :

Seule cette composante de la distance physique a bénéficié d'une analyse multi-variée. Je ne présente donc que celle-ci. Elle permet d'argumenter à elle seule les limites du test de corrélation.



Ce premier graphique montre la prédiction de la valeur RMP selon différents scores de contact physique et pour différents médecins. La prédiction est modifiée selon le médecin : pour un score à 2, un médecin aura une bonne RMP, un autre une mauvaise. Néanmoins l'effet du score est le même pour tous les médecins (les droites sont parallèles), le score de qualité de la RMP augmente d'environ 0.42 quand le score augmente de 1.



Pour la participation contextuelle sur la corrélation entre le score de contact physique et le score de qualité de RMP, ce second modèle multivarié propose un effet du score de distance physique différent selon les médecins (les lignes ne sont pas parallèles). L'aide statistique dont j'ai bénéficié a montré qu'il y a des différences importantes d'effet entre les médecins (différences de pente) : **il y a entre 25% et 32% d'effets attribuables au contexte.**

3.8.4 AUTRES :

Les variables observées ont rarement suivi une répartition linéaire (test de Shapiro $<0,05$). Sans l'aide d'un statisticien, je n'aurais pas su utiliser les tests statistiques adaptés pour l'analyse de variables ne suivant pas la loi normale.

Il aurait été intéressant de comparer un à un les items de la partie II du questionnaire médecin (sur les habitudes de comportement des médecins) avec la moyenne des résultats des 5 situations observées pour chacun grâce à la fiche observateur. Cela aurait permis de voir si leur estimation était fidèle à la réalité.

Sans l'intervention des statisticiens, j'aurais appliqué à mon score de distance un coefficient dépendant de l'importance qu'accordent les patients aux différents éléments de la distance physique en consultation. Cela aurait d'emblée entraîné un facteur de liaison. J'aurais induit un lien indirect entre le score de distance (intégrant alors l'avis du patient), et la surestimation de la qualité de la RMP pour les médecins plus proches. J'aurais ainsi amplifié mes résultats.

J'avais déjà entrepris mon recueil de données, au moment où j'ai bénéficié de l'aide statistique et méthodologique. J'ai obtenu une lourde série de données (médecins et patients) que je n'ai pas exploité.

J'aurais pu faire une analyse en sous-groupe pour les 3 groupes de patients ayant un score de distance dépassant le seuil que j'ai estimé pertinent. Dans chaque sous-groupe, j'aurais rechercher une différence de qualité de RMP entre les patients accordant beaucoup d'importance à la composante de la distance concernée et ceux en accordant peu (exemple : dans la population ayant un score de distance horizontale ≥ 4 , existe-t-il une différence entre les patients accordant beaucoup d'importance au fait que leur médecin est proche d'eux lors des discussions et les patients n'accordant que peu d'importance?)

4 COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

La comparaison avec la littérature sur les résultats du critère de jugement principal m'est impossible. Aucun article scientifique ni aucune étude ne s'y réfère.

Je peux cependant appuyer, grâce à mes résultats, les démarches logiques qui ont été faites jusqu'à ce jour et qui ont servi de base de réflexion et d'aide à la pratique aux médecins.

Carl Rogers [38] expose l'importance de la relation soignant-patient par l'interaction entre ces deux personnes.

L'Approche centrée sur la personne, extrapolée en médecine à l'Approche centrée patient, repose sur trois attitudes fondamentales : l'empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle :

- La congruence est la capacité du thérapeute à prendre conscience du flux des sentiments et émotions qui le traversent. Elle signe l'authenticité et l'aspect horizontal de la relation entre le patient et le médecin. Le médecin ne doit pas se positionner comme un expert capable de résoudre les problèmes du patient, il se présente au contraire comme un écoutant et un partenaire désireux de comprendre le monde de son patient.
- L'empathie s'exprime par des messages verbaux et non verbaux.
- La considération positive (ou regard positif inconditionnel) est la capacité de considérer le patient de manière positive, c'est-à-dire sans jugement ni évaluation. La personne est acceptée telle qu'elle est. Une attitude humaine, chaleureuse et encourageante sont les points-clés de cette dimension.

L'Approche centrée patient implique un savoir-être de la part du médecin.

Le domaine d'exploration que j'ai choisi (la distance physique) évolue à travers les 2 dernières attitudes décrites par Rogers. Ceci confirme l'importance de l'exploration de telles données, communes, simples, pleines de bons sens, qui méritent tout de même une démonstration scientifique de l'impact qu'elles révèlent.

Michael Balint [39] étudie le concept de « Drug-Doctor » (« remède-médecin ») et ses effets indésirables : « Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. [...] il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. [...] Dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien, etc. Il est plus inquiétant encore de constater l'absence complète de littérature sur les risques possibles d'une telle médication [...] ou sur les effets secondaires indésirables du médicament. En fait la pauvreté des informations sur ce remède (le plus utilisé) est terrifiante et désastreuse [...]. En général on répond à cela que l'expérience et le

bon sens donnent au médecin l'habileté nécessaire pour se prescrire lui-même ; mais l'insuffisance de cette opinion (qui ne rassure qu'elle-même) éclate si on la compare aux instructions détaillées et basées sur des expériences soigneusement contrôlées qui accompagnent tout médicament nouveau utilisé en médecine générale. [...] Tout médecin se fait une image personnelle de ce que devrait être un malade, comme si chaque médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont ou non en droit d'espérer ».

D'une certaine manière, j'ai exploré la « posologie » du remède-médecin à prodiguer au patient. Je n'en ai mis en évidence aucun effet indésirable, tout du moins sur la distance physique.

La revue de la littérature sur le remède-médecin [40] met en avant 2 types d'intervention contribuant à l'efficacité de cette thérapeutique : le soin « cognitif » ou la connaissance médicale (le savoir-faire) et le soin « émotionnel », faisant intervenir les attitudes du médecin et ses capacités relationnelles telles que l'empathie, l'intérêt porté au patient, l'écoute active, l'expression émotionnelle, la réassurance (le savoir-être).

Dans la part du « soin émotionnel », je n'ai exploré que les attitudes du médecin. J'ai établi un lien entre ces attitudes et les résultats relationnels sur les patients.

La Haute Autorité de Santé, sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle [41], recommande de s'asseoir pour parler au patient. Mon étude vient appuyer scientifiquement, à posteriori, les préconisations de ces recommandations de bonnes pratiques.

Dans leur étude sur l'exploration de l'espace en cabinet de consultation [19], Okken et al indiquent que les gens préfèrent une distance interpersonnelle plus petite lorsque la taille de la salle de consultation est grande. La distance étant fortement liée à la qualité de la RMP, j'aurais souhaité confirmer ou infirmer ce point intéressant, qui ne suit pas la logique. Mes résultats montrent une corrélation à tendance négative ($\kappa = -0,13$) entre la RMP et la taille de la salle. L'intervalle de confiance comprend 0, donc on ne peut pas conclure. De plus un coefficient κ proche de 0 indique une très faible corrélation, rendant l'information peu pertinente. J'aurais pu rechercher une différence d'importance accordée à la proximité (par le patient et par le médecin), en comparant un groupe « grande taille de salle » avec un groupe

« petite taille de salle ». J'aurais également pu rechercher le coefficient de corrélation entre la taille de la pièce et l'importance accordée (par le médecin et/ou par le patient) à la distance en consultation.

Les résultats des auteurs ayant déjà publié sur la recherche de facteurs influençant la qualité de la relation médecin-patient ne sont pas homogènes [5], [18], [21], [32]. J'aurais souhaité observer si mes résultats étaient concordants avec ces travaux antérieurs.

Le manque de puissance de mon étude fait défaut au travail que j'ai fourni. L'ensemble des données de mon critère de jugement secondaire est ininterprétable.

5 PERSPECTIVES FUTURES :

5.1 MODIFICATION DES PRATIQUES :

Actuellement, aucune modification des pratiques n'est observable puisque l'étude est trop récente. Je n'ai pas eu d'intervalle suffisant pour observer une modification d'attitude de la part de mes confrères, au courant de mes résultats.

Actuellement en stage en milieu hospitalier, je m'assoie sur une chaise pour parler au patient. Je suis suffisamment proche d'eux pour pouvoir les toucher à tout moment. En revanche, je ne les touche que rarement et ne leur sers pas la main en quittant la chambre. Je fais également l'effort de les regarder autant que possible.

5.2 LES PERSPECTIVES DE TRAVAUX DE RECHERCHE SUR CE DOMAINE :

L'objectif futur serait de promouvoir les résultats du critère de jugement principal, en restant objectif sur le fort nombre de biais de l'étude (notamment l'absence d'outils validés) ou la faible puissance limitant la mise en évidence des facteurs d'influence.

Pour appuyer mes travaux, d'autres études peuvent être lancées. Notamment des études avec des outils validés sur l'évaluation de la qualité de la relation médecin-malade, des études sur la validation d'un outil permettant de faire un score de distance le plus pertinent et le plus objectif possible, des études interventionnelles avec des seuils de distance différents, des études évaluant l'impact de la distance sur les praticiens eux-mêmes, des études similaires en milieu hospitalier ...

Les autres composants de la communication (verbale ou non-verbale) peuvent être évalués, car les études restent rares, alors que l'impact selon les pratiques semble conséquent.

CONCLUSION

Les recherches sur la communication sont rares en médecine. L'exploration de l'impact de la distance physique entre médecin et patient sur la relation médecin-patient est une nouveauté.

L'étude observationnelle s'est déroulée sur 6 semaines, chez 17 médecins généralistes maître de stage d'Aquitaine, leurs internes et leurs patients.

Je ne disposais pas d'outils validés pour mettre en évidence la corrélation entre la distance et la qualité de la relation médecin-patient. Ceci peut expliquer l'absence de données sur le sujet. J'ai cependant réussi à construire 2 outils qui m'ont permis d'obtenir des résultats, via un score de distance et un score de qualité de relation médecin-patient. Ils sont construits sur la base de la pertinence clinique, d'ouvrages sociologiques reconnus et d'outils validés non-français.

La distance physique joue un rôle dans la relation médecin-patient. Les résultats obtenus montrent une forte corrélation entre la distance physique séparant le médecin de son patient et la qualité de la relation médecin-patient. Les 3 composantes de la distance physique, la distance horizontale, la distance verticale et le contact physique, analysées isolément, présentent une corrélation très correcte avec la qualité de la relation médecin-patient.

Les données ont permis de montrer, de façon statistiquement et cliniquement significative, que le groupe de médecins situé à 75 cm ou moins de ses patients, se mettant au même niveau de hauteur que ses patients pendant la moitié (ou plus) du temps de consultation et qui touche ses patients en dehors des poignées de mains des salutations, aura une nette amélioration de la qualité de la relation qu'il entretient avec ses patients par rapport au groupe de médecins situé à plus de 75 cm des patients, se mettant au même niveau de hauteur que ses patients pendant moins de la moitié du temps de consultation et qui ne touche pas ses patients en dehors des poignées de mains des salutations.

Cette analyse ponctuelle ne permet pas d'affirmer l'effet bénéfique de la proximité sur la RMP.

Mesurer l'effet de la distance est difficile : premièrement, la mesure de la relation est subjective. Deuxièmement, la relation médecin-malade dépend de plusieurs autres facteurs d'influence que je n'ai pas su mettre en évidence. Certains de ces facteurs sont potentiellement associés à la distance physique. L'estimation de l'effet de la distance peut donc être biaisée par la présence de facteurs de confusion. Ils ont été recherchés mais le manque de puissance de l'étude sur le critère de jugement secondaire ne permet pas leur identification.

L'état des lieux fait grâce à cette étude met en évidence un besoin de la population à bénéficier d'interlocuteurs médicaux formés en communication.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Richard, C, Lussier, MT. La communication professionnelle en santé. Editions ERPI, 2005.

[2] Lebret, JM. Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné.
[En Ligne] <http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Reflexion-philosophique-sur-la.html> (consulté le 10/6/15).

[3] Agency for Healthcare Research and Quality. Best Practices in Public Reporting No. 1: How To Effectively Present Health Care Performance Data To Consumers. AHRQ; 2010.
[En Ligne] <http://www.ahrq.gov/qual/pubrptguide1.htm>.

[4] Cicourel, AV. Le raisonnement médical : une approche socio-cognitive. Paris : Seuil, 2002 : 234 p. (Chapitre: Introduction, p. 30).

[5] Dedienne, MC. “Attentes Et Perceptions De La Qualité De La Relation Médecin-Malade Par Les Patients En Médecine Générale : Application De La Méthode Par Focus Groups.” Thèse d’exercice, Université de Grenoble, 2001.

[6] Bornet, L. Les critères de qualité de la relation médecin-patient définis et perçus par les médecins généralistes à l'aide de la méthode par focus group. 101 p. Th Med, Lyon 1, 2002, N°139.

[7] Brunie, B. “Le médecin-patient et sa santé : quelles différences perçoit-il entre sa prise en charge et celle de ses patients ?” Université François-Rabelais, 2013.
[En Ligne] <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Thèse%20santé%20des%20MG.pdf>.

[8] Street, RL Jr, Makoul, G, Arora, NK, and al. How does communication heal» Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns 2009 ; 74 (3) : 295-301.

[9] Mathieux, N. “La bonne distance dans la relation médecin-patient : Travail à partir de 17 cas de plainte en lien avec des pratiques relationnelles inadaptées.” Université de Poitiers, 2013.

[En Ligne] <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/d12616fc-a79a-4663-9d27-8a65f0e5fed9>.

[10] Lemasson, A, Gay, B, Lemasson, JL. “Comment Le Médecin Perçoit-Il Sa Prise En Compte Des Préoccupations Du Patient ? Une Étude Qualitative En Soins Primaires En Aquitaine.” Médecine : De La Médecine Factuelle A Nos Pratiques 2, no. 1 (2006): 38–42.

[11] Société Française de Médecine Générale. “Eléments de communication” Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d’un corpus théorique propre à la discipline, no. Fiche n°18 (2013): 4.

[12] Clement, E, Demonque, C, Hansen-Love, L and al. Pratique de la philosophie de A à Z. Paris : Hatier, 1994 : 383 p. (p. 61).

[13] Watzlawick, P, Helmick Beavin, J, Jackson, D. Une logique de la communication. Paris : Seuil, 1979 : 280 p.

[14] Mehrabian, A, and Ferris, SR. “Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels.” Journal of Consulting Psychology 31, no. 3 (June 1967): 248–52.

[15] Rosenthal, R, Jacobson, LF. « Teacher Expectation for the Disadvantaged », Scientific American, 1968, vol. 218, n° 4, pp. 19-23.

[16] Poncet-Jeanne, M. “L’expressivité non verbale des personnes âgées atteinte de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée.” Ecole Doctorale Humanités de Sciences Humaines - Institut de Psychologie, Université Lumière - Lyon 2, 2007.

[17] Hall, ET. “Chapter X : Distances In Man.” In The Hidden Dimension, 113–30. New York: Doubleday, 1966.

- [18] Gadit, A, Muhammad, A. "Personal Space: Implications in Patient-Doctor Relationship." JPM. The Journal of the Pakistan Medical Association 60, no. 4 (April 2010): 321–22.
- [19] Okken, V, Van Rompay, T, and Pruyn, A. "Exploring Space in the Consultation Room: Environmental Influences during Patient-Physician Interaction." Journal of Health Communication 17, no. 4 (2012): 397–412. doi:10.1080/10810730.2011.626498.
- [20] Buetow, SA. "Something in Nothing: Negative Space in the Clinician-Patient Relationship." The Annals of Family Medicine 7, no. 1 (January 1, 2009): 80–83. doi:10.1370/afm.914.
- [21] Schattner, A. "Patient–physician Distance." European Journal of Internal Medicine 24, no. 6 (September 2013): e69–70. doi:10.1016/j.ejim.2013.06.008.
- [22] Matoh, T. "[Physical distance between patients and physician]." [Kango] Japanese Journal of Nursing 46, no. 6 (June 1994): 124–25.
- [23] Creswell, JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
- [24] Glaser, B and Strauss, A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine de Gruyter, 1967.
- [25] Cohen, J. A coefficient of agreement for nominal scales., Educ. Psychol. Meas., 1960, 20, 27-46.
- [26] JUNOD, N, and SOMMER, J. "Approche en communication pour le bon déroulement d'une consultation" Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline, no. Fiche n°31 (2013): 17.
- [27] Epstein, RM, Dannefer, EF, Nofziger, AC, and al. "Comprehensive Assessment of Professional Competence: The Rochester Experiment." Teaching and Learning in Medicine 16, no. 2 (2004): 186–96. doi:10.1207/s15328015tlm1602_12.

[28] Kurtz, SM, and Silverman, JD. “The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: An Aid to Defining the Curriculum and Organizing the Teaching in Communication Training Programmes.” *Medical Education* 30, no. 2 (March 1996): 83–89.

[29] Côté, L, Savard, A, and Bertrand, R. “[Evaluation of the physician-patient relationship competence. Development and validation of an assessment instrument.]” *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien* 47 (March 2001): 512–18.

[30] Eveleigh, RM, Muskens, E, Van Ravesteijn, H, and al. “An Overview of 19 Instruments Assessing the Doctor-Patient Relationship: Different Models or Concepts Are Used.” *Journal of Clinical Epidemiology* 65, no. 1 (January 2012): 10–15.
doi:10.1016/j.jclinepi.2011.05.011.

[31] Boguet, C, and Ariot, C. “Construction d’une échelle d’évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale.” Université de Grenoble, 2015.

[En Ligne]

[http://www.sfm.org/publications/les_theses/construction_dune_echelle_devaluation_de_la_r
elation_medecin-_patient.html](http://www.sfm.org/publications/les_theses/construction_dune_echelle_devaluation_de_la_relation_medecin-_patient.html).

[32] Dareths Fabier, S. “Evaluation de la qualité d’écoute des médecins généralistes en consultation.” Université Bordeaux 2 - Victor Segalen, 2011.

[33] Hall, ET. *The Hidden Dimension*. New York: Doubleday, 1966.

[34] Koechlin, B, Hall, E-T. *La Dimension cachée*. In: *L'Homme*, 1973, tome 13 n°1-2. *Etudes d'anthropologie politique*. pp. 258-260.

[En Ligne] http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1973_num_13_1_367350

[35] Guilbaud, E, and Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2. Marseille. “La Relation Patient-Médecin En Médecine Générale.” 2008.

[36] Dedienne, MC, Hauzanneau, P, Labarere, J, and al. "Relation Médecin-Malade En Soins Primaires : Qu'attendent Les Patients ?," La Revue Du Praticien - Médecine Générale, 17, no. 612 (April 28, 2003): 653–56.

[37] Romestaing, P, Le Breton-Lerouvillois, G, and Conseil National de l'Ordre des Médecins (C.N.O.M.). Paris. Atlas de La Démographie Médicale En France. Situation Au 1er Janvier 2013. Paris: CNOM, 2013.

[En Ligne] http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/aquitaine_2013.pdf.

[38] Rogers, C. "Client-Centered Therapy" Cambridge Massachusetts: The Riverside Press, 1951.

[39] Balint, M. Le Médecin, son malade et la maladie. Traduit par Valabrega J-P. Paris: Payot, 1996. 419p. (p.9-45).

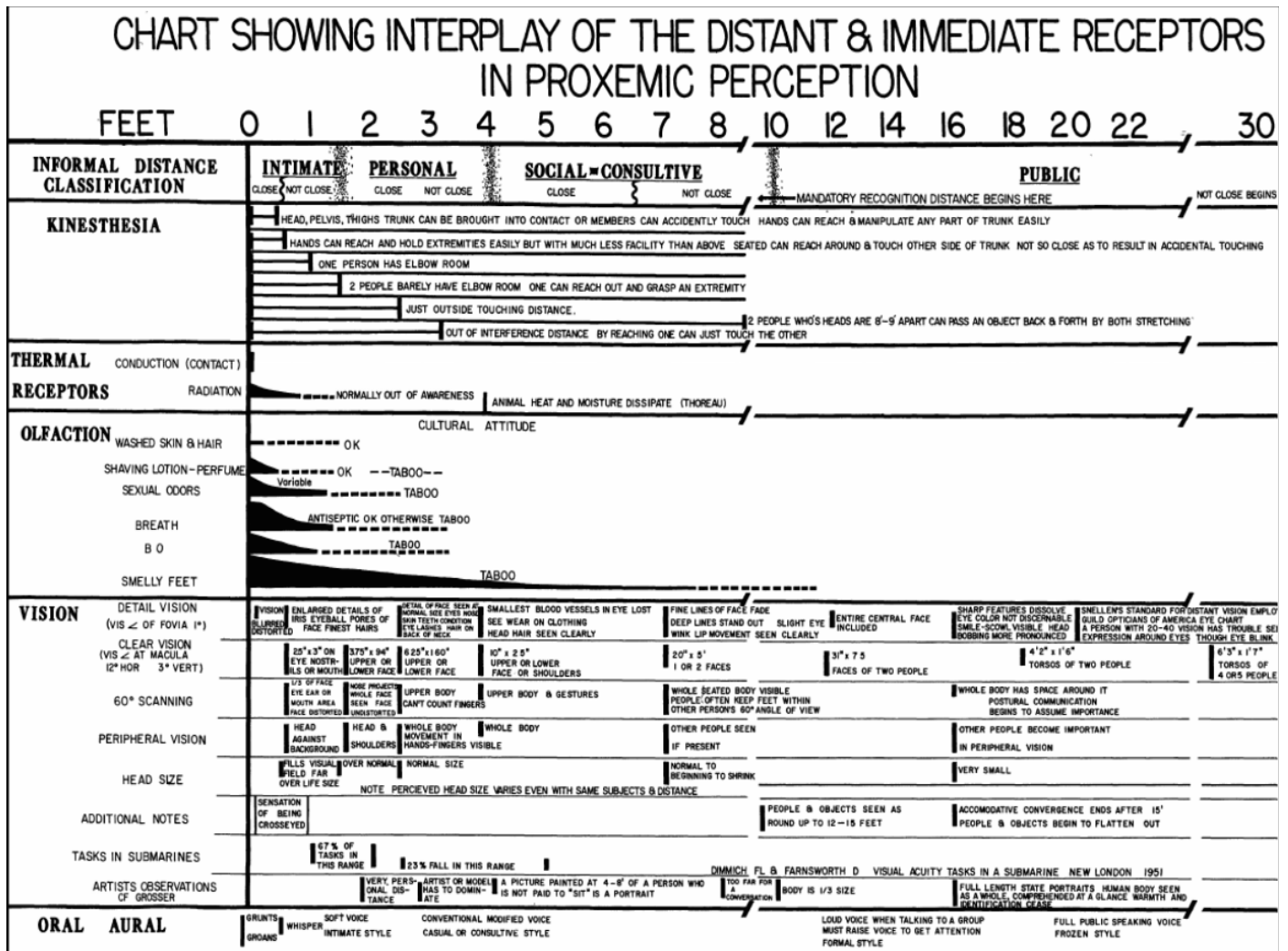
[40] Moreau, A, Boussageon, R, Girier, P, and al. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. Presse Med 2006;35(6):967-73

[41] Haute Autorité de Santé. "Annoncer Une Mauvaise Nouvelle." Recommandations, février 2008.

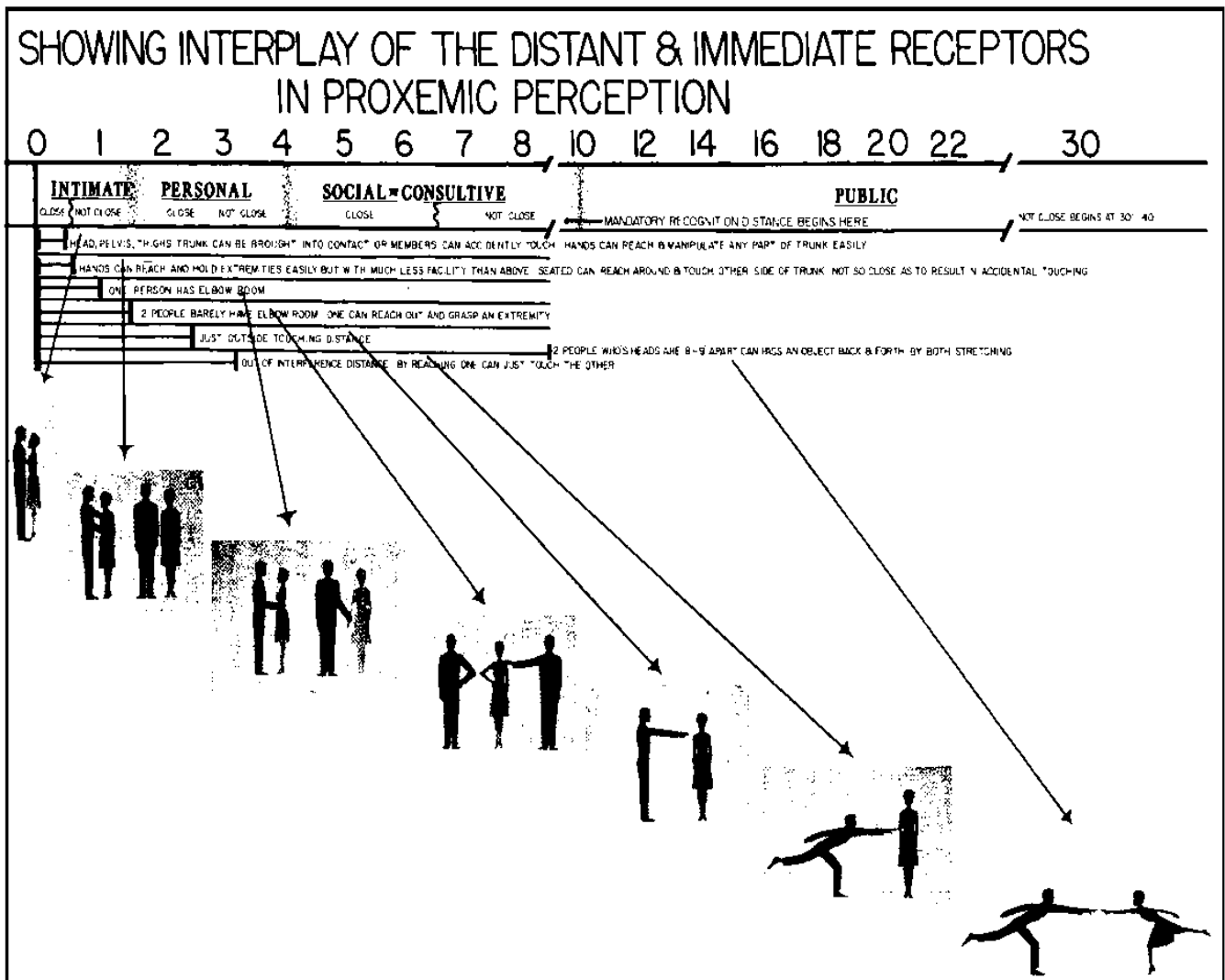
[En Ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf.

ANNEXES

ANNEXE 1 :



ANNEXE 2 :



ANNEXE 3 :

	Modes	Perceptions	Distances
Intime Distance réservée au contact intime avec son partenaire amoureux et ses enfants. Toute autre présence constitue une agression de l'intégrité individuelle. Même pour les personnes habilitées, cette zone n'est pas vraiment pratiquée dans les espaces publics.	Proche Corps à corps, acte sexuel, acte affectif intime (câlin, baiser,...), bagarre Eloignée Intimité, relations familiales (entre enfants et parents) et amoureuses. En dehors de ces cas, cette sphère n'est pas pénétrée dans un espace social public sans stress ou gêne. Distance du secret.	Vision parcellaire et déformée Offactive , thermique et musculaire de l'autre Possibilité de toucher toutes les parties du corps Visualisation déformée du visage (à cette distance, on touche) Le contact haptique (toucher de la main) est limité par la longueur des membres. Perte du contact thermique, mais maintien des contacts olfactifs.	Contact 15 – 45 cm
Personnelle Zone : limites de non contact physique direct. Elle marque l'affectivité et la proximité quotidienne des individus dans leur vie publique.	Proche Contact marquant l'intimité et l'affectivité des personnes en public Distance de la confiance Lointaine C'est la distance des discussions personnelles entre amis. Quelqu'un hors champ peut entendre mais en faisant un effort	Limites des contacts kinesthésiques par extension des membres. Vision visuelle à sa netteté maximale permettant de distinguer détails et texture du visage. Au-delà du toucher bras tendu d'un seul individu jusqu'au toucher bras tendu entre deux individus. L'ouïe ne perçoit plus les chuchotements mais les voix modérées Le champ de vision ouvert avec plus ou moins de netteté sur tout un corps assis.	45 – 75 cm 75 – 125 cm
Sociale Relations interpersonnelles directes. Au-delà tout contact physique direct, jusqu'aux limites de portée de la voix sans effort.	Proche Relations interpersonnelles entre personnel se connaissant et se côtoyant sur un projet commun (travail, réunion informelle,...) Lointaine Relations interpersonnelles formalisées (entretiens...) Les positions sont définies par une culture des règles sociales (rapports hiérarchiques...)	Vision de pratiquement tout le corps. La voix porte et est entendue sans effort. Il n'y a plus de contact physique direct. Le contact visuel maintient la permanence du contact	1,25 – 2,10 m 2,10 – 3,60m
Publique La prise de parole est hiérarchisée. Les intervenants ont un statut d'orateur face à un public.	Proche Le sujet a la possibilité de fuir. Mise en place d'un discours oratoire avec effet de voix et choix syntaxiques. Lointaine Distance oratoire Position entre un orateur et une audience, un public. Forte implication des prises de parole dans un dispositif fortement hiérarchisé (meeting, distance avec les grandes personnalités)	La voix doit commencer à être soutenue Perte de la précision des contacts visuels C'est la posture qui commence à témoigner du lien. Perte de l'impression de profondeur. La vision fond le détail dans un décor aplani. Le corps et la voix ne sont plus perçus par l'auditoire par exagérations des intonations et des gestes. Théâtralité des postures et de l'élocution.	3,60 – 7,50 m Au-delà de 7,50 m

ANNEXE 4 :

ARCHAMBAULT Dimitri
07 86 43 48 51
dimitri.archambault@hotmail.fr

Le 17 août 2015

OBJET: Thèse de Médecine Générale

SUJET: La communication dans la relation médecin-patient : Quelle distance nous sépare de nos patients ?

Cher confrère, chère consœur,

Je réalise ma thèse dans le cadre du Département de Médecine Générale de Bordeaux, sous la direction du Docteur Philippe CASTERA, médecin généraliste. **Vous avez été sélectionnés parmi un échantillon de médecins encadrant des étudiants en médecine** (internes / externes).

Dans le but d'améliorer la qualité de nos relations médecin-malades, je souhaite observer l'attitude du médecin lors des consultations auprès de ses patients. Cette thèse se déroule en 2 temps :

- **Dans un premier temps : vous êtes acteur**, et votre étudiant joue le rôle d'observateur de votre comportement lors de la visite, auprès de 5 malades, sur 5 situations habituelles d'une même journée.
- **Dans un second temps et après que les 5 observations soit terminées : vous remplissez un questionnaire qui ne nécessite que 10 à 12 minutes.** Le patient reçoit également un questionnaire.

Je précise que cette enquête reste **anonyme, confidentielle**, et qu'elle **n'a pas fonction à évaluer ou juger la pratique médicale**.

Cette étude observationnelle inclura 20 médecins généralistes et 100 patients de médecine générale (soit 5 patients par médecin).

Bien conscient du temps et de l'investissement que ce type d'étude demande, j'espère pouvoir compter sur votre participation, très importante pour la validité de mon travail de thèse. Je vous remercie d'avance pour l'aide que vous y apporterez.

Je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dimitri Archambault

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à me contacter.

Fiche d'observation : Mode d'emploi

Comprendre le but de cette thèse

Dans le but d'améliorer la communication entre le médecin et son patient et donc d'améliorer la relation médecin-patient :

1/ Je souhaite observer quelle distance physique nous sépare de nos patients. Cette fiche d'observation est essentielle aux résultats de la thèse.

2/ Les résultats de cette fiche, croisés avec les résultats des questionnaires des patients et des médecins, permettront de recherche des facteurs influençant la distance qui nous sépare.

3/ Ces résultats permettront de voir s'il existe une corrélation entre la distance et la qualité de la relation médecin-malade.

Les 6 Missions

Mission 1 : L'INCLUSION. J'observe (si possible) quelques situations à domicile et les autres en cabinet (soit 5 situations au total), si possible sur une seule et même journée, pour des patients majeurs, en capacité de remplir un questionnaire et consultants seuls. Les situations sont choisies avant qu'elles ne se déroulent (afin de limiter les biais) et ne concernent pas les consultations spécialisées (ostéopathie, acuponcture, hypnose, etc...). Dans la mesure du possible, le médecin que vous observez ne doit pas sentir que vous l'observez, car son comportement ne doit pas être biaisé par votre évaluation. Il remplira le questionnaire après la consultation.

Mission 2 : je remplis 3 choses (en haut à gauche) :

- la durée de la consultation (à +/- 1 minute),
- je coche le lieu correspondant,
- j'estime la taille de la salle où se passe la consultation.

Mission 3 : J'identifie au fur et à mesure les différents temps de la consultation ...

... Mais il peut arriver que, par exemple, l'interrogatoire ne soit pas du tout dissocié de l'examen clinique, ou qu'il n'y ait pas de conversation après l'examen clinique faisant le bilan de la consultation, ou que le médecin ne dise pas « au revoir ». Dans ce cas, je raye sur la 1^{ère} ligne le moment de la consultation qui n'a pas eu lieu (et je ne remplis donc pas la colonne correspondante).

Mission 4 : je coche des cases :

- 3 cases pour les 2 colonnes « Salutations - Bonjour/Au revoir »,
- 4 cases pour les colonnes « Interrogatoire » et « Conversation de fin de consultation ».

Mission 5 : En fin de consultation, je remets un questionnaire et une enveloppe au patient après son accord.

- Ce que je peux lui dire pour présenter le travail de cette thèse : C'est une thèse sur la communication entre le médecin et son patient (tout est expliqué au début du questionnaire de toute façon).
- Ce que je dois lui dire : Il faudrait le remplir et le renvoyer au plus vite. L'enveloppe est déjà adressée et timbrée.

Mission 6 : je poste mes fiches d'observation et les questionnaires du médecin dans l'enveloppe déjà adressée et pré-timbrée le soir même ou le lendemain.

Evidemment, merci beaucoup ! Dimitri Archambault (interne de médecine générale).

Coordonnées : dimitri.archambault@hotmail.fr 07 86 43 48 51

LA MEDECINE PROGRESSE AUSSI VIA LA BONNE QUALITE DE LA COMMUNICATION ET DE LA RELATION AVEC NOS MALADES.

ANNEXE 6 : Exemple de fiche remplie

Aide : Un exemple de « fiche d'observation »

Consultation de Mr X, 19 ans, au cabinet :

Il est seul (je peux inclure ce patient car il n'y a pas d'autre tiers que moi). Nous lui disons bonjour, et le médecin ne lui serre pas la main car il est à son bureau, entrain de finir de remplir le dossier informatisé du patient précédent. Il propose au patient de s'asseoir. Je regarde ma montre car j'ai oublié de le faire au moment de l'entrée de Mr X, mais cela fait à peu près 1 minute. J'estime environ la taille de la salle à 3 m (mur - chaises coté médecin + largeur du bureau + chaise coté patient + 1m d'espace pour passer derrière les chaises coté patient - mur) x 5 m (mur - longueur du bureau + 1m d'espace + longueur de la table d'examen + un passage derrière - mur), soit 15 m².

Le médecin l'interroge au bureau pour prendre le motif de consultation et fait l'interrogatoire, le patient est assis au bureau, comme le médecin. Puis il l'examine sur la table d'examen.

Le médecin, en étant assis au bout de la table d'examen, explique à Mr X qui est toujours allongé sur la table d'examen, ce qu'il a et ce qu'il va lui prescrire, puis il demande si Mr X a des questions.

Lors de la séparation, le médecin sert la main de Mr X et lui met la main dans le dos. Je regarde ma montre, ça fait 10 minutes 30. Je donne le questionnaire au patient après son consentement oral, ainsi que l'enveloppe pré-timbree.

Durée de la consultation : ...11...min
☒ Cabinet ☐ Domicile
 Taille de la salle de consultation : ...15...m²

Déroulement théorique d'une consultation médicale

	Si un temps de la consultation ne s'est pas déroulé : le barrer ==>	Salutations - «Bonjour»	Interrogatoire	Examen physique	Conversation sur des résultats, l'état de santé, le projet thérapeutique, la conclusion de la consultation	Salutations - «Au revoir»
Position du patient => (cocher 1 case)	Au lit/Table d'examen Au fauteuil/Au bureau Debout					
Position du médecin => (cocher 1 case)	Assis sur le lit ou sur la table d'examen Assis sur une chaise ou au bureau Debout					
Contact physique => (cocher 1 case)		A distance Poignée de main Poignée de main et la seconde main sur l'épaule Fait la bise	Aucun contact Main sur l'épaule ou sur la cuisse (temporairement)		Aucun contact Main sur l'épaule ou sur la cuisse (temporairement)	A distance Poignée de main Poignée de main et la seconde main sur l'épaule Fait la bise
Distance inter-individus lors de la communication => Même s'il n'y a pas de contact comme sur les dessins, le médecin est distant de telle manière qu'il peut à tout moment réaliser l'interaction suivante (cocher 1 case)	 ou 					

Et je n'oublie pas d'inscrire le nom du patient sur la liste des 5 patients prévue à cet effet, afin que le médecin observé puisse remplir son questionnaire pour les 5 mêmes patients que j'ai observé.

Une fois remplie, je donne cette liste et son questionnaire au médecin, sans lui montrer mes fiches d'observation.

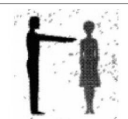
ANNEXE 7 : Fiche Observateur

Durée de la consultation :min

☐ Cabinet ☐ Domicile

Taille de la salle de consultation : m2

Déroulement théorique d'une consultation médicale

n° 1	Si un temps de la consultation ne s'est pas déroulé : le barrer ==>	Salutations - «Bonjour»	Interrogatoire	Examen physique	Conversation sur des résultats, l'état de santé, le projet thérapeutique, la conclusion de la consultation	Salutations - «Au revoir»
Position du patient ==> (cocher 1 case)	Au lit/Table d'examen					
	Au fauteuil/Au bureau					
	Debout					
Position du médecin ==> (cocher 1 case)	Assis sur le lit ou sur la table d'examen					
	Assis sur une chaise ou au bureau					
	Debout					
Contact physique ==> (cocher 1 case)		À distance	Aucun contact		Aucun contact	À distance
		Poignée de main				Poignée de main
		Poignée de main et la seconde main sur l'épaule	Main sur l'épaule ou sur la cuisse (temporairement)		Main sur l'épaule ou sur la cuisse (temporairement)	Poignée de main et la seconde main sur l'épaule
		Fait la bise				Fait la bise
Distance inter-individus lors de la communication ==> Même s'il n'y a pas de contact comme sur les dessins, le médecin est distant de telle manière qu'il peut à tout moment réaliser l'interaction suivante (cocher 1 case)						
						
						
						
	ou					
						
						

n°1

Bonjour Madame, bonjour Monsieur, je suis Dimitri Archambault, interne en médecine. Dans le cadre de ma **thèse sur la communication entre le patient et son médecin et la relation médecin-patient**, je souhaite recueillir votre avis, à l'aide du questionnaire suivant.

Les questions posées concernent votre situation générale, votre relation avec votre médecin traitant et votre ressenti.

Le questionnaire comporte 5 pages. Il est anonyme et confidentiel, il n'y a aucun moyen de savoir que c'est vous qui l'avez rempli. **Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.**

Une fois rempli, merci de me l'envoyer au plus vite, plié en 4, dans l'enveloppe fournie pré-timbrée et pré-adressée.

Merci de votre participation.

PARTIE I – VOUS CONCERNANT

(Entourer la réponse choisie et compléter les pointillés)

Sexe : Homme – Femme

Age : ans

Région d'origine :

Profession : 1- Agriculteurs exploitants

2- Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise

3- Cadres, Professions intellectuelles

4- Professions intermédiaires

5- Employés

6- Ouvriers

7- Retraités

8- Sans activité professionnelle

Ancienneté du suivi avec votre médecin traitant : 1- Plus de 5 ans
2- De 1 à 5 ans
3- Moins d'1 an
4- 1ère fois

Fréquence des consultations : 0- Aucun suivi
1- Annuelle ou moins fréquent
2- Tous les 6 mois
3- Tous les 2-3 mois
4- Mensuelle ou plus fréquent

PARTIE II – VOTRE RESSENTI CONCERNANT LA QUALITE DE LA RELATION MEDECIN-MALADE AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT

*Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant le plus faible et 10 étant le plus fort, quel est
votre ressenti vis-à-vis des situations suivantes ?*

(Faire une croix sur l'échelle)

A/ Le médecin était accueillant et chaleureux. Je me suis senti(e) à l'aise d'emblée.

Pas du tout  Complètement

B/ Avec lui, je me suis senti(e) rassuré(e) et en confiance.

Pas du tout  Complètement

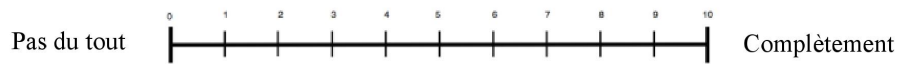
C/ Lors de l'interrogatoire, les questions étaient intrusives et brutales.

Pas du tout  Complètement

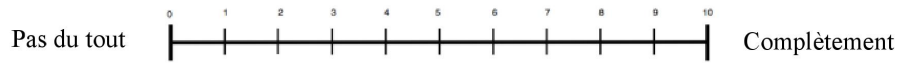
D/ Lors de l'examen de mon corps, je me suis senti(e) agressé(e) dans mon intimité.

Pas du tout  Complètement

E/ Malgré les questions tabous ou les questions d'ordre personnelle, et malgré la gêne que peut occasionner l'examen de mon corps, je me suis senti(e) respecté(e).



F/ Le médecin semble comprendre ma situation et ce que je peux ressentir.



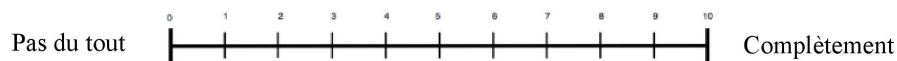
G/ Il m'écoute, me laisse m'exprimer, et si il m'interrompt, il le fait avec tact et respect.



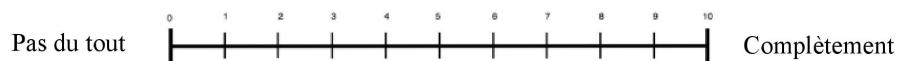
H/ Il m'informe honnêtement et franchement des résultats et de ma situation. Il est clair et n'utilise pas de jargon médical que je ne comprends pas.



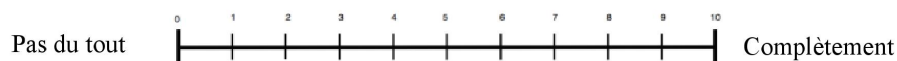
I/ Il semble me cacher des choses, ou me mentir.



J/ J'ai mon mot à dire dans les prises de décision me concernant, le médecin et moi sommes partenaires.



K/ Au contraire, il m'informe des décisions, mais ne me demande pas mon avis et ne me laisse pas le choix.



L/ Il vérifie que j'ai bien compris ce qu'il m'a dit.



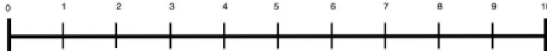
M/ Il me demande si j'ai des questions.



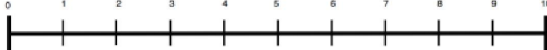
PARTIE III – VOTRE AVIS SUR LA COMMUNICATION DES MEDECINS EN GENERAL

Sur une échelle de 0 à 10, 0 correspondant à l'absence totale d'importance et 10 correspondant à l'extrême importance que vous accordez aux éléments suivants lors d'une consultation médicale, estimez leur niveau d'importance :

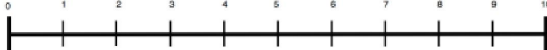
1/ Me serrer la main pour me dire « bonjour » et ne pas seulement me saluer de loin.

Aucune importance  Extrêmement important

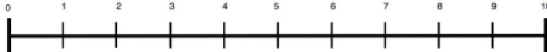
2/ L'aspect physique de mon médecin (look vestimentaire, hygiène, allure, sembler en bonne santé).

Aucune importance  Extrêmement important

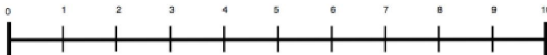
3/ Etre calme, posé, et disponible. Ne pas faire 2 choses en même temps ou être dissipé.

Aucune importance  Extrêmement important

4/ Etre proche de moi lors des discussions, afin créer une relation intime et particulière.

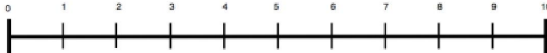
Aucune importance  Extrêmement important

5/ Prendre une attitude physique ouverte et une position d'écoute lors des discussions.

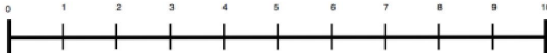
Aucune importance  Extrêmement important

6/ Savoir se mettre au même niveau de hauteur afin de discuter d'égal à égal.

(exemple : le médecin s'assoit sur le lit ou sur une chaise si vous êtes assis dans le lit)

Aucune importance  Extrêmement important

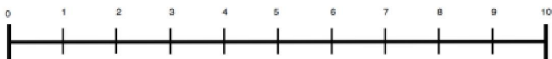
7/ Me regarder lorsqu'il s'adresse à moi, ou que je m'adresse à lui.

Aucune importance  Extrêmement important

8/ Poser sa main sur mon épaule pour me rassurer ou renforcer notre relation.

Aucune importance  Extrêmement important

9/ Utiliser des gestes et des expressions faciales variées et adaptés aux discussion.

Aucune importance  Extrêmement important

10/ Me serrer la main pour me dire «au revoir» et ne pas seulement me saluer de loin.

Aucune importance  Extrêmement important

PARTIE IV – CONCERNANT LA CONSULTATION QUE VOUS VENEZ D'AVOIR

1/ La consultation était-elle programmée ?

OUI / NON

2/ Lors que vous discutiez, le médecin vous regardait-il ?

1- *Tout le temps*

2- *Souvent*

3- *Rarement*

4- *Jamais*

3/ Concernant votre perception de la distance entre le médecin et vous, trouvez-vous que le médecin était à bonne distance de vous ?

1- *Trop proche*

2- *A bonne distance*

3- *Trop éloigné*

4/ En général, êtes-vous gêné par le contact physique avec autrui ?

OUI / NON

5/ Comment qualifieriez-vous la qualité de la relation avec votre médecin ?

1- *Excellente*

2- *Bonne*

3- *Ni bonne, ni mauvaise*

4- *Mauvaise*

5- *Très mauvaise*

ANNEXE 9 : Questionnaire Médecin

Le questionnaire comprend **8 pages** et prend **moins de 15 minutes**. Il reste **anonyme** et **confidentiel** et **n'a pas vocation à juger ou évaluer votre pratique**. Il **n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse**.

PARTIE I – VOUS CONCERNANT

(Entourer la réponse choisie)

Sexe : Homme – Femme

Age : Moins de 35 ans ; 35 – 50 ans ; 50 – 65 ans ; Plus de 65 ans

Statut : *Interne / Médecin thésé*

Milieu d'exercice : *Urbain / Semi-rural / Rural*

Vous vivez : *En couple ou en famille / Célibataire*

Etes-vous heureux au travail ? OUI / NON

Êtes-vous croyant ? OUI / NON

Avez-vous déjà bénéficié d'une formation en communication ? OUI / NON

Vous sentez-vous concerné par l'impact qu'à la communication sur vos malades ? OUI / NON

Avez-vous déjà vécu une expérience personnelle notable en tant que patient ? OUI / NON

PARTIE II - CONCERNANT VOS RELATIONS MÉDECIN-PATIENT EN GÉNÉRAL

(Entourer la réponse choisie)

1/ De quelle manière saluez-vous vos patients ?

1- *Hochement de tête ou salutation à distance*

2- *Poignée de main*

3- *Poignée de main et mon autre main sur leur épaule*

4- *En faisant la bise*

2/ Lorsque vous discutez avec vos patients, vous mettez-vous au même niveau (en hauteur) qu'eux ?

(exemple : je m'assoie sur la table d'examen ou sur le lit si le patient est allongé, je m'assoie sur une chaise s'il est assis)

1- *Très souvent*

2- *Rarement*

3- *Non*

3/ Dissociez-vous le recueil d'information (motif de consultation, recherche de plaintes, interrogatoire, histoire de la maladie, etc ...) de l'examen physique ? OUI / NON

4/ Le cas échéant, au temps de l'interrogatoire, de quelle distance estimez-vous être séparé(e) de vos patients en général ?

1- Je peux toucher mes patients sans tendre le bras (< 45 cm)

2- Je peux toucher mes patients en tendant le bras (45-75 cm)

3- Je peux toucher mes patients bras tendu et en me penchant (75cm-1m 25)

4- Je peux toucher mes patients bras tendu si eux aussi ont le bras tendu (1m 25 – 2m)

5- Si je devais les toucher, je devrais me déplacer (> 2m)

5/ Toujours en dehors de l'examen clinique, mais cette fois-ci lorsque que vous discutez avec vos patients sur leur état de santé, les résultats d'examens réalisés, etc, ou que vous faites la conclusion de la consultation qui vient de se dérouler, de quelle distance estimez-vous être séparés, en général ?

1- Je peux toucher mes patients sans tendre le bras (< 45 cm)

2- Je peux toucher mes patients en tendant le bras (45-75 cm)

3- Je peux toucher mes patients bras tendu et en me penchant (75cm-1m 25)

4- Je peux toucher mes patients bras tendu si eux aussi ont le bras tendu (1m 25 – 2m)

5- Si je devais les toucher, je devrais me déplacer (> 2m)

6/ Lors que vous communiquez avec vos patients, les regardez-vous ?

1- *Tout le temps*

2- *Souvent*

3- *Rarement*

4- *Jamais*

7/ Lorsque vous quittez le domicile ou qu'ils quittent votre cabinet, par quel moyen dites-vous « au revoir » ?

- 1- *Hochement de tête ou salutation à distance*
 - 2- *Poignée de main*
 - 3- *Poignée de main et l'autre main sur votre épaule*
 - 4- *En faisant la bise*
-

8/ Pensez-vous être à bonne distance de vos patients ?

- 1- *Trop proche*
- 2- *A bonne distance*
- 3- *Trop éloigné*

9/ En dehors de l'examen physique, touchez-vous vos patients (exemple : main rassurante sur l'épaule ou sur la cuisse) lorsque que vous communiquez avec eux ?

- 1- *Très souvent*
- 2- *Rarement*
- 3- *Non*

10/ De manière générale (au travail et en dehors), êtes-vous gêné par le contact physique avec autrui ?

OUI / NON

11/ Toucher vos patients vous demande-t-il un effort ?

OUI / NON

12/ Etes-vous limité(e) par le fait que les patients puissent sentir les odeurs que vous dégagez (parfum, transpiration, haleine), ou par les odeurs qu'ils peuvent dégager ?

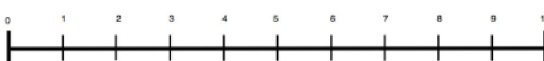
OUI / NON

Sur une échelle de 0 à 10, 0 correspondant à l'absence totale d'importance et 10 correspondant à l'extrême importance que vos patients accordent à votre comportement lors d'une consultation médicale, estimez le niveau d'importance des éléments suivant :

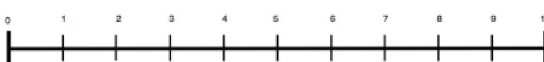
1/ Leurs serrer la main pour leurs dire « bonjour » et ne pas seulement les saluer de loin.

Aucune importance 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement important

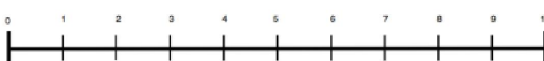
2/ L'aspect physique (look vestimentaire, hygiène, allure, sembler en bonne santé).

Aucune importance  Extrêmement important

3/ Etre calme, posé, et disponible. Ne pas faire 2 choses en même temps ou être dissipé.

Aucune importance  Extrêmement important

4/ Etre proche d'eux lors des discussions, afin créer une relation intime et particulière.

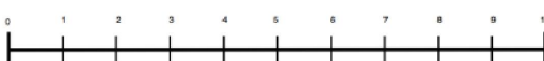
Aucune importance  Extrêmement important

5/ Prendre une attitude physique ouverte et une position d'écoute lors des discussions.

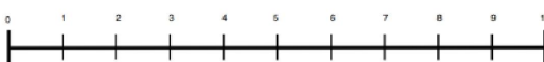
Aucune importance  Extrêmement important

6/ Savoir se mettre au même niveau de hauteur afin de discuter d'égal à égal.

(exemple : s'asseoir sur le lit ou sur une chaise si le patient est assis dans le lit)

Aucune importance  Extrêmement important

7/ Les regarder lorsque vous vous adressez à eux, ou qu'ils s'adressent à vous.

Aucune importance  Extrêmement important

8/Savoir les rassurer par le contact physique et renforcer votre relation médecin-malade en posant votre main sur leur épaule.

Aucune importance  Extrêmement important

9/ Utiliser des gestes et des expressions faciales variées et adaptés aux discussions.

Aucune importance  Extrêmement important

10/ Leurs serrer la main pour leur dire «au revoir» et ne pas seulement les saluer de loin.

Aucune importance  Extrêmement important

PARTIE III - CONCERNANT LE PATIENT OU LA PATIENTE N°1

1/ Dès le début de la consultation, il existait plus de 2 motifs de consultation ? OUI / NON

2/ Le principal problème traité lors de la consultation relevait du domaine :

- 1- Organique
- 2- Addictologique
- 3- Psychologique ou psychiatrique
- 4- Social ou administratif

3/ Si la consultation s'est déroulée à domicile, pensez-vous avoir été plus proche de votre patient qu'au cabinet ? OUI / NON

4/ Comment qualifieriez-vous la qualité de votre relation médecin-malade ?

- 1- *Excellente*
 - 2- Bonne
 - 3- Ni bonne, ni mauvaise
 - 4- Mauvaise
 - 5- Très mauvaise
-

PARTIE III - CONCERNANT LE PATIENT OU LA PATIENTE N°2

1/ Dès le début de la consultation, il existait plus de 2 motifs de consultation ? OUI / NON

2/ Le principal problème traité lors de la consultation relevait du domaine :

- 1- Organique
- 2- Addictologique
- 3- Psychologique ou psychiatrique
- 4- Social ou administratif

3/ Si la consultation s'est déroulée à domicile, pensez-vous avoir été plus proche de votre patient qu'au cabinet ? OUI / NON

4/ Comment qualifieriez-vous la qualité de votre relation médecin-malade ?

- 1- Excellente
 - 2- Bonne
 - 3- Ni bonne, ni mauvaise
 - 4- Mauvaise
 - 5- Très mauvaise
-

PARTIE III - CONCERNANT LE PATIENT OU LA PATIENTE N°3

1/ Dès le début de la consultation, il existait plus de 2 motifs de consultation ? OUI / NON

2/ Le principal problème traité lors de la consultation relevait du domaine :

- 1- Organique
- 2- Addictologique
- 3- Psychologique ou psychiatrique
- 4- Social ou administratif

3/ Si la consultation s'est déroulée à domicile, pensez-vous avoir été plus proche de votre patient qu'au cabinet ? OUI / NON

4/ Comment qualifieriez-vous la qualité de votre relation médecin-malade ?

- 1- Excellente
- 2- Bonne
- 3- Ni bonne, ni mauvaise
- 4- Mauvaise
- 5- Très mauvaise

PARTIE III - CONCERNANT LE PATIENT OU LA PATIENTE N°4

1/ Dès le début de la consultation, il existait plus de 2 motifs de consultation ? OUI / NON

2/ Le principal problème traité lors de la consultation relevait du domaine :

- 1- Organique
- 2- Addictologique
- 3- Psychologique ou psychiatrique
- 4- Social ou administratif

3/ Si la consultation s'est déroulée à domicile, pensez-vous avoir été plus proche de votre patient qu'au cabinet ? OUI / NON

4/ Comment qualifieriez-vous la qualité de votre relation médecin-malade ?

- 1- *Excellente*
 - 2- Bonne
 - 3- Ni bonne, ni mauvaise
 - 4- Mauvaise
 - 5- Très mauvaise
-

PARTIE III - CONCERNANT LE PATIENT OU LA PATIENTE N°5

1/ Dès le début de la consultation, il existait plus de 2 motifs de consultation ? OUI / NON

2/ Le principal problème traité lors de la consultation relevait du domaine :

- 1- Organique
- 2- Addictologique
- 3- Psychologique ou psychiatrique
- 4- Social ou administratif

3/ Si la consultation s'est déroulée à domicile, pensez-vous avoir été plus proche de votre patient qu'au cabinet ? OUI / NON

4/ Comment qualifieriez-vous la qualité de votre relation médecin-malade ?

- 1- Excellente
- 2- Bonne
- 3- Ni bonne, ni mauvaise
- 4- Mauvaise
- 5- Très mauvaise

MERCI DU TEMPS QUE VOUS M'AVEZ ACCORDÉ.

Dimitri Archambault

ANNEXE 10 :

Durée de la consultation :min

☐ Cabinet ☐ Domicile

Taille de la salle de consultation : m2

Déroulement théorique d'une consultation médicale

n° 1	Si un temps de la consultation ne s'est pas déroulé : le barrer ==>	Salutations - «Bonjour»	Interrogatoire	Examen physique	Conversation sur des résultats, l'état de santé, le projet thérapeutique, la conclusion de la consultation	Salutations - «Au revoir»
Position du patient ==> (cocher 1 case)	Au lit/Table d'examen					
	Au fauteuil/Au bureau					
	Debout					
Total max 8/8	Assis sur le lit ou sur la table d'examen					
Position du médecin ==> (cocher 1 case)	Assis sur une chaise ou au bureau					
	Debout					
Contact physique ==> (cocher 1 case)		À distance 0	Aucun contact		Aucun contact	À distance 0
		Poignée de main 1	0		0	Poignée de main 1
		Poignée de main et la seconde main sur l'épaule 2	Main sur l'épaule ou sur la cuisse (temporairement)		Main sur l'épaule ou sur la cuisse (temporairement)	Poignée de main et la seconde main sur l'épaule 2
Total max 8/8		Fait la bise 2	2		2	Fait la bise 2
Distance inter-individus lors de la communication ==> Total max 8/8 Même s'il n'y a pas de contact comme sur les dessins, le médecin est distant de telle manière qu'il peut à tout moment réaliser l'interaction suivante (cocher 1 case)			4		4	
			3		3	
			2		2	
	 ou 		1		1	
			0		0	

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je 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 le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais 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 et méprisé si j'y manque.