



HAL
open science

Les demandes non exprimées des patients en consultation de médecine générale : prévalence et facteurs prédictifs

Pénélope Hesschentier

► **To cite this version:**

Pénélope Hesschentier. Les demandes non exprimées des patients en consultation de médecine générale : prévalence et facteurs prédictifs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02562002

HAL Id: dumas-02562002

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02562002>

Submitted on 10 May 2021

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

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

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Pénélope HESSCHENTIER

Née le 21 mai 1987 à Boulogne-sur-Mer (62)

**Les demandes non
exprimées des
patients en
consultation de
médecine générale :
prévalence et
facteurs prédictifs.**

Thèse soutenue à Rennes

Le mercredi 18 septembre 2019.

Devant le jury composé de :

Pr JEGO

PU-PH, Médecine interne. CHU de Rennes.
Président du jury de thèse.

Pr SOMME

PU-PH, Gériatrie. CHU de Rennes.
Examineur

Dr ALLORY

MC-Associée, Docteur en Médecine Générale.
Rennes.
Examineur.

Dr GUELLAFF

Docteur en Médecine Générale, Caulnes,
Directeur de thèse.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES			
NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie

GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES			
NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMARY	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

À Monsieur le Professeur Patrick JEGO, président du jury,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Dominique SOMME, membre du jury,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Pour l'intérêt que vous y portez, je tiens à vous remercier et à vous témoigner ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY, membre du jury,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Pour l'intérêt que vous y portez, je tiens à vous remercier et à vous assurer de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Didier GUELLAFF, membre du jury,

Je te remercie de m'avoir accompagnée durant tout le préparatif de cette thèse. C'était une première pour nous deux. Sans toi, ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Aux pharmacies et aux patients qui ont accepté de participer à l'étude.

À Monsieur ESVAN pour la réalisation des statistiques, sa disponibilité et ses conseils.

À ma mère, mes sœurs Clémentine et Laure pour leur soutien, leur relecture, la traque des fautes d'orthographe et leurs conseils si précieux. Une thèse qui se veut familiale comme la médecine que j'exerce.

À Thomas pour ta présence apaisante et rassurante à mes côtés.

À Juliette et Marion pour ces moments de décompression nécessaire.

Au Dr Gaumont, à Martine et à Noëlle pour votre participation dans cette étude.

Table des matières

Introduction.....	9
Matériel et méthodes.....	10
Résultats.....	12
1. Description de la population incluse.....	12
A/ Description des répondants (tableau 1).....	12
B/ Description des médecins des patients interrogés (tableau 2).....	13
2. Prévalence des demandes non formulées (tableau 3).....	14
3. Caractéristiques des patients n’ayant pas formulé toutes leurs demandes (tableau 4).....	15
4. Degrés d’aisance des patients n’ayant pas formulé toutes leurs demandes (tableau 5).....	17
Discussion.....	18
1. L’analyse des résultats:.....	18
A/ Prévalence des demandes non formulées.....	18
B/ Manque de disponibilité et d’écoute.....	18
C/ La relation médecin-patient.....	19
D/ Modalité d’exercice du médecin.....	19
E/ Le genre des médecins.....	20
F/ Les thèmes des non-dits.....	20
2. Les limites de l’étude.....	21
Conclusion.....	22
Bibliographie.....	23
Liste des abréviations.....	25
Annexes.....	26

Liste des annexes

Questionnaire anonyme.....	26
----------------------------	----

Liste des illustrations

Tableau 1 : Description des répondants.....	12
Tableau 2 : Description des médecins des patients interrogés.....	13
Tableau 3 : Critère de jugement principal : prévalence des demandes non exprimées.....	14
Tableau 4 : Description selon les demandes exprimées/non exprimées.....	15
Tableau 5 : Demandes exprimées/non exprimées selon l'aisance de certaines thématiques.....	17

Introduction

Si la relation médecin-patient fait partie intégrante du soin, force est de constater que ses composantes ne font presque pas l'objet d'enseignements spécifiques lors de la formation initiale des futurs médecins. Intuitive ou acquise au fil des formations continues, rencontres ou expériences, la communication est un élément essentiel dans le développement d'une relation de confiance avec le patient. S'immiscer dans la vie intime sans jugement aucun mais toujours avec empathie et bienveillance est parfois indispensable. Le médecin tient un rôle prépondérant dans la démarche de verbalisation, mais la construction de la relation reste complexe, chaque patient étant singulier dans son histoire de vie, sa personnalité, ses ressentis, ses exigences, ses craintes, tout comme chaque médecin. D'ailleurs, une étude américaine de 2018 met à mal cette relation de confiance en affirmant que 80% des patients omettent de transmettre à leurs médecins des informations pertinentes pour leurs soins (1).

Volontairement ou non, certains patients ne disent pas tout. Selon une étude qualitative britannique de 2000, 31 patients sur les 35 interrogés n'avaient pas exprimé toutes leurs demandes lors de la consultation (2). Une autre étude américaine, quantitative cette fois, datant de 2001 révélait que 9% des 909 patients interrogés n'avaient pas exprimé leurs souhaits de prise en charge auprès du médecin (3).

Si certains médecins soutiennent que les non-dits régressent avec le temps, certains patients se disent, au contraire, plus à l'aise avec de jeunes médecins ou des médecins remplaçants (4), car avec le temps s'installe parfois la routine (5). D'autres facteurs auraient également un impact sur la qualité de la relation et l'importance de ces non-dits comme le sexe du médecin (5) (6), la durée de la consultation (7), le sexe, l'âge (1) et la catégorie socio-culturelle du patient (3).

Les principaux thèmes touchés par ces non-dits qui ressortent des études concernent la sexualité, les problèmes psychologiques, les addictions et les pathologies chroniques telles que les cancers (8) (9).

L'objectif principal de cette étude est de déterminer d'une part, la prévalence des demandes non exprimées des patients en médecine générale et d'autre part de vérifier si, en dehors de notre capacité relationnelle propre, certains facteurs peuvent influencer la prévalence de ces demandes. L'objectif secondaire est d'évaluer s'il existe une association entre le degré d'aisance des patients à l'égard des 4 thèmes cités ci-dessus et la non-expression des demandes auprès de leur médecin. L'analyse de ces facteurs doit permettre d'alerter le médecin sur des situations susceptibles de générer des non-dits.

Matériel et méthodes

➤ Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale menée en Ille-et-Vilaine du 26/03/2019 au 15/05/2019.

➤ Population d'étude

Nous avons décidé de mener l'étude auprès des pharmacies plutôt que dans les cabinets de médecine générale afin d'assurer l'anonymat des patients et de leur médecin. Pour ce faire, un tirage au sort a été effectué sur l'ensemble des 308 pharmacies d'officine d'Ille-et-Vilaine. Les 25 premières pharmacies de la liste acceptant de participer à l'étude ont été recrutées. 8 pharmacies ont refusé et 1 avait cessé son activité. Le ou la responsable de la pharmacie a d'abord été contacté(e) par téléphone puis s'il/elle acceptait, un rappel du projet de recherche et de la méthodologie était organisé en pharmacie avec dépose de 20 questionnaires. Les patients acceptant de participer à l'étude répondaient eux-mêmes aux questionnaires dans un espace dédié de la pharmacie. Au total, 500 questionnaires ont été distribués aux pharmacies.

➤ Critère d'inclusion

L'étude portant sur la prévalence des demandes non-exprimées des patients en consultation de médecine générale, une partie des questions faisait référence à leur dernière consultation. Ainsi, pour être inclus dans l'étude, le patient devait avoir consulté son médecin traitant dans les 15 derniers jours afin de limiter les biais de mémorisation.

➤ Méthode d'évaluation

Le questionnaire anonyme comprenait un maximum de 16 questions fermées dont une avec possibilité de réponse libre (cf annexe 1). Les données recueillies concernant le médecin étaient : âge estimé du médecin par le patient, sexe, ville d'exercice, mode d'exercice (seul, en groupe), type de secrétariat (sur place, à distance), type de consultation (sur/sans rdv), durée de l'attente en salle d'attente, durée de la consultation. Celles concernant le patient étaient : âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, durée de la relation avec leur médecin traitant, degré d'aisance en matière de sexualité, de problèmes psychologiques, d'addictions et de cancers. Les professions des patients ont été classées selon les huit catégories socio-professionnelles définies par l'INSEE. Nous avons retenu le zonage médical établi par l'ARS Bretagne pour classer les villes d'exercices des médecins et ainsi garantir leur anonymat : zone vigilance, zone d'action

complémentaire (ZAC) et zone d'intervention prioritaire (ZIP). Ce zonage caractérise l'offre de soins et les difficultés dans l'accès aux soins.

➤ **Analyse statistique**

L'ensemble des données recueillies a été saisi sur excel pour être analysé sur le logiciel SAS V9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA). Les variables quantitatives sont présentées en moyenne \pm écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max) et les variables qualitatives en effectifs (%). Pour comparer les distributions des variables quantitatives entre deux groupes, le test de Student a été utilisé. Pour comparer les distributions des variables qualitatives entre deux groupes, le test du Chi2 ou le test de Fisher ont été utilisés. Tous les tests statistiques ont un seuil de significativité de 0.05.

Résultats

1. Description de la population incluse

A/ Description des répondants (tableau 1)

Un total de 500 questionnaires a été distribué aux pharmacies. Sur ce total, 30 questionnaires ont été exclus : 6 en raison d'une absence de données suffisantes concernant le patient ou le médecin et 24 ne répondant pas au critère d'inclusion (délai de consultation > 15 jours). 20 questionnaires n'ont pas été renvoyés. Nous avons donc analysé 450 questionnaires dont 296 ont été complétés par des femmes représentant ainsi 65,8% des répondants. Ils étaient âgés de 15 à 90 ans avec une moyenne de 52,2 ans (+/- 17,2 ans) et une médiane de 54 ans. 193 patients étaient considérés comme inactifs soit 42,8% des répondants.

Variable		
Age (années)		449 (1) 52.2 ± 17.2 (15.0 ; 38.0 ; 54.0 ; 67.0 ; 90.0)
Sexe		450 (0)
	Femme	296 (65.8%)
	Homme	154 (34.2%)
Profession		450 (0)
	Agriculteurs, exploitants	12 (2.7%)
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	26 (5.8%)
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	39 (8.7%)
	Employés	123 (27.3%)
	Ouvriers	28 (6.2%)
	Professions intermédiaires	29 (6.4%)
	Retraités	146 (32.4%)
	Sans activité professionnelle	47 (10.4%)

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Variables quantitatives : effectif total (NA), moyenne ± écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max)

Tableau 1 : Description des répondants

B/ Description des médecins des patients interrogés (tableau 2)

41,6% des médecins avaient, selon leur patient, plus de 50 ans, 45% entre 35 et 50 ans et 13,4% moins de 35 ans. La majorité des médecins étaient des hommes (62,4%). 175 patients connaissaient leur médecin depuis moins de 5 ans (38,9%), 137 depuis 5 à 15 ans (30,4%) et 138 depuis plus de 15 ans (30,7%). La plupart travaillait en zone vigilance à 60,2% contre 35,3 % en ZAC et seulement 4,4% en ZIP. Ils exerçaient en cabinet de groupe pour 75,8% d'entre eux.

Variable	
Age du médecin (années)	449 (1)
<35 ans	60 (13.4%)
35-50 ans	202 (45.0%)
>50 ans	187 (41.6%)
Sexe du médecin	450 (0)
F	169 (37.6%)
H	281 (62.4%)
Zone du médecin	450 (0)
ZIP	20 (4.4%)
ZAC	159 (35.3%)
Zone vigilance	271 (60.2%)
Type d'exercice	450 (0)
en groupe	341 (75.8%)
Seul	109 (24.2%)
Durée de la relation médecin-patient	450 (0)
<5 ans	175 (38.9%)
5-15 ans	137 (30.4%)
>15 ans	138 (30.7%)

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Variables quantitatives : effectif total (NA), moyenne \pm écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max)

Tableau 2 : Description des médecins des patients interrogés

2. Prévalence des demandes non formulées (tableau 3)

85 des 450 patients interrogés n'ont pas exprimé toutes leurs demandes auprès de leur médecin traitant, soit une prévalence estimée à 18,9 %. L'impression de ne pas être écouté (36,5%) et le manque de temps (31,8%) constituent les 2 principales raisons de ces demandes non formulées. Dans 18,8% des cas le patient ne sait pas comment aborder le sujet. La peur d'être jugé (17,6%) représente la 4ème raison évoquée. Enfin, le fait d'être interrompu (11,8%) ou de ne pas être seul en présence du médecin (8,2%) sont classés en dernières positions.

Variable		
Demandes non exprimées		450 (0)
Non		85 (18.9% - IC95% [15.4% - 22.8%])
Oui		365 (81.1% - IC95% [77.2% - 84.6%])
Manque de temps		85 (0)
Non		58 (68.2%)
Oui		27 (31.8%)
Peur d'être jugé		85 (0)
Non		70 (82.4%)
Oui		15 (17.6%)
Pas l'impression d'être écouté		85 (0)
Non		54 (63.5%)
Oui		31 (36.5%)
Interrompu		85 (0)
Non		75 (88.2%)
Oui		10 (11.8%)
Ne sait pas comment aborder le sujet		85 (0)
Non		69 (81.2%)
Oui		16 (18.8%)
Vous ou le médecin n'étiez pas seuls		85 (0)
Non		78 (91.8%)
Oui		7 (8.2%)
Pas le besoin d'en parler pour le moment		85 (0)
Non		78 (91.8%)
Oui		7 (8.2%)
Autre		85 (0)
Non		84 (98.8%)
Oui		1 (1.2%)

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Variables quantitatives : effectif total (NA), moyenne ± écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max)

Tableau 3 : Critère de jugement principal : prévalence des demandes non exprimées

3. Caractéristiques des patients n'ayant pas formulé toutes leurs demandes (tableau 4)

Les caractéristiques des patients, des médecins et de leur relation associées aux demandes non exprimées sont regroupées dans le tableau 4. Concernant les facteurs prédictifs liés au médecin et à son mode d'exercice, l'âge avancé du médecin ($p=0.0082$), la courte durée de la relation médecin-patient ($p=0,0326$), l'exercice seul en cabinet ($p=0.0372$) et l'absence de rendez-vous ($p=0,0277$) sont significativement associés aux demandes non formulées. Quant aux facteurs prédictifs liés aux patients, ni l'âge, ni le sexe, ni la catégorie socioprofessionnelle du patient ne sont statistiquement associés aux demandes non exprimées.

Variable	Ensemble	Demande(s) non exprimée(s)	Demande(s) exprimée(s)	p
Age du médecin (années)	449 (1)	84 (1)	365 (0)	$p = 0.0082$ (K)
<35 ans	60 (13.4%)	11 (13.1%)	49 (13.4%)	
35-50 ans	202 (45.0%)	26 (31.0%)	176 (48.2%)	
>50 ans	187 (41.6%)	47 (56.0%)	140 (38.4%)	
Sexe du médecin	450 (0)	85 (0)	365 (0)	$p = 0.6326$ (K)
F	169 (37.6%)	30 (35.3%)	139 (38.1%)	
H	281 (62.4%)	55 (64.7%)	226 (61.9%)	
Zone du médecin	450 (0)	85 (0)	365 (0)	$p = 0.9551$ (F)
Zone vigilance	271 (60.2%)	51 (60.0%)	220 (60.3%)	
ZAC	159 (35.3%)	31 (36.5%)	128 (35.1%)	
ZIP	20 (4.4%)	3 (3.5%)	17 (4.7%)	
Type d'exercice	450 (0)	85 (0)	365 (0)	$p = 0.0372$ (K)
en groupe	341 (75.8%)	57 (67.1%)	284 (77.8%)	
seul	109 (24.2%)	28 (32.9%)	81 (22.2%)	
Durée de la relation médecin-patient	450 (0)	85 (0)	365 (0)	$p = 0.0326$ (K)
<5 ans	175 (38.9%)	43 (50.6%)	132 (36.2%)	
5-15 ans	137 (30.4%)	18 (21.2%)	119 (32.6%)	
>15 ans	138 (30.7%)	24 (28.2%)	114 (31.2%)	
Durée d'attente lors de la dernière consultation	449 (1)	85 (0)	364 (1)	$p = 0.6233$ (K)
<15 min	179 (39.9%)	30 (35.3%)	149 (40.9%)	
15-30 min	179 (39.9%)	37 (43.5%)	142 (39.0%)	
>30 min	91 (20.3%)	18 (21.2%)	73 (20.1%)	
Durée de la dernière consultation	450 (0)	85 (0)	365 (0)	$p = 0.2406$ (K)
<15 min	130 (28.9%)	30 (35.3%)	100 (27.4%)	
15-20min	266 (59.1%)	48 (56.5%)	218 (59.7%)	
>20 min	54 (12.0%)	7 (8.2%)	47 (12.9%)	
Rendez-vous	450 (0)	85 (0)	365 (0)	$p = 0.0277$ (K)

Variable	Ensemble	Demande(s) non exprimée(s)	Demande(s) exprimée(s)	p
Sans rdv	33 (7.3%)	11 (12.9%)	22 (6.0%)	
Sur rdv	417 (92.7%)	74 (87.1%)	343 (94.0%)	
Secrétariat	420 (30)	73 (12)	347 (18)	<i>p = 0.6828 (K)</i>
Secrétaire ou médecin qui exerce au cabinet	296 (70.5%)	50 (68.5%)	246 (70.9%)	
Secrétariat téléphonique à distance ou internet	124 (29.5%)	23 (31.5%)	101 (29.1%)	
Age du patient (années)	449 (1) 52.2 ± 17.2 (15.0 ; 38.0 ; 54.0 ; 67.0 ; 90.0)	84 (1) 50.1 ± 16.3 (15.0 ; 38.0 ; 51.0 ; 60.0 ; 89.0)	365 (0) 52.6 ± 17.3 (17.0 ; 38.0 ; 54.0 ; 68.0 ; 90.0)	<i>p = 0.2129 (S)</i>
Sexe	450 (0)	85 (0)	365 (0)	<i>p = 0.9820 (K)</i>
Femme	296 (65.8%)	56 (65.9%)	240 (65.8%)	
Homme	154 (34.2%)	29 (34.1%)	125 (34.2%)	
Profession	450 (0)	85 (0)	365 (0)	<i>p = 0.3347 (F)</i>
Agriculteurs, exploitants	12 (2.7%)	2 (2.4%)	10 (2.7%)	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	26 (5.8%)	3 (3.5%)	23 (6.3%)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	39 (8.7%)	10 (11.8%)	29 (7.9%)	
Employés	123 (27.3%)	28 (32.9%)	95 (26.0%)	
Ouvriers	28 (6.2%)	6 (7.1%)	22 (6.0%)	
Professions intermédiaires	29 (6.4%)	6 (7.1%)	23 (6.3%)	
Retraités	146 (32.4%)	19 (22.4%)	127 (34.8%)	
Sans activité professionnelle	47 (10.4%)	11 (12.9%)	36 (9.9%)	

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Variables quantitatives : effectif total (NA), moyenne ± écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max)

Tableau 4 : Description selon les demandes exprimées/non exprimées

4. Degrés d'aisance des patients n'ayant pas formulé toutes leurs demandes (tableau 5)

Les manques d'aisance dans les 4 principaux thèmes de non-dits à savoir, la sexualité, les problèmes psychologiques, les addictions et les cancers sont tous significativement ($p < 0,001\%$) associés à la non-expression des demandes des patients. Ainsi, 68,2% des patients n'ayant pas pu exprimer toutes leurs demandes sont également peu à l'aise pour parler de sexualité avec leur médecin. Concernant les problèmes psychologiques, les addictions et les cancers, ils sont respectivement 60%, 35,7% et 43,5% à être peu à l'aise avec leur médecin. Les patients ayant verbalisé toutes leurs demandes sont quant à eux bien plus à l'aise avec leur médecin. Ainsi ils ne sont respectivement que 22,5%, 12,3%, 11,4% et 10,5% à être peu à l'aise avec leurs médecins en matière de sexualité, problèmes psychologiques, addictions et cancers.

Variable	Ensemble	Demande(s) non exprimée(s)	Demande(s) exprimée(s)	<i>p</i>
Aisance à parler de sexualité	450 (0)	85 (0)	365 (0)	$p < 0.0001$ (K)
Pas à l'aise	140 (31.1%)	58 (68.2%)	82 (22.5%)	
A l'aise	310 (68.9%)	27 (31.8%)	283 (77.5%)	
Aisance à parler de problèmes psychologiques	450 (0)	85 (0)	365 (0)	$p < 0.0001$ (K)
Pas à l'aise	96 (21.3%)	51 (60.0%)	45 (12.3%)	
A l'aise	354 (78.7%)	34 (40.0%)	320 (87.7%)	
Aisance à parler d'addictions	444 (6)	84 (1)	360 (5)	$p < 0.0001$ (K)
Pas à l'aise	71 (16.0%)	30 (35.7%)	41 (11.4%)	
A l'aise	373 (84.0%)	54 (64.3%)	319 (88.6%)	
Aisance à parler de cancer	448 (2)	85 (0)	363 (2)	$p < 0.0001$ (K)
Pas à l'aise	75 (16.7%)	37 (43.5%)	38 (10.5%)	
A l'aise	373 (83.3%)	48 (56.5%)	325 (89.5%)	

Variables qualitatives : effectif total (NA), effectifs (%) pour chaque modalité

Variables quantitatives : effectif total (NA), moyenne \pm écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max)

Tableau 5 : Demandes exprimées/non exprimées selon l'aisance de certaines thématiques

Discussion

1. L'analyse des résultats:

A/ Prévalence des demandes non formulées

Notre étude affiche près de 19% de demandes non formulées. Une étude américaine révèle, quant à elle, que seulement 9% des 909 patients interrogés n'avaient pas pu exprimer leurs souhaits de prise en charge (3). Une raison pouvant expliquer cette différence est la méthode d'étude employée. En effet, dans l'étude américaine, les patients étaient interrogés avant et immédiatement après la consultation avec le médecin. Cela a pu minimiser la prévalence en introduisant un biais de performance. Si le patient et le médecin sont au courant de l'étude, volontairement ou non, ils seront amenés à changer leur comportement au cours de la consultation. Le fait d'avoir distribuer les questionnaires dans les pharmacies, à « l'insu » des médecins nous a permis de minimiser ce biais de performance.

B/ Manque de disponibilité et d'écoute

Dans l'étude du Pr J.M Boivin, le manque de disponibilité et le manque d'écoute étaient le plus souvent reprochés au médecin (10). Dans notre étude, les manques de temps et d'écoute sont également les principales raisons évoquées par les patients qui n'avaient pas pu exprimer toutes leurs demandes.

Pourtant, la durée de la consultation n'apparaît pas comme un facteur prédictif de non-expression des demandes. 70% des consultations durent entre 10 et 20 mn (11). Les consultations de médecine générale sont traditionnellement brèves et les demandes parfois multiples. Ainsi, il n'est pas rare, lors d'une même consultation, d'effectuer le suivi des pathologies chroniques, de traiter en sus des problèmes aigus tout en répondant aux demandes d'informations ou de conseils (12) (13). Au delà de la durée de consultation, c'est bien le temps de parole et d'écoute accordé au patient qui semble primordial. Le temps de parole attribué au patient serait d'en moyenne 85 secondes soit 10,9% du temps de consultation (14). Comme le souligne Sophie El Hafdi, le plus important pour le patient n'est pas la durée de la consultation, mais la durée en fonction du motif (15). Plus l'information à donner au patient est complexe et difficile, plus il est nécessaire de lui accorder du temps (16). Ainsi, les problèmes psycho-sociaux demandent des consultations plus longues pour être mieux identifiés et pris en charge (7).

C/ La relation médecin-patient

La durée de la relation médecin-patient apparaît comme un facteur prédictif significatif de confiance et de plus grande verbalisation des demandes du patient auprès de son médecin. Cela mène à penser que le développement du parcours de soins coordonnés autour d'un médecin traitant « unique » permet d'améliorer la relation et la communication entre patient et médecin tout en évitant le nomadisme médical (17).

Même si la durée de la relation médecin-patient est gage de confiance, l'âge avancé du médecin constituerait quant à lui un des freins à la non formulation des demandes. Dans l'étude du Dr Pelletier, bien que non significatif, les jeunes médecins seraient également plus attentifs aux non-dits que ceux ayant plus de dix à quinze ans d'expérience (9). D'un modèle paternaliste, nous sommes progressivement passés à une alliance thérapeutique où le médecin n'est plus le seul détenteur d'un savoir médical. Dans les années 90-2000, Internet est devenu une source d'informations accessible à tous, permettant aux patients de se renseigner sur leur santé et leur prise en charge. La loi Kouchner de 2002 a également participé à cette évolution, reconnaissant et renforçant le rôle et les droits des patients dans leur parcours de soins (18).

La jeune génération de médecins s'est probablement plus facilement ajustée à cette démarche d'alliance thérapeutique, ce qui pourrait expliquer que les demandes de leurs patients soient davantage exprimées.

D/ Modalité d'exercice du médecin

L'absence de rendez-vous est, quant à elle, significativement associée à la non-expression des demandes auprès du médecin. On pourrait penser que l'attente plus importante en consultation libre ainsi que la réduction du temps de consultation expliqueraient en partie ce résultat. Pourtant, aucune différence significative n'a été relevée dans notre étude concernant la durée d'attente et la durée de consultation. La « pression » engendrée par une salle d'attente bondée aurait un impact sur le comportement des médecins et des patients. La gestion du temps étant primordiale (19), les médecins tendent à sélectionner les plaintes des patients en allant à l'essentiel. Les patients ont également tendance à réprimer leurs demandes non urgentes (15). Les consultations sans rendez-vous ne sont pas propices à l'épanchement des demandes, d'où la probable différence significative des demandes non-exprimées entre consultation avec et sans rendez-vous.

Un autre facteur prédictif de demandes non-exprimées concerne le type d'exercice du médecin. Un médecin isolé, exerçant seul au cabinet est plus susceptible de ne pas recevoir toutes les plaintes des patients. Si les deux tiers des généralistes de moins de 40 ans exercent en cabinet de groupe, leurs confrères de 60 ans ou plus exercent pour la majorité seul en cabinet (20). Ainsi, au delà du type d'exercice, l'âge avancé du médecin, comme vu précédemment, pourrait expliquer ce résultat.

E/ Le genre des médecins

Dans cette étude, il n'a pas été noté de différence significative dans l'expression des demandes des patients auprès de leur médecin en fonction du genre de ces derniers. Pourtant, des études suggèrent que les patients ont tendance à parler plus facilement aux femmes médecins. Ils auraient davantage tendance à s'adresser à une femme en cas de problèmes psychologiques ou de « besoin de discuter » (21). D'ailleurs, les médecins femmes accordent en moyenne 2 minutes de plus à leurs patients par rapport à leurs homologues masculins (11). Selon l'Ordre des médecins d'Ille-et-Vilaine, 54% des médecins généralistes en exercice sont des femmes. Dans notre étude, la part des femmes médecins représente à peine 38%, ce qui pourrait expliquer l'absence de différence retrouvée.

F/ Les thèmes des non-dits

Les études, souvent qualitatives, font ressortir quatre thèmes principaux pourvoyeurs de non-dits : la sexualité, les problèmes psychologiques, les addictions et les maladies graves telles que les cancers (8) (9). Dans cette étude, les demandes non exprimées des patients sont toutes significativement associées au manque d'aisance des patients en ce qui concerne ces quatre thèmes. Si les addictions et les cancers enregistrent un score plus faible, une nuance est à apporter. En effet, même si ces thèmes englobaient la prévention, tous les patients ne se sentent pas forcément concernés par ces deux dernières thématiques.

Dans notre étude, 31,1% des patients sont peu à l'aise pour discuter de sexualité avec leur médecin. Si la sexualité fait partie intégrante de la qualité de vie, il est important de noter que certaines affections sexuelles peuvent avoir des répercussions et/ou exposer le patient à des risques accrus pour sa santé. A ce propos et à titre d'illustration, 50% des hommes de 45 à 55 ans avec insuffisance érectile sans symptômes cardiaques ont un risque élevé d'infarctus dans les 4 à 12 ans (22). La rétention d'information peut donc avoir un impact considérable en matière de morbi-mortalité. Il apparaît primordial d'aborder le sujet et de faire tomber les tabous car de la connaissance des besoins et problèmes du patient dépend la qualité et l'efficacité du soin. Cependant, de peur d'être intrusif, de nombreux médecins n'abordent pas la sexualité

avec leurs patients. Si 77% des médecins se disent à l'aise pour aborder la sexualité, ils estiment à 56% cependant que c'est au patient d'aborder le sujet (23). Du côté des patients, selon une étude suisse, si 15% des patients déclaraient être embarrassés par ce sujet, 76,2% d'entre eux aimeraient quand même que le médecin l'aborde (24).

Dans notre étude, 68,2% des patients n'ayant pas exprimé leurs demandes, craintes ou doutes lors de leur dernière consultation n'étaient pas à l'aise avec leur médecin pour parler de sexualité. Dans le cas où le patient n'aborde pas le sujet, le médecin tient un rôle important et doit être l'initiateur du sujet.

2. Les limites de l'étude

Il s'agit de la première étude de prévalence par étude quantitative du point de vue des patients en France sur ce sujet. N'ayant aucune donnée de prévalence sur ce thème en France, cette étude reste exploratoire. En choisissant de distribuer les questionnaires en pharmacie, nous avons écarté de ce fait de l'étude une partie de la patientèle des médecins notamment ceux n'avaient pas eu d'ordonnance de traitement. Cependant, l'anonymat du patient et du médecin étaient mieux garanti et on peut supposer que les patients étaient davantage sincères dans leurs réponses.

Afin d'avoir un panel suffisant de réponses tout en veillant à limiter les biais de mémorisation, nous avons limité la distribution des questionnaires aux patients ayant consulté leur médecin dans les 15 jours. Ce délai est discutable. On peut présumer que plus le délai entre la consultation et le remplissage du questionnaire est important, plus le patient aura tendance à oublier les demandes, craintes ou doutes qu'il n'a pas exprimés lors de sa dernière consultation ce qui peut réduire le taux de prévalence estimé. L'idéal aurait été d'interroger des patients directement après leur consultation. En revanche, cela aurait demandé beaucoup plus de temps pour réaliser l'étude et nous aurions perdu le sentiment d'anonymat.

Le patient devait estimer lui-même la catégorie d'âge de son médecin, induisant possiblement un biais de classement. Cependant, ce qui nous intéresse n'est pas l'âge exact du médecin mais la représentation qu'a le patient de l'âge de son médecin.

Cette étude a été réalisée en dehors des pics saisonniers. Or, l'augmentation de la charge de travail générée par les épidémies hivernales et le manque de généralistes pendant les périodes de congés notamment estivales sont susceptibles de majorer la prévalence des demandes non exprimées lors de ces périodes

Conclusion

Les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, ont un rôle essentiel à jouer dans la démarche de verbalisation des échanges avec leurs patients. Si la confiance s'inscrit dans la durée, il n'en reste pas moins qu'elle n'est jamais définitivement acquise. L'objectif est d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement, permettant ainsi d'améliorer la relation et d'adapter les conseils, les diagnostics et la prise en charge des patients. Comme le souligne le Pr Laurence Verneuil, « un mauvais recueil de la parole peut engendrer des erreurs de diagnostic, des réponses thérapeutiques inadaptées, une mauvaise observance du patient, voire une iatrogénie » (25). D'ailleurs, d'après Agnès Buzyn, la Ministre des Solidarités et de la Santé, la non pertinence des soins représentait 30% du déficit de la sécurité sociale.

Une manière de limiter les demandes non formulées, source de frustration, serait de déterminer dès le début de la consultation si le patient attend autre chose que ce qu'il a présenté en première instance (Y a-t-il autre chose à voir?) et lui laisser le temps d'y répondre, tout comme il est nécessaire de se laisser un délai suffisant pour répondre aux différentes demandes. Si les sollicitations sont multiples et dépassent le créneau de consultation accordé, alors peut-être est-il plus judicieux de redonner un nouveau rendez-vous au patient en traitant en priorité les demandes plus urgentes.

Bibliographie

1. Gurmankin Levy A, Scherer AM, Zikmund-Fisher BJ, Larkin K, Barnes GD, Fagerlin A. Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians. *JAMA Network Open*. 30 nov 2018;1(7):e185293.
2. Barry CA. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*. 6 mai 2000;320(7244):1246-50.
3. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unsaid but not forgotten: patients' unvoiced desires in office visits. *Arch Intern Med*. 10 sept 2001;161(16):1977-84.
4. Gaudin G. Le non-dit dans la consultation de médecine générale. Une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes. [NANCY]; 2013. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_GAUDIN_GUILLAUME.pdf
5. Gerard N. Etude qualitative des motifs de non-dit des patients diabétiques de type 2. TOULOUSE III; 2013.
6. Martin A. Accueil au cabinet de médecine générale: éléments de communication influençant le ressenti des patients sur leur relation avec le médecin. [NANTES]; 2016.
7. Dezeix L. Qu'attendent les patients d'une consultation de médecine générale ? Analyse à partir d'un échantillon de 30 patients en Charente-Maritime. Poitiers; 2004.
8. Vignon E, Dannaoui J. Le non-dit du patient en consultation de médecine générale: une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 15 patients. [Lyon, France]; 2016.
9. Pelletier J-G, Université de Saint-Etienne. Saint-Etienne. FRA / com. Approche du non-dit du patient envers le médecin dans la consultation en médecine générale. [Saint-Etienne]: Université de Saint-Etienne; 1989.
10. Boivin JM, Aubrege A, Muller-Colle F, De Korwin JD. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. *REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE*. 3 mars 2003;17(604):293-7.
11. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. avr 2006;(N°481).
12. Kroenke K. Patient Expectations for Care: How Hidden Is the Agenda? *Mayo Clinic Proceedings*. 1 févr 1998;73(2):191-3.
13. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. *DREES*. 2004;(N°315):12.
14. Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. A propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes.. Toulouse III; 2012. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/413/1/2012TOU31076.pdf>
15. El Hafdi S. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale. 2016.
16. Moley-Massol I. Relation médecin-malade: enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques. Courbevoie, France: Éd. DaTeBe; 2007. 131 p.
17. Purvin J. Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant ? Étude qualitative sur les patients de la région Picardie. 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01345704>
18. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

19. Micheau M. Activité et emplois du temps des médecins libéraux. (n°98):92.
20. DREES. L'exercice ambulatoire des professionnels de santé. 2016. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche4-4.pdf>
21. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. JAMA. 14 août 2002;288(6):756-64.
22. Dr P.Bouilly. Disfonction érectile (D.E): facteur prédictif du risque cardiovasculaire? [Internet]. Disponible sur: https://fr.slideshare.net/sfa_angiologie/de-un-facteur-prdictif-du-risque-cardiovasculaire
23. Faragou Voisin C, Vidal M. Sexualité en médecine générale: enquête auprès de 191 médecins généralistes en Midi-Pyrénées : déterminants de l'anamnèse sexuelle. Université Paul Sabatier (Toulouse); 2008.
24. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Medical Weekly. 8 mars 2011;141(0910). Disponible sur: <https://smw.ch/en/article/doi/smw.2011.13178/>
25. Le nouveau visage de la relation patient – médecin. Profil Médecin. 2017. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/nouveau-visage-de-relation-patient-medecin/>

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

Annexes

Questionnaire ANONYME

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale afin d'établir la fréquence des demandes non exprimées des patients dans certains domaines et les facteurs pouvant influencer ces demandes non exprimées.

Je tiens à rappeler que ce questionnaire est totalement **ANONYME** et dure à peine **quelques secondes**. Je vous remercie pour votre aide.

1/ Depuis combien de temps connaissez-vous votre médecin traitant ?

<5 ans 5-15 ans >15 ans

2/ Votre médecin traitant est : un Homme une Femme

3/ Quel âge lui donneriez-vous ? <35 ans 35-50 ans >50 ans

4/ Dans quelle ville exerce-t-il ? :

5/ Il exerce : seul dans son cabinet
 en groupe (avec d'autres médecin, infirmière, kiné...)

6/ De quand date votre dernière consultation avec votre médecin traitant ?

<15 jours >15 jours

7/Lors de votre dernière consultation avec votre médecin traitant :

A/ Combien de temps avez-vous attendu en salle d'attente ?

<15 mn 15-30 mn >30 mn

B/ Combien de temps a duré la consultation ?

<15 mn 15-20 mn >20 mn

C/ La consultation est-elle: sur rdv sans rdv

D/ Si consultation sur rdv , qui vous a donné le rdv ?

secrétaire ou médecin qui exerce dans le cabinet
 secrétariat téléphonique à distance ou internet (doctolib par exemple)

E/Avez-vous pu exprimer toutes vos demandes, questions, doutes lors de cette dernière consultation ? Oui Non

F/ Si vous avez répondu NON à la question précédente (E), pourquoi? :

- Manque de temps
- Peur d'être jugé
- Vous n'avez pas eu l'impression d'être écouté
- Vous avez été interrompu
- Vous ne savez pas comment aborder le sujet
- Vous n'étiez pas seul(e) ou le médecin n'était pas seul
- Pas le besoin d'en parler pour le moment
- Autre, précisez :

8/ Pensez-vous être suffisamment à l'aise pour tout dire à votre médecin en matière de :

	NON	PAS TRES A L'AISE	PLUTÔT A L'AISE	TOTALEMENT
<u>SEXUALITE</u> : contraception, infections sexuellement transmissibles, trouble de la libido, trouble de l'érection, sècheresse vaginale, ...				
<u>PROBLÈMES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUES</u> : dépression, surmenage, stress/anxiété, troubles alimentaires, burn out professionnel, relations familiales..				
<u>ADDICTIONS</u> : prévention, alcool, drogue, tabac, jeu vidéo...				
<u>CANCER</u> : prévention, dépistage, traitement				

9/ Vous êtes : Un homme Une femme

10/ Quel âge avez-vous ? : ans

11/ Votre profession :

- Agriculteurs, exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle

Un grand merci !

HESSCHENTIER Pénélope. **Les demandes non exprimées des patients en consultation de médecine générale : prévalence et facteurs prédictifs.**

27 feuilles, 5 Tableaux, 1 questionnaire, 30 cm - Thèse : Médecine générale ; Rennes 1; 2019.

Contexte: La communication est un élément majeur de la relation de soin entre le patient et son médecin. La démarche de verbalisation des demandes du patient reste essentielle pour établir une relation de confiance et optimiser la prise en charge.

Objectif: Évaluer la prévalence et les facteurs prédictifs des demandes non formulées des patients lors de leur dernière consultation avec leur médecin traitant. Nous avons également recherché les degrés d'aisance des patients en ce qui concerne les 4 principaux thèmes générateurs de non-dits à savoir la sexualité, les problèmes psychologiques, les addictions et les cancers.

Méthode: Cette étude transversale quantitative a été réalisée par questionnaires anonymes distribués à 500 patients âgés de 15 à 90 ans dans 25 pharmacies d'Ille-et-Vilaine tirées au sort. Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient avoir consulté leur médecin traitant dans les 15 derniers jours.

Résultats: 450 patients ont été inclus dans l'étude. La prévalence des demandes non formulées des patients en consultation de médecine générale était de 18,9%. Les facteurs prédictifs associés aux demandes non formulées étaient la courte durée de la relation médecin malade ($p = 0.0326$), l'âge avancé du médecin ($p=0.0082$), l'exercice isolé en cabinet ($p=0.0372$) et l'absence de rendez-vous ($p=0.0277$). Les manques d'aisance des patients en matière de sexualité, de problèmes psychologiques, d'addictions et cancers étaient tous significativement ($p<0001$) associés à la non-expression des demandes des patients auprès de leur médecin.

Conclusion: Les demandes non formulées des patients représentent une part non négligeable et méritent d'être verbalisées et entendues. Si les compétences relationnelles du médecin restent primordiales, certaines situations incitent à rester vigilant quant à la rétention des demandes des patients. Les demandes non satisfaites sont susceptibles d'altérer la relation médecin patient qui reste une relation fragile s'inscrivant dans la durée et la confiance.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Communication, facteur de risque, médecin générale, non-dit, prévalence, relation médecin-patient

Mots-clés anglais MESH: Communication, prevalence, relationship, unspoken, unexpected

JURY: Président : Professeur Patrick JEGO
 Assesseurs : Professeur Dominique SOMME
 Docteur Emmanuel ALLORY
 Docteur Didier GUELLAFF