



HAL
open science

Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient

Bastien Sala

► **To cite this version:**

Bastien Sala. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01996482

HAL Id: dumas-01996482

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01996482>

Submitted on 28 Jan 2019

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

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



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

pour le

DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

Bastien SALA

Né le 09/05/1987 à Saint-Raphaël

**STRATEGIES DE COMMUNICATION
DES MEDECINS GENERALISTES
DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT**

UNE ETUDE QUALITATIVE SUR
LA COTE D'AZUR

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2018 à Nice

- Président du jury: Monsieur le Professeur BENOIT Michel
- Directeur de thèse: Monsieur le Docteur DASCOTTE Julien
- Assesseurs: Monsieur le Professeur GARDON Gilles
Madame la Professeur MONNIER Brigitte

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

pour le

DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

Bastien SALA

Né le 09/05/1987 à Saint-Raphaël

**STRATEGIES DE COMMUNICATION
DES MEDECINS GENERALISTES
DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT**

UNE ETUDE QUALITATIVE SUR
LA COTE D'AZUR

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2018 à Nice

- Président du jury: Monsieur le Professeur BENOIT Michel
- Directeur de thèse: Monsieur le Docteur DASCOTTE Julien
- Assesseurs: Monsieur le Professeur GARDON Gilles
Madame la Professeur MONNIER Brigitte

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

**M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel**

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur BENOIT Michel

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury afin de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur MONNIER Brigitte

Merci de votre présence et d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assurée de ma profonde estime et de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur GARDON Gilles

Merci de votre présence et d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour votre implication et votre investissement au sein du DES de médecine générale et des étudiants. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse Monsieur le Docteur DASCOTTE Julien

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse en ma compagnie. Tu as accepté, malgré les nombreuses déconvenues tennistiques que tu as vécues. Tu savais que tu te lançais dans une mission périlleuse et tu as fait preuve d'une incroyable bravoure. Merci pour ton aide, tes précieux conseils et ton implication. Je t'en suis très reconnaissant. Extrêmement heureux de vivre ce moment à tes côtés.

A mes parents

Merci du fond du coeur pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour votre éducation, pour votre soutien et votre aide depuis mon plus jeune âge. Mais ne vous relâchez pas vous n'en avez pas encore fini avec moi!

C'est pour vous que j'ai retardé au maximum cette thèse, pour qu'aujourd'hui vous l'appréciez au maximum!

Votre fils qui vous aime.

A mon frère

Tafiolo, tu as enfin décidé de ne plus suivre mes « traces » en partant pour la radiologie bordelaise. Fier de toi mon frère. Au début j'avoue que cet éloignement était plaisant, mais en vrai tu manques aux azuréens. La région a vu sa moyenne perdre de nombreux centimètres, c'est dommageable. Alors ne traine pas comme moi pour passer ta thèse et reviens vite dans le coin, qu'on puisse enfin lancer notre carrière golfique!

A mes grands parents

Pep's et Mem's merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, vous avez largement contribué à mon éducation et ma réussite avec beaucoup d'amour et de bienveillance.

Papi et Mamie, pour qui j'ai une pensée toute particulière aujourd'hui, j'aurais tellement aimé partager ce moment avec vous. Je vous dédie ce travail.

A tous les autres membres de la famille.

A ma chérie Lori

Ma Hugh, tellement heureux de t'avoir rencontré ce 2 Décembre, cette date qui devait être une banale journée de travail et où tu as décidé d'être malade! Merci pour ton soutien et ton aide pendant ce long travail de thèse. Merci d'avoir apporté de la douceur dans ce monde de brutes!

Tant de moments fous déjà passés ensemble.

Tu sais que je ne suis pas un grand fan des déclarations, mais je te le dis, je t'aime!

A Fedou et Adri

Mes copains. Veinard d'avoir des amis comme vous. Être entouré de personnes de confiance, sur qui on peut compter, est une chance incroyable.

Laissez moi vous présenter succinctement au grand public:

Fils de 2 légendes de la nuit raphaëloise, Rodg et Sergio. Un est doté d'une légendaire polyvalence, l'autre ancien propriétaire d'une légendaire moto.

Merci les gros.

A Tatiana et Jules

Ma Fatou, maintenant que j'en ai terminé avec ces conneries, je vais pouvoir me concentrer sur la carrière golfique de notre pépite Julio! En espérant qu'il soit aussi à l'aise que son parain putter en main!

A Ben et Solène

Vous avez choisi le jour de ma soutenance pour vous échapper en vacances, ce n'est pas très beau. Mais je vais quand même vous citer, je ne suis pas rancunier! Rentrez vite qu'on boive juste un p'tit verre pour fêter ça...

Au testis impact, ce groupuscule composé d'irréductibles fadas.

Joséphon et son mythique cuir, Vivian et sa marguerite, Pierrot et ses débordements à la Cristiano, Fafa et ses traces de freinage, Penek et ses derniers p'tits tours, Abdi et ses Atémis, Daniel et son aluminium, Lucien et sa couche de bébé, Nygel cash en mode, Félix et sa fiscalité, Jimmy et son tarama.

Merci à vous pour tous les moments incroyables passés ensemble, les murs du 30 rue Parmentier s'en souviennent encore.

A Gaugau l'homme de la mer!

A Alex et les nombreux moments passés ensemble à Fitlane...

A la team Calvi

Caratti dit le sphinx, ou David Copperfield, **Jeffrey** et ses glaçons, **Platoche** et sa douceur de vivre.

Merci pour ces moments de folie.

A Marie, ces chants, ces danses, cette complicité qui ont fait de ces 6 premiers mois d'internat un stage légendaire! Heureux de te compter parmi mes amis, à très vite pour de nouvelles aventures ma Ninon!

A Charlotte, ma Chatounette, toi qui te voyais finir ta vie avec un labrador, qu'est ce que je suis heureux de vous voir, toi, Alex, et cette splendeur de Balthazar! Quelle magnifique famille! Un grand bonheur d'avoir vécu ces années d'études à tes côtés, avec ton incroyable dynamisme et ta joie de vivre!

A ma Dgédg, on se sera vraiment soutenu jusqu'au bout du bout!!

A mes amis roquebrunois

Attention je vais citer une belle bande d'estrasses là...

Michal et sa Bertha, Binho et son énorme étamine, Bébert et son bel appareil respiratoire, Sofian et son tarma, Juani et son sans-manche jaune, Julio et ses abdos, Gormi et son « Qué t'en en a à foutreeee », Nico Cot' le ricain

Je vous aime.

A mes amis « golfeurs »

Benyamine l'insensible, Aziz Woods l'incontrôlable, Karlito le sentimental, Guigui le phénomène.

A mes amis raphaëlois

Dydy l'énorme base, Bandit la terreur, Claudy le londonnien, Kassy la guez, Nicholson dit Vlade, Tav le mollet, Benia Benhamou Serge la vérité! Djé le bourru! Rien à dire, vous me laissez bien trop perplexe.

A l'équipe SOS médecin Fréjus-St-Raphaël

Rafa, Dam, Thibault, Alex, Aline, et tous les autres Marine, Greg, Alfredo, Brice. Un véritable plaisir de bosser avec vous. En espérant que ce soit le début d'une longue collaboration et amitié. Merci pour votre aide et vos encouragements pour ce travail de thèse.

A Prisc, Dany, Radhia et Jo

Vous êtes les 4 nominés pour le titre de plus belle rencontre de l'année 2018!

Merci à tous les médecins et équipes soignantes des services dans lesquels je suis passé, et tous ceux qui ont participé à ma formation médicale.

Merci aux médecins interrogés.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. GENERALITES	2
1.1. DEFINITIONS	2
1.1.1 Communication	2
1.1.2 Relation	3
1.2. COMPOSANTES DE LA COMMUNICATION	3
1.2.1 Communication verbale	3
1.2.2 Communication non verbale	4
1.3. OUTILS DE COMMUNICATION UTILES AUX MEDECINS GENERALISTES	5
1.3.1 Entretien motivationnel	6
1.3.2 Ecoute active	6
1.3.3 La PNL en médecine	6
1.3.4 Le guide Calgary-Cambridge	7
1.3.5 Notion de mirroring	7
1.4 RELATION MEDECIN-PATIENT	8
1.5 LA FORMATION INITIALE EN COMMUNICATION	9
2. MATERIEL ET METHODE	11
2.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE	11
2.2 TYPE D'ETUDE	11
2.3 CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE	11
2.4 RECUEIL DES DONNEES PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS ET EN GROUPES ..	12
2.5 PARTICIPANTS ET METHODE DE RECRUTEMENT	12
2.5.1 Critères d'inclusion	12
2.5.2 Critères d'exclusion	12
2.6 ECHANTILLONNAGE	12
2.7 QUESTIONNAIRE DE CARACTERISATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	13
2.8 GUIDE D'ENTRETIEN	13
3. RESULTATS	14
3.1 DEROULEMENT DES ENTRETIENS	14
3.1.1 Recueil des données	14
3.1.2 Analyse des données	14
3.2 CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES	15
3.2.1 Répartition par type d'activité	16
3.2.2 Durée moyenne des entretiens	16
3.3 RESULTATS QUALITATIFS	17
3.3.1 Les médecins généralistes et la communication: Généralités	17
3.3.1.1 Une formation hétérogène	17
3.3.1.2 Notions générales vagues	18
3.3.1.3 Attentes contrastées	19
3.3.2 Une communication verbale ambivalente.....	20
3.3.2.1 Nombreuses notions générales	20
3.3.2.2 Une importance majeure selon les médecins	22
3.3.2.3 Peu de techniques verbales reconnues maîtrisées et utilisées.....	22
3.3.3 Une communication non verbale contrastée	23
3.3.3.1 Quelques notions générales évoquées	23

3.3.3.2 Une importance contrastée	24
3.3.3.3 Une pratique parfois volontaire, souvent instinctive	24
3.3.4 Les déterminants de la communication	26
3.3.4.1 Freins liés à l'évolution de la pratique médicale	26
3.3.4.2 Freins liés aux patients	27
4. DISCUSSION	28
4.1 SYNTHÈSE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES	28
4.1.1 Reprise des principaux résultats	28
4.1.2 Les médecins généralistes et la communication:Généralités	28
4.1.3 La communication des médecins généralistes	30
4.1.4 Les déterminants de la communication dans la relation médecin-patient	33
4.2 LIMITES DE L'ETUDE	35
4.2.1 L'échantillonnage.....	35
4.2.2 L'expérience de l'investigateur.....	35
4.2.3 L'analyse et l'interprétation des données.....	35
5. CONCLUSION	36
6. BIBLIOGRAPHIE	37
7. ANNEXES	40
8. ABBREVIATIONS	48
9. RESUME	49
SERMENT D'HIPPOCRATE	50

INTRODUCTION

La communication est inhérente à la vie humaine. Pour la réalisation de toute chose, à chaque instant, chaque jour, les êtres humains doivent communiquer.(1)

La communication médecin-patient est un élément clé en pratique clinique et est une composante essentielle de la compétence médicale.(2;3) On lui trouve d'ailleurs une position centrale sur la marguerite des compétences, représentant les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale (communication, relation, approche centrée sur le patient). Une bonne communication n'est pas facultative, elle permet des consultations efficaces, tant pour le patient que le soignant. Elle permet d'augmenter les chances de succès des stratégies diagnostiques et thérapeutiques contribuant ainsi à une meilleure qualité de soins. Elle fait le lien entre une médecine fondée sur les preuves et une médecine centrée sur l'individu. (4)

Cependant il semblerait que les médecins y soient peu formés. En effet, cette composante est souvent négligée dans la formation et nombreux sont les soignants qui partagent le sentiment qu'une bonne communication ne peut ni s'enseigner ni s'apprendre hormis avec l'expérience et le temps. (5)

Personnellement, j'y ai d'abord été sensibilisé lors du séminaire communication organisé par la faculté de médecine de Nice dans le cadre du DES de médecine générale. J'ai ensuite été confronté à de multiples situations cliniques au cours de remplacements de médecine générale. J'ai parfois été mis en difficulté sur le plan de la communication en faisant face quotidiennement à des profils de patients différents, dans des environnements différents, présentant des pathologies multiples.

C'est ainsi que s'est éveillée ma curiosité pour ce sujet, avec l'envie de comprendre, d'aller interroger des médecins généralistes sur leurs connaissances dans le domaine de la communication, l'importance qu'ils peuvent lui donner, les méthodes utilisées et la manière avec laquelle elles ont été acquises, afin de répondre à cette question : **quelles sont les stratégies de communication des médecins généralistes?**

1. GENERALITES

1.1 DEFINITIONS

1.1.1 COMMUNICATION

La communication ici est basée sur l'attention à l'autre. On communique pour échanger des informations, informer, former, instruire.

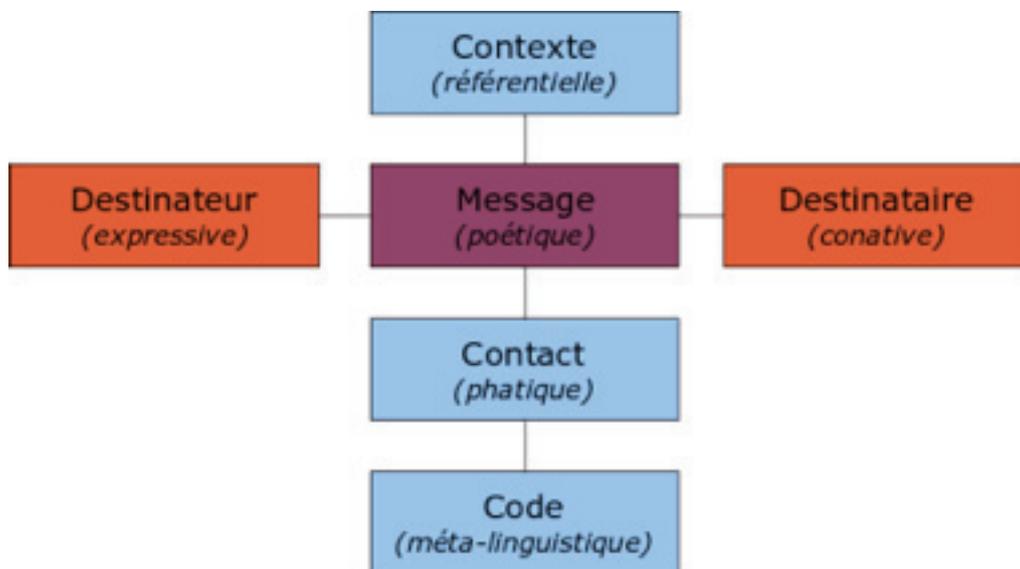
Elle a été schématisée par Jakobson en 1963. Aujourd'hui encore, son travail reste universellement reconnu.(6)

Ce schéma comprend un destinataire et un destinataire, reliés par un message, lui même en interaction avec trois éléments: le contexte, le contact et le code.

Le contexte intervient également dans le schéma. Sortie de son contexte l'information n'a plus aucune valeur.

Le contact (ou canal) reflète les conditions de communication: communication téléphonique par exemple. Au cabinet médical, le contact est direct, particulièrement pendant l'examen clinique, puisqu'il y a littéralement contact entre le praticien et son patient. La communication est donc véhiculée par les cinq sens des protagonistes.

Le code renvoie par exemple au langage utilisé.



1.1.2 RELATION

La relation implique une communication pour adresser des messages entre deux ou des individus.

Les différents types de relations, d'interactions:

- Paternaliste
- Autonomiste
- Exécutive
- Informelle
- Intime.

Le médecin doit gérer la bonne distance, contrôler l'empathie. Cette notion est aujourd'hui examinée en termes d'évolutivité, de temps et de temporalité, de transfert et de contre-transfert. Il s'agit surtout, d'être attentif et a priori bienveillant, sur ce que le soignant peut ressentir au contact du patient et chacun l'exprime à sa manière.

Les différents niveaux de relation en médecine :

- Informative
- Préventive
- Curative
- Thérapeutique

1.2 COMPOSANTES DE LA COMMUNICATION

1.2.1 COMMUNICATION VERBALE

La communication verbale passe par l'intermédiaire de mots, qui sont en général véhiculés par l'expression orale.

Les bases de la communication orale avec un patient nécessitent des mécanismes et des temps d'adaptation qui permettront à la communication de s'établir de manière la plus satisfaisante possible dans les deux sens.

Dans un entretien médical, il y a des temps d'écoute où le médecin laisse parler le patient, des temps d'interrogatoires plus dirigistes où le médecin a besoin de préciser des éléments sémiologiques indispensables à la bonne prise en charge du patient. Dans tous ces différents temps de la communication orale médecin/patient, il faut absolument que le médecin adapte son langage c'est-à-dire les mots qu'il utilise au niveau socio-culturel du patient, et donc en essayant d'utiliser les mots les plus simples du langage lorsque cela est possible.

Ces niveaux de compréhension et ces niveaux socioculturels sont différents d'un patient à l'autre et le médecin doit s'adapter en permanence.

Dans cette optique d'adaptation, il est important que le médecin utilise la re-formulation (re-dire une phrase ou un mot à l'aide de synonymes) pour s'assurer que le patient va bien comprendre la question qu'on lui pose ou le message que l'on veut lui proposer. (7)

Autre élément technique qu'il faut utiliser, c'est demander au patient d'expliquer à son tour ce que le praticien lui a expliqué concernant sa problématique, sa maladie ou ses symptômes ou les thérapeutiques à envisager.

1.2.2 COMMUNICATION NON-VERBALE

La définition la plus large du non verbal est un mode de communication qui n'a pas recours aux mots.

La communication non verbale et le para-langage englobent les silences, gestes, postures, expressions faciales, ton de la voix, rythme de l'élocution, vêtements, coiffure, environnement.

Ils complètent le message auditif.

Elle exprime les émotions, les sentiments, les valeurs.

Cette communication renforce et crédibilise le message verbal lorsqu'elle est adaptée, mais peut décrédibiliser ce même message si elle est inadaptée.

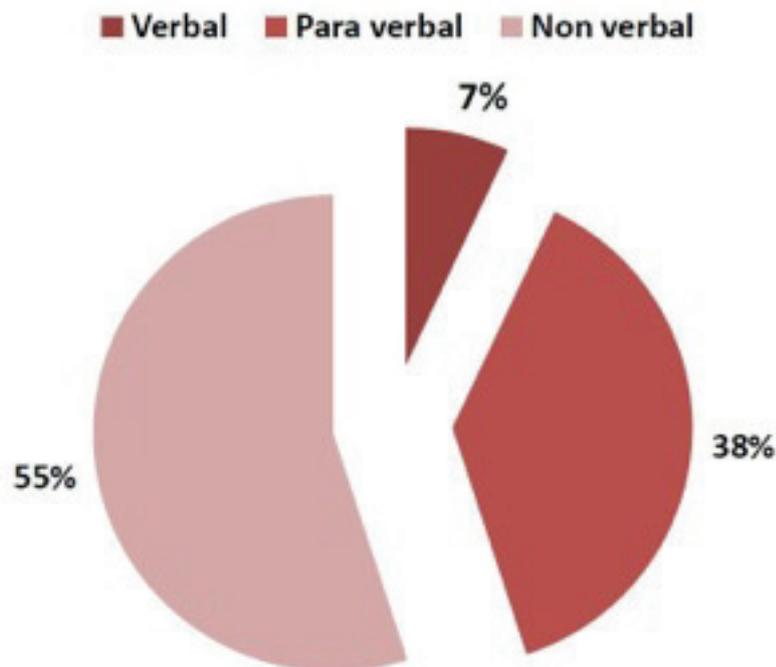
Autant dire que le médecin doit maîtriser au mieux certaines de ses réactions pour ne pas, sans le vouloir, modifier le message verbal qu'il doit adresser à son patient.

A l'opposé le patient qui s'adresse à un médecin le fait avec son langage, avec sa problématique, avec ses bases socio-culturelles, son angoisse. De ce fait, il n'exprime pas toujours par les mots la réalité de sa plainte ou de sa souffrance.

Le médecin doit donc tenir compte de ces éléments pour écouter, interpréter, décoder le langage du patient et saisir à un moment ou à un autre de l'entretien ce qui paraît être la demande forte du patient. Il est bien connu que certaines demandes, certaines plaintes ne sont exprimées que tout à fait à la fin d'une consultation, et il faut savoir les entendre, ne pas les minimiser, et les prendre en compte.

L'importance du langage non verbal a été mise en évidence par Albert Mehrabian chercheur à l'Université de Californie. Sur la base de deux études effectuées en 1967, il prétend que :

- L'importance des gestes, du langage non verbal, est majoritaire (55%)
- Vient ensuite le langage para-verbal (38%)
- Enfin le langage verbal (7%)



Face à l'engouement de la publication de ces chiffres et de leur sur-généralisation, Albert Mehrabian a relativisé ces résultats et a lui-même insisté sur l'importance de les replacer dans leur contexte.

En effet, les chiffres obtenus ont été obtenus dans une tâche bien particulière, à savoir celle d'attribuer la perception de la sympathie.

Ils ont été obtenus dans un contexte particulier, répondant à un cadre expérimental spécifique:

- les choix des mots et la définition des « types » d'intonation avaient un caractère subjectif
- les expériences avaient été réalisées uniquement auprès de femmes
- trop d'aspects de la communication non verbale avaient été ignorés

Malgré les précautions à prendre lorsque l'on cite les chiffres de Mehrabian, il apparaît que le non verbal tient bien une place prédominante et primordiale dans notre appréciation des situations et de notre communication

1.3. OUTILS DE COMMUNICATION UTILES AUX MEDECINS GENERALISTES

Si chacun possède des capacités relationnelles qui vont s'améliorer avec le temps et l'expérience, il faut bien admettre qu'il existe des méthodologies d'entretien et des outils de communication, qui s'enseignent et s'évaluent, pour permettre l'acquisition de vraies compétences, au service d'une bonne communication.

En voici quelques unes évoquées succinctement:

1.3.1 ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'EM est une approche qui a pour but d'explorer et résoudre l'ambivalence des patients face au changement. L'ambivalence, hésitation dans le choix entre deux ou plusieurs options, est considérée comme un frein puissant à la décision de changer.

Une personne qui se sent comprise est davantage disposée à s'ouvrir et à partager ses expériences, ce qui nous permettra de nous représenter quelles sont ses ressources et ses besoins d'apprentissage face au processus de changement.

L'efficacité de cette technique de communication a été scientifiquement démontrée. Des méta-analyses et revues récentes montrent son application en soins primaires dans le sevrage au tabac, à l'alcool et aux autres substances, pour la perte de poids, la réduction de la tension artérielle ou encore l'observance du traitement du VIH ou de l'asthme (9;10).

Principes de l'EM: - exprimer l'empathie
- rouler avec la résistance
- développer les divergences
- soutenir le sentiment d'efficacité personnelle

1.3.2 ECOUTE ACTIVE

Cette technique a été développée par le psychologue américain Carl Rogers, l'initiateur des techniques non-directives.(11) Cette approche se caractérise par la manifestation d'un respect et une confiance douce et empathique envers l'interlocuteur, pour qu'il puisse lâcher ses défenses, se sentir en sécurité et puisse délivrer ses secrets les plus intimes dans la thérapie.(12)

L'écoute active est une technique de communication qui consiste à utiliser le questionnement ouvert et la re-formulation afin de s'assurer que l'on a compris le message de son interlocuteur et de lui signaler que nous l'écoutons avec attention et bienveillance.

Les 4 temps de l'écoute active: celui de l'écoute, de la clarification, de l'investigation et de la re-formulation.

1.3.3 LA PROGRAMMATION NEURO-LINGUISTIQUE EN MÉDECINE

La **PNL** est une thérapie brève qui regroupe un ensemble de techniques de communication et de transformation de soi.(13)

Elle permet d'améliorer la communication entre les individus et de les aider à s'améliorer personnellement. Les champs d'application de cette thérapie sont nombreux et elle est aujourd'hui utilisée pour aider des personnes dans différents domaines : santé, coaching, management, négociation, médiation, sport, développement personnel, relation d'aide, pédagogie ou apprentissages de toute nature.

Les Américains R.Bandler et J.Grinder en sont à l'origine. Ils mettent en avant l'existence de différents canaux sensoriels.(14)

Il semble que chacun d'entre nous possède un mode de communication privilégié et que la façon dont chacun s'exprime en est le reflet:

- sujets plutôt visuels: préféreront s'exprimer en favorisant les images
- sujets plutôt auditifs:
- sujets plutôt kinesthésiques (toucher, mouvement)

Le repérage du canal sensoriel préférentiel chez un interlocuteur favorise l'entrée en communication.

Par l'observation du langage non verbal et du langage verbal il est alors possible de l'appréhender.

1.3.4 LE GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE (Annexe 2)

L'entretien médical a fait l'objet de nombreuses études et sa structure a été codifiée surtout pour donner aux étudiants et aux médecins une grille indicative visant à garantir son bon déroulement.(15;16)

L'approche de Calgary-Cambridge a donné un descriptif détaillé de la structure de la consultation médicale. Les habiletés communicationnelles y sont divisées en trois catégories: habiletés de contenu (savoir médical), de processus (structuration de la consultation et construction de la relation) et émotionnelles (attitudes et gestion des émotions du médecin).

1.3.5 NOTION DE MIRRORING (17)

-Mirroring verbal: il va consister à mimer le langage du patient. C'est une stratégie de communication qui comporte 3 axes:

-adaptation au niveau linguistique de l'interlocuteur: être compris et se faire comprendre par un langage accessible et honnête permet d'engendrer la confiance mutuelle nécessaire à la conduite du soin

-repérage de certains mots utilisés préférentiellement par le sujet: le patient communique et adhère d'autant mieux à la relation quand ses propres mots sont repris. Si le soignant utilise les mots du patient, celui-ci perçoit dès lors qu'il est entendu, compris.

-la reformulation: une des bases de la stratégie d'une meilleure relation. Une étude randomisée, faite lors de consultations chez le MG en ville au Royaume-Uni a montré que le fait de reprendre le vocabulaire du patient plutôt que le terme médical diminue le stress et renforce la satisfaction de l'entretien et l'observance thérapeutique.

-Mirroring non verbal: consiste à imiter les gestes du patient. Cet outil permet d'envoyer un message au patient: »je suis en phase avec vous ». Ce message est rassurant . Cela aide également à mieux comprendre le patient, ses messages, mieux intégrer ses émotions.

1.4 RELATION MEDECIN/PATIENT

Talcott Parsons fut le premier sociologue, en 1951, à théoriser la relation médecin-patient. Ces travaux fondateurs ont permis de dégager le modèle paternaliste.(18;19)

Or, depuis le début de mes études médicales j'ai plutôt été sensibilisé au modèle dit délibératif, qui découle de la loi du 4 mars 2002. Ce dernier modèle permet une plus grande autonomie du malade, le rôle du médecin étant restreint à aider le patient à prendre la meilleure décision médicale possible, et de manière consentie.

En deux générations, la société française a considérablement modifié son modèle de relation médecin-patient.

Pour Hippocrate le malade ignorant doit se soumettre aux conseils du médecin sachant car ayant reçu l'enseignement de ses maîtres. Le malade affaibli par la maladie est d'autant plus dépendant que son jugement s'en trouve perturbé.

« Car les uns ont un esprit sain dans un corps sain....les autres au contraire ne connaissent ni la nature ni la cause de leurs souffrance » (Hippocrate : Art 7)

Depuis l'état d'esprit a beaucoup changé, suivant l'évolution générale de notre société, le patient ne veut plus être traité comme un mineur mais comme une personne raisonnable désirant participer pleinement aux décisions qui le concernent personnellement avec, au premier chef, celles dont dépendent sa santé et sa vie. Et, si l'on trouve déjà la notion de consentement éclairé dans un arrêt de la cour d'appel de Paris en 1907, elle est reprise en 1937 :

« Une intervention médicale ou chirurgicale ne doit jamais être motivée que par l'intérêt du malade. Elle ne doit être pratiquée qu'après que celui-ci a donné son consentement libre et éclairé. »

Ce n'est véritablement que progressivement que la notion d'autonomie et de consentement va s'imposer.

Aujourd'hui le principe d'autonomie domine la pensée philosophique.(20)

Et le patient réclame pour faire ses choix une information complète et objective. Le médecin lui se trouve à la croisée des chemins entre ce principe d'autonomie dont se réclame la société et le principe de bienfaisance qui fait partie de la vocation du médecin et dont la société elle-même considère qu'il ne doit pas se départir. De fait quelles sont les informations qu'un médecin doit donner à son patient et quelle est leur nature ? La loi, elle-même, dit qu'on ne doit pas donner à un patient les informations qu'il ne veut pas recevoir.

En pratique, il faut délivrer une information aussi complète que possible et adapter l'information à la compréhension et à l'état de santé du patient, sans générer d'inquiétudes ou d'angoisses inutiles, il faut si besoin calibrer l'information à hauteur de la situation et surtout, en cette occurrence, pouvoir le justifier.(21)

En définitive, l'information du patient est une réalité complexe et contrastée, un acte actif de construction, une épreuve de responsabilité, répétitive non dénuée de risques et de revirement de jurisprudences (arrêt de la Cour de cassation du 3 juin 2010 09.13.591)

1.5. LA FORMATION INITIALE EN COMMUNICATION

Le programme de l'ECN, qui fait office de base théorique nécessaire à la pratique pour tout médecin, propose 1 item portant sur la relation médecin-patient et l'annonce d'une maladie grave.

Dans cet item, l'accent est mis sur la manière théorique et concrète d'annoncer une maladie grave, et contient des informations que l'interne synthétise souvent par trois adjectifs qualificatifs : « clair », « loyal » et « approprié ».

Pour un MG, la relation thérapeutique ne se résume bien entendu pas à l'annonce d'une maladie grave. Une simple infection virale peut motiver une consultation chez le généraliste. Certes l'affection peut être bénigne mais la réelle motivation de consultation peut résider ailleurs, encore faut-il dépasser une vision purement biomédicale de la médecine. Pour ce faire, il faut considérer le malade comme un individu social qui exprime une plainte auprès de son médecin. Cela suppose une réelle écoute et des rudiments en sciences humaines notamment en sociologie et en psychologie. Sur ce point, l'item numéro 1 reste très succinct.

Certaines facultés comme Montpellier ou Rouen ont mis en place des formations basées sur des jeux de rôle pour faire prendre conscience aux étudiants des difficultés relationnelles qui peuvent exister.

A la faculté de médecine de Nice, un séminaire obligatoire « communication, relation et éducation de patient » pour tous les internes en médecine générale d'une durée de 4h30 en petits groupes d'une dizaine de personnes. On y évoque notamment l'éducation thérapeutique du patient. Un atelier avec des jeux de rôle patient/médecin/observateur face à plusieurs situations cliniques, visant à évaluer la communication du médecin.

A l'heure actuelle, aucun suivi, aucun contrôle des connaissances ou de savoir-faire dans ce domaine mis en place dans les facultés françaises.

On remarque donc des lacunes dans l'apprentissage de la communication dans les facultés de médecine en France.

Depuis environ une dizaine d'années, l'importance accordée à la communication médecin-patient croît. Cet intérêt se reflète dans les déclarations internationales de consensus ayant pour objet l'éducation médicale, à travers des lignes directrices à l'intention des écoles de médecine et des normes pour la pratique professionnelle et l'éducation.

Dans le domaine des compétences en communication, deux déclarations de consensus sont les plus reconnues: La déclaration du consensus de Toronto et celle du Kalamazoo (26,27). Ces énoncés définissent les bonnes pratiques pour la rencontre médecin-patient et sont utiles pour planifier, exécuter les formations et les évaluations de compétences en communication.

Dans de nombreux pays, l'enseignement des compétences de communication dans la formation médicale a été reconnu comme essentiel et même basique. En conséquence, cet enseignement et l'évaluation des habiletés de communication ont été incorporés dans les

programmes de médecine de ces pays.(23)

En Amérique du Nord, les recommandations actuelles de l'association américaine des facultés de médecine mettent l'accent sur l'aspect essentiel d'un entraînement aux techniques de communication au cours de la formation.(23)

En Belgique, en Suisse, en Allemagne, on retrouve également de nombreux programmes d'apprentissages des techniques de communication et d'évaluation des capacités relationnelles. Même si les méthodes sont diverses et variées, elles privilégient l'interactivité. (24;25)

Des études rapportent également un intérêt économique à l'instauration d'une formation par les universités: un faible coût de mise en place pour d'importants bénéfices en terme de santé et donc en terme d'économie de la santé.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 OBJECTIF DE L'ETUDE

L'Objectif principal de l'étude est de déterminer les méthodes utilisées par les médecins généralistes pour adapter leur communication en fonction de leurs patients.

Les objectifs secondaires sont de définir les méthodes d'acquisition des outils de communication, déterminer l'importance donnée à ce domaine dans la relation médecin/patient, l'évolution au cours de leur carrière, et mettre en évidence des facteurs limitants à une bonne communication.

2.2 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une enquête qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés selon un guide d'entretiens pré-établi.

2.3 CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE

La recherche qualitative consiste le plus souvent à recueillir des données verbales par plusieurs techniques de collecte et d'analyse permettant une démarche interprétative. Elle est ouverte au monde de l'expérience, de la culture et du vécu des individus, des groupes et de la société. A l'opposé du raisonnement déductif où l'on vérifie statistiquement une hypothèse, elle élabore une connaissance holistique de la réalité, grâce à la génération d'idées et d'hypothèses à partir de données verbales. Elle «étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel. Elle s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent».(28;29)

Elle valorise donc l'exploration inductive. Les conclusions émergent de l'analyse des données et non d'idées préconçues.

L'approche qualitative nous a semblé particulièrement adaptée à notre étude. Celle-ci cherchait en effet à explorer quelle pouvait être l'importance accordée par les médecins à la communication dans leur relation avec leurs patients, leurs difficultés, les méthodes sur lesquels ils s'appuient pour y faire face.

Il s'agit de contribuer à la compréhension des pratiques professionnelles des médecins généralistes afin de rechercher des solutions aux problèmes qu'ils rencontrent. Les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer. L'utilisation d'une méthodologie quantitative n'est dès lors pas envisageable puisqu'elle sous-tendrait que les phénomènes étudiés soient connus à l'avance, comme par exemple dans un questionnaire.

2.4 LE RECUEIL DES DONNEES PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS ET EN GROUPE

L'enquête par entretiens est un processus interlocutoire pertinent lorsque l'on cherche à analyser le sens que les acteurs donnent à leur pratique. L'entretien révèle souvent l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit des personnes interrogées mais qui ne peuvent s'exprimer à travers un questionnaire. On cherche par ce biais à savoir ce qui pousse le praticien à agir de telle ou telle manière.

Cette méthodologie s'impose chaque fois que l'on ne veut pas décider *a priori* du système de cohérence interne des informations recherchées. Ici, nous souhaitons découvrir l'importance que donnent les médecins généralistes à la communication dans leur pratique, les connaissances qu'ils ont dans le domaine et leur manière de l'adapter en fonction du patient.

Il est donc important de ne pas décider à l'avance de la cohérence interne des informations recherchées. Ceci constituerait un biais qui influencerait les réponses dans le sens du chercheur.

2.5 PARTICIPANTS ET METHODE DE RECRUTEMENT

Pour réaliser notre étude nous avons recruté des MG dans les départements du Var et des Alpes-Maritimes. Nous avons fixé à l'avance des critères d'inclusion et d'exclusion en fonction du domaine de recherche et de facteurs identifiés comme variables pouvant influencer les réponses des médecins (sexe, mode, lieu et durée d'exercice, éventuelles spécialités ou études complémentaires effectuées).

2.5.1 CRITERES D'INCLUSION

Être titulaire d'un doctorat en médecine Générale.
Exercer une activité en cabinet de médecine générale.
Donner son accord pour participer à l'étude.

2.5.2 CRITERES D'EXCLUSION

Être remplaçant

2.6 ECHANTILLONNAGE

Partant de l'idée que nous souhaitons obtenir un maximum de représentations, nous avons besoin de faire varier notre échantillon selon les critères de notre choix, de façon la plus variée qui soit. C'est ce qu'on appelle un échantillon à variation maximale. Contrairement à la recherche quantitative où l'on cherche à obtenir un échantillon représentatif de la population générale (randomisation), la recherche qualitative s'attache à proposer des résultats qui puissent être transposables. Cet échantillon se doit d'être raisonné, c'est à dire qu'il est pen-

sé afin d'être le plus pertinent possible: qui voulons nous interroger? Quel médecin pourrait avoir un point de vue atypique, original, spécifique? Quel médecin pourrait avoir un point de vue totalement opposé à celui des autres? Les représentations varient-elles avec l'âge, la durée d'installation, le mode d'installation? Toutes ces questions doivent être posées afin de définir qui l'on souhaite interroger. Ainsi, l'échantillon ne peut comporter qu'une dizaine de personnes, sous réserve qu'il permette d'interroger des gens très différents les uns des autres. On recherche la diversité. Ainsi, nous nous sommes aidés des pages jaunes afin de trouver des médecins différents en terme de genre, d'âge, de lieu et mode d'installation.

Si le médecin était éligible, il se voyait proposer un rendez-vous pour la réalisation d'un entretien individuel semi-directif. Nous avons proposé systématiquement de nous déplacer à son cabinet pour y réaliser l'entretien.

2.7 QUESTIONNAIRE DE CARACTERISATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Dans le but de caractériser au mieux l'échantillon, nous avons présenté à l'interviewé, au début de chaque entretien, un questionnaire oral comprenant l'âge, le sexe, le type de patientèle (âge, orientation médicale, niveau socio-économique), le nombre d'années d'exercice, le lieu d'exercice, le type d'activité (semi-rurale, urbaine).

2.8 GUIDE D'ENTRETIEN

L'entretien semi-dirigé est conduit sur le mode de la conversation et s'appuie sur une grille d'entretien. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés par l'enquêteur selon une trame pré-établie. Le guide a d'abord été écrit selon cette trame, modifié à plusieurs reprises après avoir été soumis au directeur de thèse et testé sur plusieurs internes. Les modifications apportées ont essentiellement concerné l'ouverture des questions et la qualité des relances.

Les thèmes explorés par le guide ont porté sur:

- La formation et les connaissances des MG dans le domaine de la communication.
- Leur manière d'interagir avec le patient au cours d'une consultation.
- Les facteurs limitant la qualité de la communication médecin/patient.

3. RESULTATS

3.1 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

3.1.1 RECUEIL DES DONNÉES

Le recueil des données a été effectué au cours d'entretiens individuels réalisés entre Janvier et Mai 2018 et pratiqués en tête à tête avec chaque participant dans son cabinet. Un consentement concernant l'anonymat était remis et signé par l'enquêteur et le participant. Les enregistrements étaient effectués à l'aide du mode dictaphone d'un iPhone après accord de l'interviewé. L'intégralité des entretiens a été retranscrite par l'enquêteur au format Pages d'un ordinateur portable Mac puis exporté au format word.

3.1.2 ANALYSES DES DONNÉES

À partir des éléments recueillis au cours des entretiens les données ont été codées à la main par l'enquêteur au moyen d'un code couleur. Des indices clés ont été identifiés puis regroupés afin de générer différentes catégories et explications permettant de procéder à une analyse re-constructive et interprétative.

Dans cette construction théorique le chercheur procède par analyses comparatives et constantes des données ou des concepts qui s'en dégagent pour n'arrêter que lorsque aucun autre élément ne vient apporter quelque chose de neuf ou modifier ce qui est déjà trouvé, c'est à dire lorsque la saturation est atteinte.

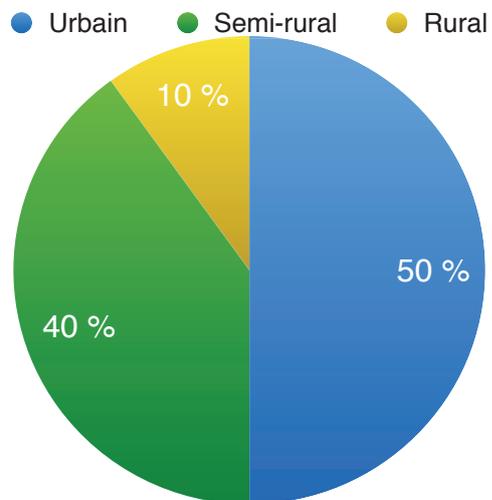
Dans notre cas la saturation a été atteinte au terme de 10 entretiens.

3.2 CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS INTERROGÉS

Nous avons réalisé dix entretiens semi-directifs auprès de 6 hommes et 4 femmes.

Médecins	Sexe	Exercice en groupe	Cabine informatisée	Secrétariat médical	Nombre d'années de la pratique de la médecine générale	Tendance sociale de la patientèle	Type d'activité	Lieu d'exercice
1	M	Non	Oui	Non	25	Elevée	Urbaine	Saint-Raphaël
2	M	Non	Oui	Non	5	Moyenne	Urbaine	Fréjus
3	M	Oui	Oui	Non	10	Moyenne	Urbaine	Fréjus
4	M	Non	Oui	Non	39	Moyenne	Semi-rurale	Vence
5	F	Oui	Oui	Oui	15	Moyenne	Semi-rurale	Roquebrune/Argens
6	F	Oui	Oui	Oui	3	Moyenne	Semi-rurale	Draguignan
7	M	Non	Non	Non	40	Moyenne	Semi-rurale	Puget/Argens
8	F	Non	Oui	Non	19	Moyenne	Urbaine	Nice
9	M	Oui	Oui	Oui	11	Moyenne	Urbaine	Nice
10	F	Non	Oui	Non	22	Moyenne	Rurale	Vidauhan

3.2.1 REPARTITION PAR TYPE D'ACTIVITÉ



5 médecins exercent en milieu urbain, 4 en milieu semi-rural, et 1 en milieu rural.

3.2.2 DURÉE MOYENNE DES ENTRETIENS

L'entretien le plus long a duré 41 minutes.

L'entretien le plus court a duré 23 minutes.

La moyenne était de 28 minutes et 30 secondes.

3.3. RESULTATS QUALITATIFS

3.3.1 LES MEDECINS GÉNÉRALISTES ET LA COMMUNICATION - GENERALITES

3.3.1.1 Une formation hétérogène

- Aucune formation pour quelques uns

Certains médecins disent n'avoir eu aucune formation universitaire et aucune formation complémentaire, personnelle dans ce domaine.

M7 « à l'époque il n'y avait pas de formation de ce genre, je n'en ai pas eu »

M8 « Aucune... » « Je ne m'y suis jamais intéressé à vrai dire »

- Sensibilisation universitaire pour certains

Quelques uns ont de vagues souvenirs de formation universitaire .

M5 « quelques jeux de rôles à la fac »

M2 « j'ai été amené à faire des recherches sur les techniques de communication dans un RSCA »

M3 « il y avait un séminaire communication » « Item annonce mauvaise nouvelle » « enseignement en tant qu'externe à apprendre par coeur »

M9 « séminaire communication au cours de mon DES de médecine générale »

- Démarche personnelle pour d'autres

Quelques médecins rapportent avoir eu une formation dans le domaine de la communication, et ce par le biais d'une démarche personnelle.

M1 « J'ai fait des stages, des formations avec des labos... » « 3 weekends de sophrologie, hypnose, PNL »

M3 « J'ai fait un DPC entretien motivationnel » « Je cible les congrès sur la communication » « J'ai des livres sur le sujet à la maison » « la PNL, j'ai lu un bouquin dessus et eu des discussions avec des gens formés »

M4 « *En naturopathie on utilisait la communication en outil, c'était un des thèmes d'étude... c'est là que j'y ai été sensibilisé* »

- Evolution avec l'expérience pour tous

La majorité des médecins ont évoqué une progression au fur et à mesure de leur pratique, avec l'expérience.

M1 « *développement personnel... on pratique tous les jours* » « *progressé avec l'expérience* »

M4 « *avec l'expérience on acquiert des outils qui nous permettent de mieux réagir à certaines situations* »

M7 « *J'explique un peu mieux les choses maintenant* » « *plus d'empathie* »

M8 « *améliorée avec l'expérience, la meilleure connaissance de mes patients* »

3.3.1.2 Notions générales vagues

Ce qu'évoque le terme communication en tout début d'entretien:

-Notion d'échange/relation et de 2 personnes minimum

M3 « *il faut être 2 pour communiquer* »

M4 « *échange entre un émetteur et un récepteur...* »

M5 « *échange, donc aller-retour* »

M6 « *Je dirais le dialogue, la relation* »

M10 « *échange, partage, compréhension entre 2 personnes* »

-Notion de transmission d'informations de manière adaptée

M2 « *termes adaptés à la personne qu'on a en face, à la situation* » « *exposer des idées de la manière la plus claire et intelligible* » « *comportement, attitude propre à la situation* »

M4 « *On s'adresse aux professionnels avec un langage professionnel* » « *Si on veut toucher un public plus large... on utilise des termes adaptés à une compréhension plus large* »

M9 « *savoir transmettre une information* » « *savoir recevoir et interpréter celles émises par le patient* »

-Notion de communication comme potentiel outil de manipulation

M4 « attention à ce que ça ne devienne pas un instrument de manipulation, ça peut être malsain et je m'y oppose formellement »

-Évoque des outils, techniques de communication

M5 « ça m'évoque des moyens de communication variés, la parole, l'écrit, l'informatique »

M3 « C'est un outil » « Entretien motivationnel quand j'ai l'impression qu'on est dans une situation bloquée » « il y a des modèles théoriques très complexes »

-Notion verbale/Non verbale:

M6 « Un médecin chez qui j'étais en stage... accès communication verbale et non verbale »

-On note une structure des entretiens en accord avec le guide de Calgary Cambridge

M8 « je vais chercher le patient dans la salle d'attente, je l'installe au bureau, je lui demande ce qui l'amène. Je m'efforce ensuite d'écouter tout ce qu'il a à me dire en évitant de l'interrompre, ensuite je pose des questions un peu plus ciblées. Je l'installe ensuite sur la table d'examen pour l'examen clinique. On se remet au bureau où j'explique au patient mon point de vue, mes hypothèses, le traitement à suivre ou les examens à faire. Puis je rédige mes ordonnances. Je le raccompagne ensuite vers la sortie du cabinet. »

3.3.1.3 Attentes contrastées

-Pas de réel désir de formation

Certains avouent ne jamais s'être intéressés au sujet.

M7 « jamais été sensibilisé et je ne m'y suis jamais intéressé honnêtement »

M8 « je ne connais pas de technique de communication...je ne m'y suis jamais intéressée à vrai dire »

D'autres disent que c'est un domaine qui se base sur le feeling.

*M2 « mon impression est que je communique de la même manière avec tout le monde »
« c'est vraiment du feeling en fonction des personnes »*

M5 « au cabinet...c'est du feeling, de l'expérience sur le dur quoi » « Je ne me pose pas toutes ces questions » « J'essaie d'être assez naturelle en fait »

M9 « je n'ai pas de réel stratégie c'est un peu au feeling »

Quelques médecins nous font part de leur doute sur une possibilité d'apprentissage dans cette discipline, qu'une bonne communication est inée.

M6 « *je ne sais pas si on peut nous l'apprendre et si ce n'est pas quelque chose d'inné et qu'on travaille, perfectionne avec le temps* »

M2 décrit une « *formation médicale purement scientifique* » et pense que communiquer « *est une question de bonne éducation, aimer interagir avec les gens, les respecter* »

M10 dit « *être naturel* » pendant ses consultations.

3.3.2 UNE COMMUNICATION VERBALE AMBIVALENTE

3.3.2.1 Nombreuses notions générales

-De nombreux termes généraux sur la manière de s'exprimer, de transmettre les informations au patient, partagés par la majorité des praticiens

-Message clair, concis, langage à la portée du patient, mots choisis:

M1 « *communicant médecin doit être clair, concis* » « *exprimé clairement et à la portée d'un langage médical du patient* » « *avoir réfléchi préalablement* »

M2 « *en employant surtout des termes intelligibles* »

M4 « *un message qui soit à son niveau...qui utilise son registre verbal* » « *attention à l'excès de communication qui peut nuire* »

-Adaptation à la situation:

M2 « *utilisant les termes adaptés à la situation* » « *diagnostic qui compromet l'existence du patient... mots pertinents mais délicats* » « *moins de tact pour un diagnostic d'angine* »

-Certains attentifs au para-langage:

M2 « *parler à allure modérée et pas à toute vitesse* » « *laisser des temps de pause* »

M9 « *en utilisant un rythme adapté pour ne pas le perdre* » « *un ton de voix qui ne doit pas l'endormir* »

-Des modes verbaux à éviter:

M3 « *je fais attention à l'utilisation de l'impératif* »

M9 « *ne pas être trop familier pour ne pas passer pour un rigolo et être crédible* »

-Des stratégies verbales dans le but d'instaurer un climat de confiance avec le patient:

Notion de franchise:

M2 « tout dire, ne rien cacher » M4 « si elle sent qu'on parle vrai et juste les portes s'ouvrent »

Notion d'empathie:

M2 « l'empathie est un élément important pour une communication réussie » « montrer au patient qu'on l'écoute et qu'on comprend sa souffrance »

M3 « Profil patient peu suivi, c'est important d'avoir un lien un peu amical »

Recours à l'humour:

M4 « je ne me gêne pas pour utiliser un peu d'humour selon les personnes »,

M9 « manier l'humour à bon escient pour briser la glace »

M10 « je fais un peu le pitre avec les enfants »

Sujets de conversation divers:

M4 « C'est bien de parler de la vie des gens, leur environnement » « ne pas parler que de médecine » « avoir ce rôle complémentaire et s'enrichir avec les gens qu'on voit »

M5 « je la prends en compte dans sa globalité » « ouvrir des discussions assez larges »
« j'essaie de parler de choses différentes, en dehors de la médecine, pour créer un climat de confiance, que le patient se sente bien »

Montrer au patient qu'il est attentivement écouté:

M3 « S'il me dit quelque chose qui ne me paraît pas important je vais le répéter ou dire j'ai bien entendu qu'il y avait ça »

Ne pas couper parole:

M3 « les couper ça me paraît moins efficace » « la meilleure stratégie c'est de ne pas les couper et reconstituer le puzzle au fur et à mesure »

M9 « je commence en laissant le patient s'exprimer » « savoir écouter l'autre »

M8 « je m'efforce d'écouter tout ce qu'il a à me dire en évitant de l'interrompre »

-Vérification de la compréhension du patient:

Certains avouent ne pas y porter suffisamment attention:

M1 « c'est une bonne question... » « je m'attarde peut être pas assez sur ce point là maintenant que tu m'en parles »

M10 « très bonne question... » « pas de réelle stratégie pour cela » « peut être que leur poser la question clairement en fin de consultation serait une bonne idée »

Demande explicite/interrogation sur compréhension en fin de consultation pour les autres:

M2 « *Je demande souvent si tout est clair ou s'il y a des questions en fin de consultation* »

M6 « *ça m'arrive de leur demander de formuler ce qu'ils ont compris* »

3.3.2.2 Une importance majeure selon les médecins:

Pour la majorité, la communication verbale à une place majeure, essentielle:

M2 « *une place majeure* » « *on est fait pour parler, c'est la meilleure manière de faire sortir ses idées* »

M3 « *c'est l'essentiel* »

M6 « *je dirais que c'est hyper important, peut être plus parfois que l'examen clinique* » « *plus important que la communication non verbale car il y a moins d'interprétation à avoir, c'est à priori plus clair* »

M5 « *Enorme* » (réponse à la question *quelle place accordez vous à la communication verbale*) « *pour moi l'important est de parler et le langage est l'outil majeur de la communication* »

Notion de communication verbale moins importante que la non verbale évoquée:

M4 « *l'important c'est aussi la gestuelle, le positionnement, la communication non verbale* »
« *Le message c'est 10%, le plus important est la communication non verbale* »

Absence d'adaptation nécessaire pour certains:

M2 « *c'est au patient de s'adapter, s'il n'est pas satisfait il consultera un autre médecin* »

3.3.2.3 Peu de techniques reconnues de communication verbale maîtrisées et utilisées:

Plusieurs praticiens disent ne connaître aucune technique verbale:

M5 « *Non pas vraiment* » « *J'en ai aucune en tête à verbaliser comme ça* »

M6 « *vraiment aucune* »

M7 « *Non pas du tout. Je n'y ai jamais été sensibilisé et je ne m'y suis jamais intéressé honnêtement* »

Quelques uns s'appuient parfois sur l'entretien motivationnel, d'autres en ont de vagues notions:

*M3 « Entretien motivationnel quand j'ai l'impression qu'on est dans une situation bloquée »
« renvoyer la balle au patient » « poser une question ouverte, aller chercher chez lui la réponse que moi je ne peux pas ou n'arrive pas à lui donner »*

M10 « quelques notions rapides d'entretien motivationnel, mais les décrire impossible »

Une minorité de médecins ont des notions de PNL et l'utilisent parfois pour le choix des mots

M3 « la PNL... j'utilise ça dans le choix des mots »

M4 « technique comme la PNL j'y ai juste été sensibilisé »

M10 « quelques notions très rapides de PNL »

Certains ont des notions d'écoute active et une minorité la met en oeuvre:

M3 « l'écoute active a des outils intéressants » « j'ai pris des techniques dedans, avec la reformulation, la répétition, l'attente »

M9 « Faire répéter et reformuler par le patient, pratiquer l'écoute active. Ce sont des notions que j'ai très rapidement en tête mais que je ne maîtrise pas.

3.3.3 UNE COMMUNICATION NON-VERBALE CONTRASTÉE

3.3.3.1 Quelques notions générales évoquées

À l'évocation de la communication non verbale voici les principes évoqués par les praticiens:

La majorité évoquent la gestuelle:

M1 « des gens qui ne sont pas en phase avec leur corps, leur gestuelle »

M4 « La gestuelle, le positionnement dans l'espace »

La plupart pensent au contact visuel, au regard:

M1 « des gens qui vont tourner la tête, qui vont regarder d'un côté »

M4 « le regard, regarder la personne »

Quelques uns parlent de la posture, attitude, allure de la personne:

M1 « sa démarche, sa tenue, son respect d'elle-même, la manière dont elle va se présenter, dont elle va serrer la main »

M2 « savoir décrypter un comportement, les gestes, la posture »

M6 « pour moi c'est l'attitude, la manière dont tu te tiens »

D'autres évoquent les mimiques:

M8 et M10 « l'expression du visage »

M2 « une émotion ou une mimique »

Une minorité décrit succinctement l'environnement de la consultation, après relance:

M4 « Je décoore un peu mon cabinet » « beaucoup d'artistes aux alentours ils sont sensibles à ça »

M9 « le cadre, canevas de la communication...doit mettre le patient en confiance »

3.3.3.2 Importance contrastée:

Quelques uns nous font part de l'importance qui devrait être accordée à cette forme de communication:

M2 « quasiment aussi important que les paroles »

M6 « Pour moi la communication non verbale est importante, moins que la verbale, mais ça reste important »

M9 « 50% » « les gestes faits sont très important pour mettre en valeur ce que l'on dit »

3.3.3.3 Une pratique parfois volontaire, très souvent instinctive:

La grande majorité des médecins interrogés avoue ne pas penser à leur communication non verbale au cours de leurs consultations, d'agir de manière naturelle:

M1 « En réalité je n'y pense pas » « C'est instinctif »

M2 « j'avoue ne pas y penser pendant mon travail »

M10 « J'avoue ne pas y être très attentif » « Je n'y fais vraiment pas attention »

Plusieurs disent être attentifs à leur tenue vestimentaire:

M1 « J'essaie de faire attention à ma tenue vestimentaire »

M2 « ma tenue vestimentaire toujours propre et soignée »

D'autres accordent une importance à la présentation de leur cabinet:

M1: « J'essaie de faire attention à la tenue du cabinet » « il y a une femme de ménage »

M4 « Je décore un peu mon cabinet »

Un médecin nous parle de tentative volontaire de synchronisation dans ce domaine avec le patient:

M4 « La synchronisation avec le patient découle de mon écoute »

Certains utilisent des outils de communication papier:

M4 « j'aime bien les petites affiches qui donnent des conseils »

M2 « je dessine l'anatomie pour expliquer les choses »

Quelques médecins évitent volontairement certaines attitudes:

M6 « j'évite d'être debout pour éviter ce côté visites à l'hôpital »

M4 « Il y a des excès de posture à éviter »

M3 « l'ordinateur, il faut faire attention à ne pas en abuser »

Quelques attitudes non verbales volontaires selon le profil de patient:

M10 « Plus proche avec les personnes âgées, je mets plus de proximité. J'ai pu observer qu'elles aimaient bien ça »

M10 « avec les enfants je fais un peu plus l'imbécile »

3.3.4 DÉTERMINANTS DE COMMUNICATION

3.3.4.1 freins liés à l'évolution de la pratique médicale:

Le temps est le principal facteur évoqué en tant que frein à une bonne communication, avec notion de rapport financier du temps horaire évoquée:

M1 « souvent on est pris par le temps et c'est ça qui me mine dans ce type d'exercice aujourd'hui » « tu cours après le temps, t'es pressé, t'es en retard »

« on a un rapport financier du temps horaire qui fait que si tu prends ton temps, il faudrait prendre bien plus que ce qu'on nous impose aujourd'hui donc c'est compliqué »

M4 « cette stratégie prend du temps, c'est extrêmement chronophage » « très difficile à exercer en secteur 1 » « les médecins sont mal payés par rapport au temps passé » « Un des grands facteurs limitants qu'on a est le temps »

M8 « on est très limité au niveau du temps pour les consultations, je pense que ça nuit à notre communication »

Des praticiens surmenés, surchargés:

M4 « Une des situations les plus difficiles c'est quand je suis fatigué et que j'ai envi de dormir »

M1 « Quand on est pas totalement concentré, qu'on est bousculé, qu'on fait «3 choses en même temps... »

Plusieurs soulignent les effets néfastes de l'ordinateur au cours d'une consultation:

M3 « l'ordinateur sur le bureau ça c'est le piège numéro 1, l'ennemi numéro 1 du contact visuel »

M7 « les médecins sont tout le temps sur leur ordinateur par exemple »

M4 « Regarder la personne. Si je regarde l'écran de mon ordinateur constamment, c'est pour ça que ça m'horripile cet ordinateur. » « pour moi c'est un obstacle cet ordinateur » « la notion de communication est essentielle et pour moi l'ordinateur est handicapant à ce niveau là »

Mais il souligne tout de même la nécessité d'une bonne tenue d'un dossier médical « car il y a une dimension médico-légale »

Quelques uns évoquent le facteur internet avec des patients qui s'y renseignent très souvent:

M4 « ils vont savoir beaucoup de choses, ils vont consulter internet, d'ailleurs c'est une dimension nouvelle depuis quelques années » « globalement les gens sont informés mais ils n'ont pas les critères pour décrypter l'information et la positionner dans un ensemble global »

M8 « les patients qui viennent en ayant consulté internet avant, parfois ils arrivent avec des certitudes et ça peut être compliqué »

3.3.4.2 Des freins liés aux patients évoqués:

Certains en difficulté face à des patients dont le profil psychologique n'est pas propice à une bonne communication: patients angoissés, peu loquaces, troubles psychiatriques:

M5 « les patients psychotiques me posent un vrai problème, je ne sais pas comment les prendre » « les patients anxieux peuvent être difficiles à gérer »

M6 « les personnes qui ne parlent pas, c'est avec eux que c'est le plus difficile »

Comportements, attentes, présentation des patients:

M5 « la relation médecin patient était plus respectueuse avant » « il faut répondre en temps et en heure à leurs exigences, ils sont devenus très exigeants. Et parfois peu respectueux »

4. DISCUSSION

4.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET COMMENTAIRES:

4.1.1 REPRISE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'analyse de nos résultats nous a permis de dégager des idées-forces que nous discuterons dans cette partie.

- La communication est un domaine d'une importance majeure dans la pratique de la médecine générale
- La structure des consultations est logique selon le modèle Calgary-Cambridge
- Les notions de communication verbale et non verbale sont assez vagues chez la majorité des praticiens
- Il existe un manque de maîtrise de la discipline pour la plupart des médecins généralistes interrogés, les connaissances sont approximatives sur les outils disponibles
- Peu d'outils, peu d'habiletés communicationnelles sont cités et utilisés
- La pratique de la communication est quasi exclusivement intuitive, empirique
- Les raisons principales sont un manque de formation initiale et un manque d'implication personnelle dans cette discipline: une minorité est formée (DPC, documentation perso) les autres ont été tout juste sensibilisés durant leurs études
- De nombreux freins à une communication de qualité ont été évoqués: liés au médecin (temps, surmenage), liés aux patients, liés à l'évolution de la médecine (ordinateur, internet)

4.1.2 LES MEDECINS GENERALISTES ET LA COMMUNICATION: GÉNÉRALITÉS

La majorité des praticiens a exprimé l'importance de la communication dans la pratique quotidienne de la médecine générale. Sa place est centrale et primordiale dans la relation médecin-patient afin d'instituer une véritable alliance thérapeutique et favoriser un succès des stratégies de prise en charge médicale.

Certains pour illustrer son importance, nous parlent même d'origines psychologiques à de nombreux troubles somatiques et d'une possibilité de relation, voir de communication thérapeutique. Cette dernière permettant de s'affranchir de thérapeutiques pharmacologiques, exposant souvent le patient à des effets secondaires importants.

Les plaintes fonctionnelles trouvant leur origine dans un malaise social, familial ou professionnel, nécessitent, pour être mis en évidence et les soigner, une relation médecin-patient efficace.

Une étude de S. Noble a montré effectivement le rôle thérapeutique de la simple relation médecin - malade.(30)

Pour autant, nous avons été surpris par la contradiction entre l'importance accordée à la communication par les MG et l'absence d'utilisation d'outils voir de techniques de communication. Cette discipline s'inscrivant finalement dans une démarche purement instinctive, couplée à une absence de désir de formation complémentaire.

On peut se questionner sur les raisons de ce constat paradoxal.

Nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses pour expliquer ce paradoxe:

D'une part l'absence d'intérêt pour la discipline pourrait être liée à la pauvreté de la place de la communication dans la formation initiale des MG, du à un faible volume horaire disponible pour son enseignement à la faculté. Ceci ne créant pas d'intérêt pour la discipline en ne leur montrant pas le potentiel d'une communication efficace.

En l'absence d'initiation à la discipline, il n'existe pas de manque ni de volonté de se former secondairement, pouvant expliquer la participation quasi inexistante à des FMC sur ce sujet. Les praticiens paraissent conditionnés, ayant été quasi exclusivement formés scientifiquement au cours de leurs études. Ils considèrent peut être du coup la médecine comme une discipline purement scientifique, ne laissant pas place à l'apprentissage d'une discipline comme la communication.

D'autre part nous avons ressenti un certain malaise au moment d'évoquer des techniques de communication, on peut supposer que les MG craignent que ces techniques altèrent leur relation avec le patient. En effet le terme communication a aujourd'hui mauvaise réputation, il est souvent lié à la politique ou aux médias et régulièrement assimilé à de la manipulation.

Nous supposons que les MG préfèrent s'en affranchir afin de ne pas altérer la sincérité, l'authenticité de la relation qu'ils ont construit avec leur patient.

On s'aperçoit également que nombreux sont les médecins qui partagent cette idée que la communication ne s'apprend pas, qu'elle est innée, que seule l'expérience peut leur permettre d'évoluer dans ce domaine. Leur progression se ferait donc au gré des situations cliniques rencontrées, avec l'acquisition d'une plus grande assurance, une meilleure connaissance des patients, ce que nous décrivent les praticiens au cours des entretiens.

Il y a même une étude réalisée par Thomas Rotthoff qui suggère qu'il est difficile d'apprendre la communication médicale aux étudiants car leur expérience professionnelle est souvent insuffisante pour développer des aptitudes.(31)

Pourtant ces obstacles sont contournés dans certains pays. Un travail international récent réalisé à partir d'une analyse de vidéos de consultations par Mazzi et al. montre que les médecins généralistes du Royaume uni et des Pays-bas, qui ont une tradition de formation à la communication, sont jugés plus compétents dans la relation que les médecins belges ou italiens qui ne bénéficient pas de cet apprentissage.(32)

Cela rejoint l'idée que les techniques relationnelles peuvent et doivent être enseignées dans le cursus des professions de santé, afin de mettre à disposition des outils intéressants pour notre pratique quotidienne, sans toutefois détériorer l'authenticité du médecin qui s'appuie dessus.

On remarque après analyse de nos résultats que les médecins naturopathes/homéopathes semblent avoir plus de notions sur le sujet de la communication, sûrement par une sensibilisation au cours de leur formation à une prise en charge plus globale des patients, une importance marquée pour leur environnement, et une attention plus importante portée à la communication.

Un autre facteur important à prendre en compte est la notion de temps passé avec le patient et de rémunération. Ces praticiens exercent en secteur 2 et ajustent leurs honoraires en fonction du temps de consultation. Cela leur permet de prendre leur temps, de bien respecter les différentes phases de leur communication. Nous reviendrons sur ces notions dans la partie de la discussion concernant les déterminants de la communication.

4.1.3 LA COMMUNICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La communication verbale est la première à être évoquée par les praticiens lorsque l'on évoque le terme de communication. On doit peut être y comprendre que pour la plupart des médecins il s'agit de la part la plus importante de la discipline.

Pourtant l'analyse de nos résultats montre qu'une minorité de médecins cite des outils de communication verbale, et lorsqu'ils sont évoqués il ne sont pas suffisamment maîtrisés pour être utilisés dans leur exercice quotidien de la médecine générale.

Il existe un véritable défaut de connaissance dans le domaine de la communication verbale. L'adaptation au patient se fait de manière quasi exclusivement empirique.

Chacun a ses petites astuces en vue de mettre en confiance leurs patients comme par exemple ne pas parler que de médecine, ou encore l'emploi de l'humour.

Ces notions sont très intéressantes mais font une nouvelle fois référence à des stratégies empiriques, utilisées au feeling par les praticiens.

Ils disposent de « boîtes à outils » personnelles, inées ou acquises avec l'expérience.

Par exemple, un travail de thèse de 2016 soutenu à la faculté de Nice a montré que l'utilisation de l'humour était bénéfique sur la relation médecin-patient et permettait d'améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients.(33)

Ce travail, a mis en évidence que les médecins généralistes, bien que conscients du potentiel objectif de l'humour dans la communication en général, l'utilisaient justement sans objectif conscient et spontanément, avec leurs patients.

Cet outil n'étant pas dénuée de risques, sans toucher à sa spontanéité ni à sa subjectivité, il n'est pas possible de se contenter d'une utilisation aléatoire de l'humour.

Pour conclure sur la notion de communication verbale, on peut dire que l'évolution de la médecine, de la relation médecin-patient avec la notion de décision médicale partagée (D'ailleurs plus présente chez les jeunes médecins alors que les plus âgés présentent un

côté plus paternaliste) rend indispensable l'obtention de l'adhésion du patient et donc un langage verbal maîtrisé.

Or l'analyse des entretiens montre que la communication verbale de la majorité des praticiens, malgré le fait qu'elle soit le centre de leur communication, laisse surtout place à leur propre personnalité, leur feeling, sans avoir recours à des stratégies de communication. Les praticiens utilisant des outils verbaux reconnus, comme l'entretien motivationnel, la PNL, le mirroring verbal, la reformulation par exemple, restent minoritaires.

De nombreuses raisons peuvent expliquer ce manque de maîtrise concernant les habiletés de communication verbale.

On peut tout d'abord évoquer des modèles théoriques complexes potentiellement difficile à mettre en pratique.

Nous pouvons supposer que leur application sans entraînement préalable comportant des jeux de rôles, mises en situations cliniques, est redoutée par les médecins.

En effet, la crainte d'une mauvaise utilisation de ces techniques peut être un frein, de peur que leur communication se retrouve paradoxalement appauvrie.

Une difficulté d'utilisation qui serait donc due à une absence de maîtrise, rendant leur mise en pratique chronophage et potentiellement inefficace.

Nous pouvons supposer que maîtrisée, l'utilisation quotidienne d'outils verbaux, intégrée à la stratégie des MG, ne générerait pas de temps de consultation supplémentaire.

Ces hypothèses nous ramènent au manque de sensibilisation au cours de la formation initiale, pouvant être à l'origine d'une absence de conscience du bénéfice que pourrait apporter une communication verbale plus efficace. Notamment pour l'adhésion aux traitements, l'observance, la compréhension des pathologies, l'éducation thérapeutique.

Une étude publiée en 2016 par une doctorante de la faculté de médecine de Poitiers et portant sur « les Facteurs intervenant dans la non-observance des maladies chroniques en médecine générale » parvient à cette conclusion « L'observance thérapeutique repose sur une relation médecin-patient optimale avec une communication adaptée par le médecin pour impliquer le patient dans sa maladie grâce à une information complète sur les indications des traitements et les pathologies concernées ». (34)

D'autres explications peuvent être supposées:

La mise en pratique des outils est peut être jugée chronophage, ce qui peut être un important frein pour les médecins généralistes souvent débordés et en manque de temps.

Certains peuvent voir ces techniques comme de potentiels outils de manipulation, voir un danger. Comme par exemple le fait d'enfermer les patients dans leurs « canaux dominants » les empêchant ainsi d'évoluer. Ou encore le sentiment d'obtenir une adhésion « non consciente » ou « involontaire » de la part du patient.

Concernant la partie non verbale et para-verbal de la communication, nous avons été surpris par le peu d'intérêt qui lui était porté, tandis que la littérature rapporte qu'il s'agit de la part la plus importante de la discipline.

En effet, le premier constat est la perplexité de la plupart des praticiens lorsque cette notion est évoquée.

Cette partie de la communication regroupe un grand nombre d'éléments cités dans la partie généralités et seulement quelques uns sont spontanément cités par les médecins interrogés. Par exemple le contexte de la consultation, le rangement du cabinet, la décoration, l'ambiance olfactive, la tenue vestimentaire du praticien sont des notions qui ne sont pas citées de prime abord. Elles font pourtant partie intégrante de la communication.

Une thèse soutenue à Nice en 2017 a mis en évidence l'impact de la tenue vestimentaire sur la confiance que porte le patient au médecin.⁽³⁵⁾ Les styles vestimentaires qui semblent optimiser la confiance du patient en France sont la tenue blouse pour le médecin femme et les tenues smart casual et blouse pour le médecin homme. La tenue du médecin généraliste peut donc jouer un rôle, en contribuant à améliorer les soins.

Cette communication est marquée par un aspect instinctif et non réfléchi. Il est naturel de se demander si celle-ci a une réelle importance pour les praticiens.

Elle reflète une nouvelle ambivalence entre d'une part le fait qu'elle soit finalement décrite comme essentielle pour donner du poids au message verbal, mettre le patient en confiance, renforcer le lien médecin-patient, et d'autre part le fait qu'elle soit si peu réfléchie.

Pourtant des travaux ont démontré l'importance du langage non verbal.

En 1973, Pattison montre que le patient trouve son médecin plus chaleureux et plus digne de confiance si celui-ci a établi un contact physique léger avec lui.

Une autre étude de Witcher et Fisher en 1979 prouve que le stress du patient est diminué par une simple pression du bras de la part du chirurgien avant une intervention.

Il n'est pas naturel de se questionner sur notre manière de communiquer, étant un domaine pratiqué depuis toujours de manière instinctive.

Elle est souvent le reflet de notre personnalité. Naturellement des gens vont avoir un certain débit de parole, un rythme et un ton de voix propre, une gestuelle plus ou moins marquée.

Il faut nécessairement y être sensibilisé pour l'analyser.

Les praticiens le sont certainement trop peu, en communication en général, et en communication non verbale surtout.

Sur le plan personnel, au cours de mes 9 années d'études à la faculté de médecine de Nice, l'enseignement sur le domaine de la communication se résume à un séminaire sur une journée au cours de laquelle les thèmes principaux ont été évoqués, comme la communication non verbale. C'est d'ailleurs ce séminaire qui m'a fait me questionner sur le sujet. Il m'a mis face à des situations, quelque peu caricaturales, mais qui nous montraient tout de même que des habiletés communicationnelles pouvaient être très utiles voir indispensable dans la quête d'une bonne relation médecin-patient.

C'était un séminaire très intéressant, on peut simplement lui reprocher d'arriver tard dans le cursus médical et d'avoir un volume horaire infime pour un sujet d'une si grande importance.

4.1.4 LES DÉTERMINANTS DE LA COMMUNICATION DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT

L'élément fondamental qui ressort est le temps, évoqué par la majorité des médecins. En effet pour une communication optimale au cours d'une consultation, avec utilisation d'habiletés communicationnelles, il faut beaucoup de temps. Il s'agit d'une méthode très chronophage. Or le médecin a un temps de consultation qui n'est pas infini, bien qu'il le module en fonction du type de pathologie bien évidemment.

En France, la densité médicale en médecine générale reste faible. Qui plus est la démographie médicale est à en baisse avec une diminution de médecins généralistes entre 2007 et 2015 dans 80 départements. (Annexe 1)

De ce fait, les médecins généralistes sont confrontés à une patientèle plus importante et une réduction de la durée moyenne des consultations. Le temps moyen est de vingt minutes, pour des raisons organisationnelles et économiques. Le tarif sera le même que la consultation dure 15 minutes ou 50.

Le médecin généraliste doit pouvoir optimiser son temps de consultation pour répondre au mieux à la demande croissante dans ce contexte de pénurie médicale.

Cela ne favorise pas une prise en charge optimale sur le plan de la communication notamment.

La plupart des praticiens soulève également le problème de la fatigue, du surmenage, avec des journées très chargées, des patients de plus en plus exigeants que ce soit en terme de disponibilité ou de résultats de prise en charge.

Ces éléments influent évidemment sur la qualité de leur communication, verbale et non verbale, par exemple sur leur capacité à conserver un temps d'écoute seul suffisant.

La démographie médicale, la croissance du nombre de pathologies chroniques demandant des consultations plus longues contribuent certainement à cet épuisement dont font part les médecins généralistes.

Une étude de Marvel et al. montre que 78% des patients consultant en médecine générale expriment leur doléance en moins de deux minutes alors que les médecins les interrompent au bout d'une vingtaine de secondes.

Une évolution du système de santé permettant une hausse de la démographie en médecine générale et une adaptation de la tarification des consultations pourraient très certainement soulager quelque peu les praticiens et leur permettre une meilleure mise à profit du temps et des consultations plus efficaces, avec une prise en compte des notions de communication certainement plus importante.

Un élément mis en évidence dans nos résultats est la dimension de patients de plus en plus procéduriers avec un aspect médico légal de plus en plus présent avec une augmentation du nombre de procès.

À titre indicatif, les rapports annuels sur les risques des professionnels de santé que publient la MACSF relève des hausses permanentes des déclarations de sinistre. +8,7% en 2016. Ces sinistres qui sont des réclamations et des plaintes liés au traitement d'un patient, aboutissent la majorité du temps à une condamnation. Les rapports stipulent également que la médecine générale enregistre le nombre de plaintes le plus élevé (prendre en compte le fait que ce soit la spécialité la plus représentée).

Plus que jamais il est donc nécessaire d'avoir une tenue stricte du dossier médical, informatisé de nos jours.

L'ordinateur a d'autres fonctions intéressantes pour le médecin comme l'aide au diagnostic et aux prescriptions, la messagerie électronique et les forums, l'interrogation des bases de données, etc...

Or pour la plupart des médecins interrogés l'ordinateur est potentiellement nuisible à la communication. Décrit notamment comme un obstacle au contact visuel, pouvant engendrer chez le patient le sentiment d'être négligé, pas entendu, écouté.

Un certain nombre d'études confirme cette crainte, mettant en évidence le fait que l'utilisation de l'ordinateur en consultation influence le comportement des médecins et des patients et leur manière de communiquer. Par exemple, les premières minutes de la consultation sont souvent dédiées à l'ordinateur plutôt qu'à l'établissement de l'agenda de la consultation. Les périodes de recueil de données sur l'ordinateur sont associées à des moments de silence et une diminution de l'interaction entre le patient et le thérapeute, notamment du contact visuel. Le médecin passe en moyenne un quart du temps total de la consultation à regarder l'écran de l'ordinateur et le temps passé à regarder l'écran d'ordinateur est inversement corrélé à l'importance donnée par le médecin aux émotions et au contexte psychosocial.(37;38;39)

L'utilisation d'un dossier informatisé requiert donc de nouvelles stratégies communicationnelles et complexifie l'art de la bonne communication entre soignant et patient. Chaque soignant doit s'approprier cet outil afin de montrer au patient qu'il reste le centre de son attention et qu'en même temps l'informatique est une présence utile parfois indispensable pour la bonne gestion des soins aux patients.

Autre notion évoquée par la majorité des médecins est internet. Nombreux sont les patients qui consultent après s'être renseignés sur leur pathologie à travers cet outil. Les principaux problèmes relevés sont le caractère anxiogène des informations qu'on peut y trouver, la potentielle confrontation entre le diagnostic du médecin et celui trouvée sur internet.

Une thèse soutenue en 2013 à la faculté de Grenoble conclut pourtant que son apport est réellement positif, avec une relation plus harmonieuse, plus franche, plus constructive et plus ouverte, aboutissant à un meilleur partenariat et une observance plus importante aux traitements prescrits et conseils donnés.(36)

Le médecin généraliste doit ainsi maintenant endosser un nouveau rôle d'éclaireur pour orienter au mieux la recherche d'informations santé sur Internet et communiquer des sites de confiance à ses patients.

Une formation initiale et continue des médecins à ce sujet serait intéressantes, les choses évoluant très vite dans ce domaine.

L'analyse de nos entretiens a permis de relever certaines situations précises qui mettent en difficulté la plupart des médecins généralistes comme par exemple être face à un patient anxieux ou présentant d'autres troubles psychiatriques.

Ces situations ont été mal vécues par les praticiens, et sont toujours redoutées par ces derniers.

On peut en conclure que la solution pour mieux appréhender ces cas et ainsi être plus à l'aise et avoir un mode de communication adapté n'a pas été trouvée.

On pose ainsi le constat suivant: lorsque le médecin se retrouve face à une difficulté sur le plan scientifique, il se documente, fait des recherches pour obtenir une réponse.

Notre étude montre que son attitude est différente lorsque la difficulté est d'ordre relationnelle, communicationnelle.

Très certainement parce qu'il n'existe pas de consensus dans ce domaine, et que les praticiens pensent ne pas trouver de réponses à leurs problèmes en se documentant.

Pourtant des études et la littérature apportent beaucoup d'outils dans ce domaine (cf généralités).

4.2 LIMITES DE L'ÉTUDE

4.2.1 L'ECHANTILLONNAGE

La sélection des médecins interrogés est basée sur leur consentement à participer à l'étude ce qui peut dénoter une sensibilité particulière pour le sujet.

4.2.2 L'EXPÉRIENCE DE L'INVESTIGATEUR

Notre étude comprend un nombre restreint de médecins interrogés. Le nombre de participants a été défini a posteriori lorsque nous avons considéré que l'analyse était arrivée à saturation.

Ce dernier critère comprend une part de subjectivité liée à l'investigateur et à son expérience limitée dans ce domaine de recherche.

La pratique de l'interviewer est à considérer. Étant novice dans ce domaine, les premiers entretiens étaient un peu timides, j'ai progressivement pris de l'assurance ce qui a pu modifier l'intérêt des participants et la dynamique liée aux échanges.

A noter que dans ce type de recherche, l'enregistrement audio peut en soi freiner le discours de l'interviewé.

4.2.3 L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Les données qualitatives sont particulièrement difficiles à analyser et interpréter, notamment sur ce sujet pour lequel on note une ambivalence perpétuelle de la part des interviewés. L'analyse a été effectuée par une seule personne qui se trouvait être l'interviewer, ce qui tend à la rendre subjective. La participation d'une tierce personne comme un sociologue aurait permis d'augmenter la pertinence de notre travail.

5. CONCLUSION

Les médecins généralistes n'ont pas avec leur patient de stratégie de communication clairement établie.

Bien que conscients de l'importance de la communication dans leur exercice quotidien, les médecins généralistes utilisent des méthodes empiriques basées sur leur instinct, évoluant au gré de leur expérience.

Pour remédier à ce constat, il faudrait d'une part intervenir au moment de la formation des étudiants en développant l'apprentissage de la communication, et d'autre part, améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes, car la communication nécessite du temps pour l'écoute, l'observation, et la mise en place de techniques relationnelles.

De nombreux bénéfices pourraient en être tirés.

Premièrement pour les patients, en améliorant la qualité de soin et en augmentant leur degré de satisfaction concernant leur relation avec le médecin.

Ensuite pour le médecin, lui offrant des outils pouvant l'aider à majorer l'efficacité de ses consultations.

Enfin, pour l'économie de la santé: la mise en place d'une formation universitaire engendrerait un faible coût pour d'importants bénéfices en terme de santé via la diminution du nombre de consultations, d'examens complémentaires et prescriptions pharmacologiques.

L'enjeu d'une communication efficace dans la relation médecin-patient est donc immense.

Des outils de formation sont mis en place dans les universités, comme les séminaires, les GEASP et les RSCA. Ils pourraient être utilisés pour aborder ce sujet.

De nouvelles méthodes d'apprentissage, comme l'analyse de situations filmées, pourraient être envisagées.

La mise en place de critères de qualité en communication à acquérir et à évaluer au même titre que les connaissances scientifiques médicales serait une voie à explorer.

6. BIBLIOGRAPHIE

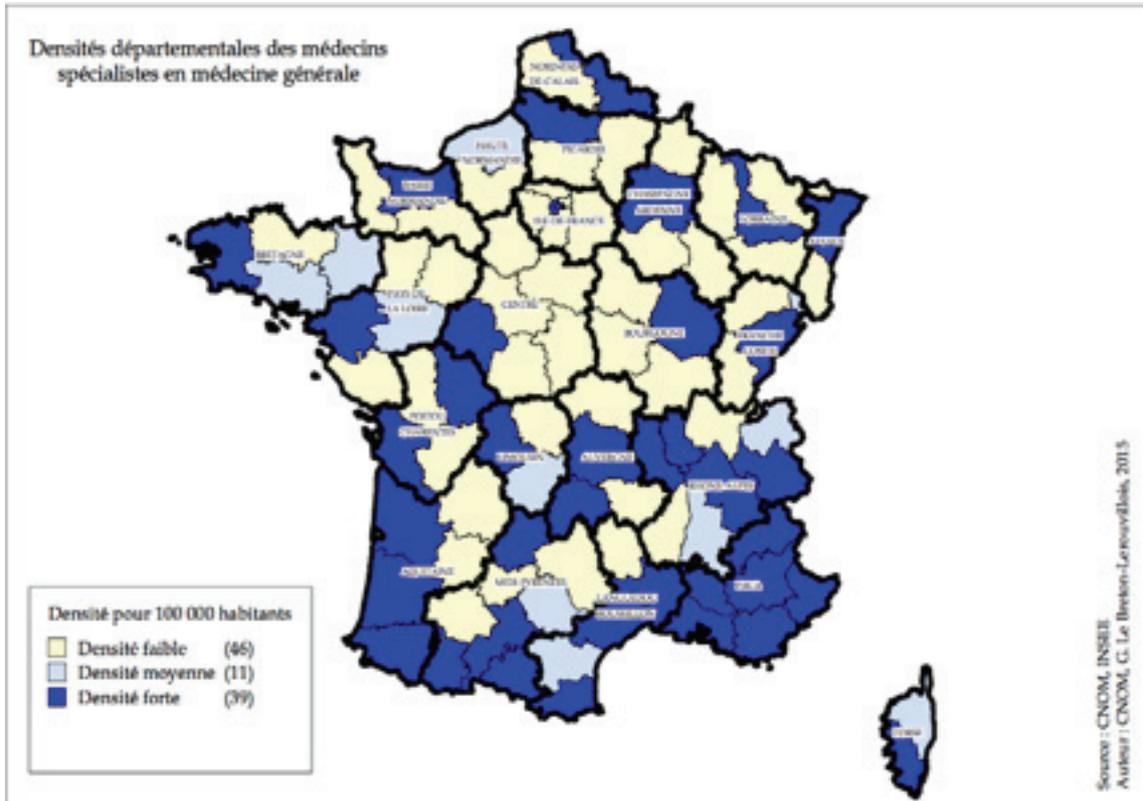
1. Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient – Techniques, art et erreurs de la communication. Masson ; 2007
2. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1998.
3. Attali C, Bail P, Magnier A, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Med Gen. 2006;20(730/731):525
4. Richard C, Lussier MT, Galarneau S., Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. Péd. Med 2010.
5. Millette B, Lussier M.T, Goudreau. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale 2004.
6. Jakobson R. Closing statements : Linguistics and Poetics. New-York; 1960.
7. Epstein, R., Alper, B. et Quill, T. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA. 2004.
8. Wiener, M. and Mehrabian, A. Decoding of inconsistent communications. Journal of Personality and Social Psychology. 1967.
9. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005 Apr 1
10. Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. Br J Health Psychol. 2006 May.
11. ROGERS Carl. Le développement de la personne. Inter-éditions. Paris. 2005.
12. POUCHAIN D. ATTALI C. DE BUTLER J. et al. Médecine Générale : Concepts & Pratiques. Paris. Masson. 1996.
13. ESSER M. La PNL en perspective. 2nd ed: Editions Labor, 2003
14. BANDLER R. Un cerveau pour changer. Inter-éditions. Sept 2018
15. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M-T. Collège Haut Normand des Généralistes Enseignants - Le Guide Calgary-Cambridge de l'Entrevue Médicale [Internet].
16. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M-T. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. Les Éditions du Renouveau Pédagogiques. Montréal; 2004.
17. BERNARD F, MUSELLEC H. La communication dans le soin. Arnette, Juin 2018.
18. Parsons T., 1939. – « The professions and social structure », Social forces, 17, pp. 457-467.
19. Parsons T.,1951. – The social system, Glencoe (Ill), Free Press
20. T. L. Beauchamp, J. F. Childress, Les principes de l'éthique biomédicale, Paris, Les Belles Lettres, 2008.

21. « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé » recommandations HAS; récupéré le 5 Septembre 2018 sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations - delivrance de l'information a la personne sur son etat de sante.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf)
22. Lee Y-M, Lee YH. Evaluating the short-term effects of a communication skills program for preclinical medical students. *Korean J Med Educ.* 2014 Sep.
23. Peterson EB, Calhoun AW, Rider EA. The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. *Patient Educ Couns.* 2014 Sep.
24. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlhans I, et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns.* 2010 Nov.
25. ALFONSO-ROCA M., SCHOUWEY I, GIRARD C. Le programme des compétences cliniques et l'utilisation des patients standardisés à L'université de Fribourg. 2013.
26. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctorpatient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991 Nov.
27. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2001 Apr.
28. BIBLIOMED. Qu'est ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés? 2003Fev;(n°294).
29. Bertacchini Y. Petit Guide à l'usage de l'Apprenti-Chercheur en Sciences Humaines & Sociales [essai]. Collection les E.T.I.C, Presses Technologiques, ISBN 2-9519320-2-2: Toulon; 2009.156pages.
30. DELBROUCK M. La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie. de bock supérieur.2016
31. Rotthoff T, Baehring T, David DM, *et al.* The value of training in communication skills for continuing medical education. *Patient Educ Couns* 2011; 84: 170-175.
32. Mazzi MA, Bensing J, Rimondini M, *et al.* How do lay people assess the quality of physicians' communicative responses to patients' emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations. *Patient Educ Couns* 2011.
33. CORDONNIER J. Place de l'humour en tant qu'outil de communication en médecine générale. Thèse Med: Université de Picardie Faculté de médecine d'Amiens. 2016. 2016-41
34. BOISLIVEAU A. Observance thérapeutique: Facteurs intervenant dans la non-observance des maladies chroniques en médecine générale. Thèse Med: Université de Poitiers. 2016.
35. COLIN A. Impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur la confiance du patient. Thèse Med: Université de Nice Sophia Antipolis.2017. 01580288.

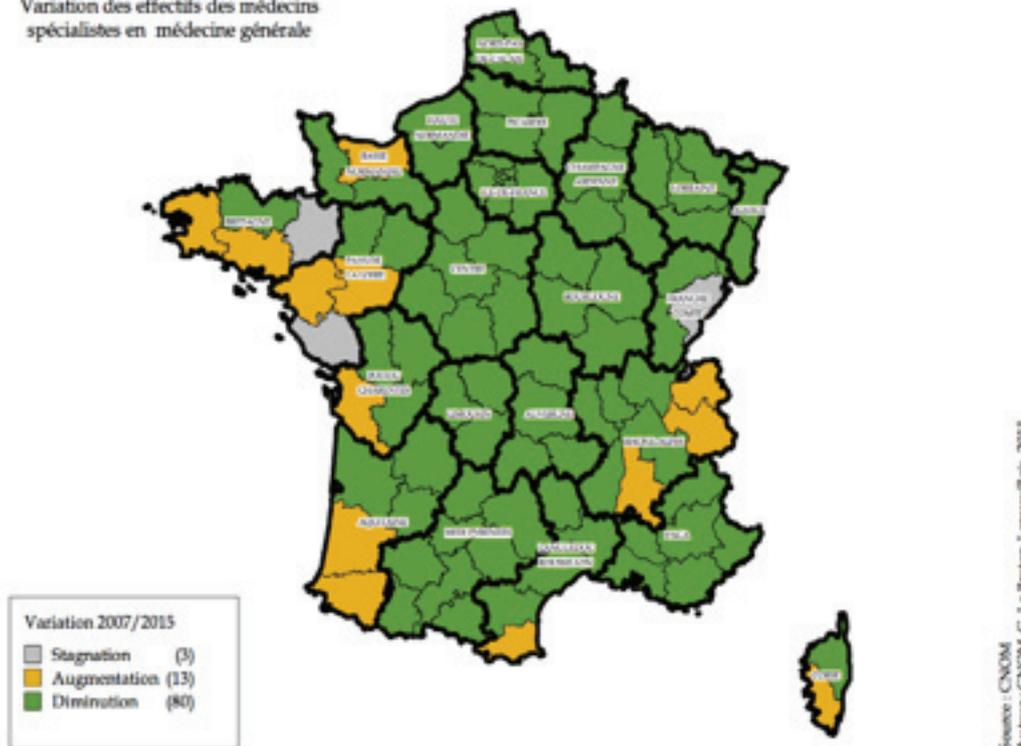
36. DUMONT F. Impact d'internet sur la relation médecin-patient, en médecine générale du point de vue du patient: étude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients. Thèse Med: Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble. 2013.
37. C Pearce C Phillips S Trumble K. Dwan The patient and the computer in the primary care consultation. J Am Med Inform Assoc 2011
38. C Pearce K Dwan C Phillips S. Trumble Doctor, patient and computer – a framework for the new consultation. Int J Med Inform 2009
39. N Booth J. Kohannejad Identification of high-quality consultation practice in primary care : The effects of computer use on doctor-patient rapport. Inform Prim Care 2004.

7. ANNEXES

Annexe 1: Démographie médicale en France- CNOM 2015



Variation des effectifs des médecins spécialistes en médecine générale



Annexe 2: Guide d'entretien

1. PREAMBULE A L'ENTRETIEN

1.1. « Bonjour, Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Bastien SALA, et je mène un travail sur la communication médecin généraliste/patient »

1.2. « Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous nous intéressons à votre expérience et votre vécu. Je suis ici pour écouter et comprendre. Vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez. »

1.3. Précision sur le respect de l'anonymat : « L'entretien sera confidentiel et anonyme. Nous ne garderons pas vos coordonnées (téléphone, etc.). »

2. DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

2.1. CARACTERISTIQUES MEDECIN

-Age, sexe, localisation cabinet, organisation cabinet, type de patientèle, formations, évolution carrière

2.2. Communication: Généralités

a- Que vous évoque le terme communication?

b- Quelles formations avez vous eu en communication au cours de votre cursus médical? Connaissez vous des techniques de communication?

c- décrivez nous votre stratégie de communication au cours d'une consultation de médecine générale dans votre cabinet.

d- Comment définiriez vous une bonne communication?

2.3. COMMUNICATION VERBALE

a) Comment définiriez vous une communication verbale efficace? Quels critères vous paraissent important à respecter?

b) Quelle place accordez-vous à la communication verbale au cours d'une consultation?

c) Connaissez vous des techniques reconnues de communication verbale? Si oui, pourriez-vous nous les décrire et nous dire comment ont-elles été acquises?

d) Comment vérifiez-vous la bonne compréhension du patient?

2.4. COMMUNICATION NON VERBALE

- a) Que vous évoque le terme de communication non verbale? (si non cités, relancer sur regard, gestes, touché, silences, postures, tenue vestimentaire, rangement du cabinet, odeur, coiffure, musique salle d'attente, décoration...)
- b) Quelle place accordez vous à la communication non verbale au cours d'une consultation?
- c) Comment définiriez vous une communication non verbale efficace? Quelle est votre méthode de synchronisation avec le patient dans ce domaine?

2.5. RELATION MEDECIN/PATIENT

- a) Comment adaptez vous votre communication en fonction du profil de patient? (Patients âgés, enfants, pathologie psychiatrique)
- b) Existe t'il des situations qui vous mettent en difficulté au niveau de la communication?
ex: - Lorsqu'un patient vous pose une question à laquelle vous n'avez pas la réponse.
- Face à un patient agressif
- c) Que pensez vous de la formation que vous avez eu dans ce domaine au cours de vos études médicales à la faculté?
- d) Comment la communication a t'elle évolué au cours de votre carrière?
- e) Y a t'il d'autres thèmes que vous souhaiteriez évoquer dans le domaine de la communication médecin/patient?

Annexe 3: Guide de Calgary-Cambridge

I - DÉBUTER L'ENTREVUE	
<p><u>A - Préparer l'entrevue</u></p> <p><u>B - Établir le premier contact (l'accueil)</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Le médecin salue le patient et obtient son nom2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue ; obtient le consentement du patient, si nécessaire3. Montre du respect et de l'intérêt ; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue) <p><u>C - Identifier la (les) raison(s) de consultation</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« <i>Quels problèmes vous amènent aujourd'hui ?</i> » ou « <i>Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?</i> »)2. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« <i>Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?</i> »)4. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques	

II - RECUEILLIR L'INFORMATION

A - Exploration des problèmes du patient

1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant)
2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)
3. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause
4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)
5. Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...) ; offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord
6. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ? »)
7. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a ; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires
8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre ; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsqu'utilisé
9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début

B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient

1. Détermine activement et explore adéquatement :
 - Les idées du patient (ses croyances sur les causes)
 - Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème
 - Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème)
 - Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie
2. Encourage le patient à exprimer ses émotions

III - STRUCTURER L'ENTREVUE	
<p><u>A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue</u></p> <p>1. Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape</p> <p>2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions ; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section</p> <p><u>B - Prêter attention au déroulement de l'entrevue</u></p> <p>1. Structure l'entrevue selon une séquence logique</p> <p>2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir</p>	

IV - CONSTRUIRE LA RELATION	
<p><u>A - Utiliser un comportement non-verbal approprié</u></p> <p>1. Affiche un comportement non verbal approprié</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact visuel, expression faciale • Posture, position et mouvement • Indices vocaux, le débit, le volume, la tonalité <p>2. Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation</p> <p>3. Affiche une confiance appropriée</p> <p><u>B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse</u></p> <p>1. Accueille les points de vue et émotions du patient ; n'adopte pas une position de juge</p> <p>2. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile</p> <p>3. Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider ; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées « d'auto-soin » de son patient ; lui offre de travailler en partenariat</p>	

4. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique

C - Associer le patient à la démarche clinique

1. . Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : « ce que je pense maintenant, c'est... »)

2. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes

3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande-la permission.

4. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes

5. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande-la permission

V - EXPLIQUER ET PLANIFIER **

A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information

1. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications

2. Évalue les connaissances du patient : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient ; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir

3. Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic)

4. Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer

B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations

1. Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées

2. Utilise des catégories explicites ; annonce les changements de thème (par ex. : « Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement... ». « Maintenant, abordons... »)

3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information

4. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique

5. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (Dépliants)

6. Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu ; clarifie si nécessaire

C - Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

1. Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient

2. Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes ; y répond adéquatement

3. Relève les indices verbaux et non verbaux : Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions ; est sensible aux signes de surcharge d'information ; est attentif aux indices d'inconfort

4. Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés ; les reconnaît et y répond au besoin

D - Planifier : une prise de décision partagée

1. Partage ses réflexions cliniques lorsqu'approprié : idées, processus de pensée, dilemmes

2. Implique le patient :

- Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives
- Encourage le patient à partager ses propres idées, Suggestions

3. Explore les différentes options d'action

4. S'assure du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre

5. Discute d'un plan mutuellement acceptable

- Signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles
- Détermine les préférences du patient

6. Vérifie avec le patient : S'il est d'accord avec le plan ; si l'on a répondu à ses préoccupations

VI - TERMINER L'ENTREVUE	
<p><u>A - Planifier les prochaines étapes</u></p> <p>1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin</p> <p>2. Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide</p> <p><u>B - Préparer la fin de l'entrevue</u></p> <p>1. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins</p> <p>2. Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter</p>	

** VII - EXPLICATIONS ET PLANIFICATION : OPTIONS SUR LE PROCESSUS ET LE CONTENU	
<p><u>A - Si discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification</u></p> <p>1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes</p> <p>2. Révèle les raisons supportant les opinions exprimées</p> <p>3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes</p> <p>4. Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises</p> <p><u>B - Si élaboration conjointe d'un plan d'action</u></p> <p>1. Discute des alternatives, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non pharmacologiques (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)</p> <p>2. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noms • Étapes des traitements ; comment ils fonctionnent ; • Bénéfices et avantages ; • Possibles effets indésirables 	

<p>3. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation</p> <p>4. Reconnaît le point de vue du patient ; plaide des points de vue alternatifs, au besoin</p> <p>5. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité</p> <p>6. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient</p> <p>7. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome</p> <p>8. Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles</p> <p><u>C - Si discussion d'investigations et de procédures</u></p> <p>1. Fournit des informations claires sur les procédures, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats</p> <p>2. Fait le lien entre les procédures et le plan de traitement : Importance, raisons</p> <p>3. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles</p>	
--	--

LISTE DES ABREVIATIONS

DES: Diplôme d'études spécialisées

MG: Médecin généraliste

PNL: Programmation neuro linguistique

EM: Entretien motivationnel

ECN: Épreuve classante nationale

FMC: Formation médicale continue

RESUME

NOM DE L'AUTEUR: SALA Bastien

TITRE DE THESE: Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient: une étude qualitative sur la Côte d'Azur.

INTRODUCTION: La communication médecin-patient est un élément clé en pratique clinique et c'est une composante essentielle de la compétence médicale. Elle nécessite une adaptation permanente de la part du médecin généraliste pour obtenir une véritable alliance thérapeutique avec son patient. Cependant cette discipline reste peu enseignée au cours des études médicales.

Nous avons cherché à étudier les stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient.

METHODE: Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 10 médecins généralistes de la cote d'azur. Les entretiens ont été enregistré en audio puis retranscrits intégralement. Une analyse thématique des verbatims a été réalisée.

RESULTATS: Pour la majorité des praticiens, la communication est un domaine d'une importance majeure dans la pratique de la médecine générale. Les médecins ont une structure de consultation logique selon le modèle Calgary-Cambridge. Cependant il existe un manque de maîtrise des outils de communication verbale et non verbale. L'adaptation de la communication s'en retrouve principalement intuitive. La raison principale évoquée est le manque de formation initiale au cours des études médicales. Plusieurs freins à une bonne communication sont évoqués, liés à l'évolution du système de santé, au médecin, ou encore au patient. Le principal est le manque de temps. Une communication optimale peut être chronophage. Or les praticiens sont souvent limités dans leur temps de consultation par une charge de travail importante.

CONCLUSION: Malgré l'importance du rôle de la communication avec le patient, il n'y a pas de réelle stratégie d'adaptation des médecins généralistes. La principale cause invoquée est le manque de formation universitaire dans ce domaine. Une perspective envisagée serait de renforcer l'apprentissage de la communication, en instaurant par exemple des mises en situation filmées en petit groupe avec analyse. La mise en place d'une grille d'évaluation avec des critères de qualité de la communication médecin patient pourrait être intéressante.

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 les 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.

