HAL
open science

Utilisation de la communication non verbale par les médecins généralistes en consultation de médecine générale

Charlynes Dessout

To cite this version:

Charlynes Dessout. Utilisation de la communication non verbale par les médecins généralistes en consultation de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03252218

HAL Id: dumas-03252218

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03252218

Submitted on 7 Jun 2021

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

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

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR | FACULTÉ DE MÉDECINE

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

ANNEE 2021

UTILISATION DE LA COMMUNICATION NON VERBALE PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue le 26/05/2021,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **DESSOUT Charlynes**

Née le deux mars 1995 à PARIS (XIVème)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur BENOIT Michel

Assesseurs :

Monsieur le Professeur associé GARDON Gilles

Monsieur le Docteur HOGU Nicolas

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur MARCOTTE Olivier

Madame le Docteur ISMAIL Florence

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr. DELLAMONICA jean**
Etudiants	**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. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
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	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	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.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
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.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 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)
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.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 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	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
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)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ
CÔTE D'AZUR
FACULTÉ
DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
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	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
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)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

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)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

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

M.C.U. Honoraires

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

UNIVERSITÉ
CÔTE D'AZUR
FACULTÉ
DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Je remercie les personnes qui m'ont amenée sur ce chemin.
J'ai eu une sorte d'illumination lors d'une matinée de formation organisée par la Maison de la Médecine et de la Culture à Nice, durant laquelle Rita Charon a été mentionnée. Une ébauche d'explication à son sujet (que manifestement tout le monde connaissait sauf moi), permettait de comprendre qu'elle était fondatrice du courant de la Médecine Narrative. Qu'était-ce donc ? Le soir même, je m'empressais de réaliser des recherches: son postulat est que, en développant les compétences utilisées par les écrivains, pour faire vivre leurs histoires, les soignants se sensibilisent aux affects de leur patients en vue d'améliorer leur collaboration. J'ai même lu le livre en VO... Je ferai ma thèse sur le thème de la relation médecin malade !
Puis j'ai rencontré deux médecins, inconnus au début, ils se sont avérés être de splendides maîtres de stage; j'ai pu les observer, les scruter, et les analyser dans leur relation médecin-malade. Qu'est ce qui faisait qu'ils avaient une si bonne « collaboration » avec leurs patients ? Leur communication... Je ferai donc ma thèse sur ce sujet ! C'était parti !
Je remercie mon co-interne qui s'est posé les mêmes questions que moi, où on se sent débile (c'est quoi la recherche qualitative, c'est quoi ce logiciel, mais comment on fait un entretien ?); on s'en est sortis !!
Je remercie à nouveau mes maîtres de stage qui sont devenus de gré ou de force (?) les directeurs de cette thèse et qui m'ont apporté des moments forts « je pense que tu devrais mettre des petits virus là qui clignotent et qui dégringolent, et puis mets plein de couleurs, c'est la fête la thèse ! » oui oui.
Je remercie bien sûr mes parents pour avoir suivi toutes les étapes, en m'apportant à la fois pragmatisme et réconfort.
Je remercie mon copain pour m'avoir supportée dans ces moments où j'étais soit déconnectée soit en train d'analyser sa communication (promis après j'arrête !).
Bien sûr une pensée à mon chat et mon chien, que je comprends maintenant mieux que personne.

Cette thèse est donc le fruit d'un long travail (et surtout à la fin), enrichissant (du début jusqu'à la fin) et parfois déroutant !

Liste des abréviations

CNV : communication non verbale

INTRODUCTION

La communication est l'ensemble des interactions avec autrui comprenant la transmission d'une quelconque information.

Elle se présente sous forme de communication interpersonnelle, de groupe ou de masse (avec l'ensemble des moyens techniques qui permettent la diffusion du message à une large population).

La communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle : elle se définit comme un entretien (1). L'entretien est une communication dyadique, elle emprunte un canal (véhicule de l'information) et a besoin d'un retour ou feed-back pour une communication bidirectionnelle entre émetteur et récepteur.

Dans le domaine de la santé, la communication professionnelle comporte essentiellement deux fonctions (1) : d'une part l'échange d'information et d'autre part l'établissement d'une relation. Ces deux fonctions sont primordiales aussi bien dans les échanges que les professionnels de la santé ont avec les patients mais aussi avec les autres professionnels, que ce soit pour poser un diagnostic, informer le patient ou d'autres interlocuteurs, suggérer un traitement et assurer un suivi efficacement. Ces domaines sont intégrés au modèle de la relation centrée patient détaillé dans le Guide de Calgary et Cambridge de l'entrevue médicale. Ce « guide », de plus en plus utilisé, comprend plusieurs grands thèmes : capacité à commencer l'entrevue, recueillir l'information, structurer l'entrevue, construire la relation, expliquer planifier, et terminer l'entrevue (2).

Ainsi la communication est au cœur de la pratique médicale.

Il est donc cohérent que les habiletés communicationnelles soient un élément central des qualités du médecin généraliste. En effet la communication représente avec « l'approche centrée patient » et « la relation médecin-patient », l'une des six compétences fondamentales de « la marguerite des compétences » du guide du diplôme en spécialité de Médecine Générale (3).

Il est à noter que de nombreuses études rappellent que les plaintes des patients, poursuites pour faute professionnelle et événements indésirables ne relèvent pas d'un défaut de prise en charge médicale mais majoritairement d'un problème de communication (4). De plus, plusieurs travaux ont permis de mettre en lumière les lacunes des médecins en termes d'habiletés communicationnelles, avec des conséquences potentiellement néfastes notamment en matière d'adhésion au traitement. En contrepartie, plusieurs recherches s'accordent à avancer que certains comportements communicationnels ont une influence positive sur les soins.

Du reste, la formation initiale et continue notamment en médecine générale, mettent l'accent sur cette compétence, s'appuyant sur les travaux des récentes décennies qui ont permis d'identifier des facteurs clés de l'enseignement (5), afin de répondre au manque de connaissance dans ce domaine.

Cependant ces formations concernent en majorité l'aspect verbal de la communication (les mots et leur sens), alors qu'il est admis que la communication est composée à la fois de communication verbale, et non verbale.

L'importance du langage non verbal a été mise en évidence notamment par Albert MEHRABIAN (chercheur à l'Université de Californie) sur la base de deux études effectuées en 1967. Les chiffres de ces études ont été relativisés par l'auteur lui-même mais ont permis d'introduire le fait que la communication non verbale tient une place non négligeable dans les interactions. En effet, elle joue des rôles connus dans la communication au quotidien (6). Elle reste une alternative dans les situations où la communication verbale fait défaut (barrières de la langue, surdité, douleur chez les enfants ou les personnes âgées démentes). Elle contribue aux jugements réciproques (à travers l'interprétation du statut, de la personnalité, de l'état émotionnel, de l'attitude interpersonnelle et de la dynamique de l'interaction). Elle souligne certaines parties du discours et renforce les rapports logiques. Enfin, elle permet de recevoir le feed-back nécessaire pour savoir si le discours est compris et suscite de l'intérêt. En ce qui concerne la relation médecin-malade, après examen des recherches sur la communication non verbale il en ressort plusieurs éléments.

Tout d'abord les patients sont réactifs au comportement non verbal; et seraient même plus sensibles à différents comportements non verbaux, plutôt qu'aux expressions verbales traditionnelles (7)(8). La communication non verbale impacterait les résultats des consultations et notamment la satisfaction des patients (9)(10), de même pour l'anxiété du patient, l'adhésion au traitement, le recours au système de soin et le respect des rendez-vous (11)(12). Les études portant plus spécifiquement sur certains aspects de la communication non verbale vont également dans ce sens (par exemple, le regard (13)).

Il n'est donc pas étonnant de la retrouver parmi les compétences requises du médecin généraliste. En effet, nombre de ses caractéristiques sont citées dans le guide d'évaluation de la compétence en communication, du DES de médecine générale, lui-même basé sur les travaux du groupe Calgary et Cambridge (« êtes-vous satisfait de... votre contact visuel avec le patient, postures, positions et mouvements, indices vocaux, débit volume tonalité, gestion de l'ordinateur, ou du dossier)(3). Ainsi l'importance de l'utilisation adéquate de la communication non verbale ne fait plus de doute.

Toutefois, il existe de nombreuses idées reçues autour de la communication reléguant au second plan les bénéfices de la formation, celle-ci serait innée, nous serions naturellement communicants. Lorsque la communication non verbale est abordée, ces notions sont aussi mentionnées (thèse de 2018 sur les stratégies de communication des médecins généralistes, « La grande majorité des médecins interrogés

avoue ne pas penser à leur communication non verbale au cours de leurs consultations, c'est instinctif » (14)) ; l'acquisition de cette compétence découlerait de l'expérience.

Pourtant de nombreuses études assez récentes s'accordent à dire que des formations portant sur certains aspects de la communication non verbale sont bénéfiques. Elles permettraient une conscientisation de la communication non verbale et une meilleure utilisation de celle-ci (formations auprès d'étudiants en médecine) (15)(16). D'autre part après de brèves interventions sur des comportements non verbaux prédéfinis, on constate une amélioration de la satisfaction des patients (17)(18)(19).

Enfin, un article repère en terme de formation en communication en milieu médical (20), mentionne que « le challenge actuel dans l'apprentissage de la communication est d'approfondir les connaissances de base afin de les utiliser de manière flexible dans une variété de situations spécifiques ». Cette notion fondamentale est reprise dans l'ouvrage de référence de la « communication professionnelle en santé » (1), « une communication en santé réussie repose sur la maîtrise d'un répertoire de comportements de communication, la capacité d'adaptation aux différents interlocuteurs, contextes et la capacité d'atteindre ses buts d'une manière compatible avec les buts du patient ou de l'interlocuteur ».

Afin de se rapprocher au mieux de ces attentes, et pour permettre un apprentissage de l'adaptabilité il serait donc intéressant d'appréhender au mieux les conditions d'utilisation de la communication non verbale sur le terrain des médecins généralistes lors de la consultation.

En conséquence, le but de cette étude était donc d'explorer les éléments qui motivent les médecins généralistes à utiliser la communication non verbale en consultation.

Dans cette étude nous avons choisi d'utiliser la communication non verbale selon les caractéristiques suivantes (en l'absence de définition faisant consensus) après révision de la littérature (2)(16)(21) : le contact physique (allocontact et autocontact); la proximité (distance intime, interpersonnelle, sociale et publique); l'aspect extérieur; la posture; les expressions du visage; les gestes ; le regard; et les aspects non linguistiques du discours (débit, volume, tonalité de la voix, la gestion des silences et des interjections).

MATERIEL ET METHODE

Il est intéressant de noter que la réalisation de l'étude s'est déroulée durant la crise du COVID 19, lors des confinements (partiels ou stricts), avec la mise en pratique obligatoire des gestes barrières et de la distanciation.

- Design de l'étude

L'étude a été réalisée avec des médecins généralistes dans la région PACA, sud de la France. L'accord pour la participation aux entretiens a été demandé à des médecins généralistes du milieu urbain, semi rural ou rural, installés, en cours d'installation ou en remplacement. Cette étude est une étude qualitative par théorisation ancrée, et analyse parallèle (collecte et analyse des données). Elle a été réalisée selon une démarche itérative (avec problématisation instruite par la consultation de la littérature, la collecte de matériaux empiriques, l'analyse du matériau et la rédaction des résultats). La consignation et la retranscription des données ont été effectuées à partir des témoignages audio enregistrés en respectant les principes d'enracinement, d'exhaustivité/complétude, communicabilité et conservation (22).

- Recrutement et échantillonnage

Douze médecins généralistes ont accepté l'entretien sur dix-huit, après appels au hasard et effet boule de neige. Les médecins généralistes faisaient partie des départements 06 et 13. Les médecins ayant répondu favorablement ont premièrement reçu des informations orales et un numéro de téléphone à contacter, pour valider le consentement préliminaire. Des entretiens semi structurés ont été réalisés avec une demande d'accord orale réitérée au début des entretiens. Les interviews se sont déroulées soit au cabinet du médecin généraliste (8 entrevues) soit en vidéo conférence (4 entrevues), et aucune par téléphone. Le choix de l'environnement de réalisation était décidé selon la convenance des médecins généralistes (NB : entretiens réalisés dans le cadre de l'épidémie du COVID 19, lors des entretiens présentiels les médecins portaient des masques contrairement aux entretiens en vidéo conférence). Le choix des caractéristiques épidémiologiques s'est basé sur un travail précédent (thèse de 2018 sur les stratégies de communication des médecins généralistes (14)) et revue de la littérature.

- Récupération et analyse des données

Les données ont été récoltées durant l'été, l'automne et l'hiver 2020/2021. Les entretiens ont été audio-enregistrés après accord des participants.

Le guide d'entretien a été réalisé après 2 entretiens exploratoires non inclus dans l'étude pour soulever les sujets pertinents, en prenant en compte les données de la littérature. Le guide d'entretien incluait une question abordant le déroulement de la dernière consultation durant laquelle le médecin généraliste a utilisé la communication non verbale. Il incluait aussi des questions sur les situations et types de consultations, les caractéristiques des patients, les aspects de la communication qui motivaient les médecins généralistes à utiliser la communication non verbale. Le guide abordait aussi l'utilisation de la communication non verbale lors de la téléconsultation (NB : entretiens réalisés dans le cadre de l'épidémie du COVID 19, durant laquelle il a été noté une nette recrudescence de l'utilisation de la téléconsultation). Le guide se terminait avec une question très ouverte qui invitait les participants à mentionner un point abordé ou non durant l'entretien à propos du sujet. Les questions épidémiologiques étaient posées à la fin de l'entretien.

L'enchaînement des questions et des réponses permettait une discussion autour des sujets du guide d'entretien, mais il était aussi permis, de développer un dialogue dans un champs plus large. La tournure des questions a été modifiée après le 4ème entretien (rajout des accroches de questions en fonction de, face à, en réponse, en réaction à …). Une très brève phrase expliquant une des définitions de la communication non verbale a été introduite, après le 4ème entretien suite à des questionnements redondants en début d'entretien (exemple MG2 « qu'est-ce que tu appelles la communication non verbale ? » ; MG4 « qu'est-ce que vous entendez par la communication non verbale c'est vraiment une question difficile »). L'apparition de nouveaux thèmes a demandé d'adapter les questions posées durant les entretiens afin d'explorer au maximum le sujet.

Les enregistrements audios ont été retranscrits manuellement en verbatims soumis ensuite à l'analyse. Les verbatims ont ensuite été codés selon la méthode d'analyse thématique continue (démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et simultanément, de construction de l'arbre thématique), à l'aide du logiciel NVIVO. Il a été décidé de s'orienter vers un niveau moyen d'inférence en ce qui concerne la création pertinente des thèmes. De plus le choix de ces derniers a été réalisé selon leur constance et leur importance. Un double codage a été réalisé en début, milieu et fin d'analyse par une personne extérieure à l'étude de manière indépendante pour comparaison. Les catégories ont été ajustées après discussion.

Le recrutement a continué jusqu'à saturation des données retrouvée après le 12ème entretien. Les enregistrements ont été effacés après transcription et les données anonymisées.

RESULTATS

Au total 12 médecins généralistes ont été interviewés, 3 médecins sur 12 avaient participé à des formations portant sur la communication (en dehors des formations durant les années d'internat). Les entretiens ont duré entre 27 et 59 min pour une moyenne de 36 min.

Tableau 1 Caractéristiques démographiques des médecins interviewés

	Durée d'entretien	Sexe	Tranche d'âge	Années d'exercice / particularité	Statut	Classe sociale patientèle	Type d'activité	Formation en communication
MG1	49min	F	40-50	8 -10 ans installée, 4 ans de remplacements exercice en Ehpad	Installée	Moyenne	Semi-rural	Non (Formation gestion équipe)
MG2	55min	H	50-60	28 ans	Installé	Moyenne	Urbain	Non
MG3	59min	F	50-60	24 ans	Installée	Moyenne	Urbain	Non
MG4	39min	H	60-70	20 ans Patientèle pédiatrique	Installé	Moyenne	Rural / montagne	Non (Formation à l'animation)
MG5	43min	F	50-60	20 ans	Installée	Moyenne	Urbain	Non
MG6	27min	H	50-60	27 ans	Installé	Moyenne	Semi-rural	Non
MG7	34min	H	40-50	3 ans installé, 10 ans de remplacements	Installé	Moyenne	Urbain	Non
MG8	35min	F	50-60	32 ans	Installée	Moyenne/haute	Urbain	Oui (TCC, hypnose, processcom, Psychologie)
MG9	38min	F	20-30	En cours d'installation	Remplaçant	Moyenne	Urbain	Non
MG10	32 min	H	20-30	Remplaçant	Remplaçant	Moyenne	Rural	Non
MG11	30 min	F	30-40	12 ans à la PMI, médecin coordinatrice soins palliatifs	Salariée	Basse	Urbain	Oui (hypnose et éducation thérapeutique)
MG12	33min	F	30-40	2 ans coordinatrice soins palliatifs, installée depuis 20 mois	Installée	Moyenne	Urbain	Oui (entretien motivationnel et TCC)

Tout d'abord , la communication non verbale a été abordée par les interlocuteurs à travers : les gestes, la posture/l'attitude, la proxémie (distance), mimiques du visage, les sens (contact physique, regard et voix) et l'environnement (tenue vestimentaire, cabinet, utilisation de schémas et de l'informatique) . Les thèmes identifiés après analyse étaient les suivants : éléments liés au médecin, éléments liés au patient, à la consultation, à la stratégie médicale et à l'utilisation de la CNV comme outil de communication.

- Le médecin

L'affect du médecin semble entrer en jeu de manière importante, en effet la gestion de la CNV serait calquée sur la gestion des émotions « on peut utiliser la communication non verbale quand on est bien,

mais là, on est tous un peu surmenés » MG8, « Bon ça c'est quand je suis en forme » MG10. Cette notion est aussi développée dans les freins à l'utilisation de la CNV (ci-dessous). La personnalité du médecin semble jouer un rôle selon les médecins généralistes sur leurs prédispositions à utiliser la CNV en consultation « je suis comme ça, assez expressive, je parle beaucoup avec les yeux, avec les mains » MG 5. Enfin, la CNV a été rapportée comme vecteur de certaines qualités perçues comme nécessaires aux médecins généralistes ; que ce soit des qualités médicales « rigueur » MG3, « être performant » MG5, mais aussi les qualités humaines « gentillesse, disponibilité » MG3.

De manière plus ponctuelle : les médecins généralistes utilisaient la CNV lorsqu'ils étaient poussés dans leurs retranchements que ce soit par rapport à leur identité, de « jeune homme » MG10 dans des consultations gynécologiques par exemple, ou leur légitimité, si un patient remet en doute leur crédibilité « quand je suis mise en défaut pour montrer une position plus affirmée » MG9.

- Le patient

De manière générale, la plupart des médecins généralistes ont évoqué le fait d'adapter leur communication non verbale sachant que celle-ci était interprétée par les patients « le patient il sait, il sent que je suis préoccupée, que je suis à l'écoute » MG1, « je sais qu'on est très observé » MG3. Les caractéristiques du patient amenant les médecins généralistes à utiliser la CNV étaient les suivants. L'affect du patient, plutôt connoté négativement « déprimés » MG1, « angoissés » MG3, « stressés » MG8. L'âge du patient : les âges extrêmes comme en pédiatrie et en gériatrie, étaient mentionnés très souvent comme vecteur d'une adaptation de leur CNV (plus ponctuellement l'adolescence a été aussi citée). De même pour les personnes isolées ou pour les barrières culturelles. La personnalité du patient semblait être aussi un élément clé. Les grandes caractéristiques qui nécessitaient une adaptation particulière de la CNV des médecins généralistes étaient l'exigence des patients et leur propension à demander des soins ou de l'attention. Plus rarement des personnalités en particulier étaient mentionnées « manipulateurs, hypocondriaques » MG5. Enfin le type de lien préétabli avec le patient jouait un rôle « on adapte déjà sa façon de communiquer avec les patients que l'on connaît » MG11.

- Le type de consultation

Le recours à la communication non verbale a été sollicité lors des consultations considérées comme plus « complexes », notion plusieurs fois reprise et explicitée à la fois par les motifs de la consultation « patients avec des pathologies sévères », « demandes multiples » MG1 MG2 MG6, mais aussi par la tournure conflictuelle que peut prendre celle-ci, « c'est presque un affrontement » MG9.
Les sujets de consultations revêtant un caractère psychologique, psychiatrique, connotés négativement ont été soulevés à de multiples reprises, « fin de vie, dépression (...) violence conjugales, agressions physiques » MG10; de même pour le thème de la dépendance et les situations à caractère

intime. Enfin, en ce qui concerne la téléconsultation, l'idée principale était que les médecins généralistes pensent ne pas avoir toutes les informations non verbales disponibles en temps normal que ce soit d'un point de vue médical ou relationnel, « On ne peut pas les examiner » MG1, « Pour établir un premier lien je trouve ça compliqué » MG11. La même idée se retrouvait dans le domaine communicationnel « le patient prend moins de temps pour réfléchir, les silences sont moins respectés » MG12 « on a tendance à vouloir meubler » MG1. Cependant la plupart rappelaient qu'une partie de la communication non verbale reste perceptible « on visualise l'intérieur de chez eux, s'ils sourient, ont la mine triste » MG1. Certains remarquaient même que la téléconsultation pouvait avoir une plus-value en termes de communication non verbale « actuellement ça a l'avantage que l'on nous voit entier, sans le masque » MG11.

- La stratégie médicale

Tout d'abord on remarque que la communication non verbale est utilisée tout au long de la démarche diagnostique ; dans l'interrogatoire, dans l'observation du patient (le décodage de la CNV du patient par le médecin est développé dans le paragraphe suivant), et durant l'examen clinique « c'est pour arriver à créer les conditions d'examen » MG12. Les médecins généralistes mentionnent y avoir recours dans le cadre du raisonnement diagnostique afin d'organiser leurs idées « ça permet de faire un tri » MG2, et pour la gestion du temps de la consultation « parfois on veut essayer de faire comprendre au patient (...) que la consultation est finie » MG6.

Ensuite, la communication non verbale est utilisée à but didactique, pour une meilleure compréhension de ce qui a été dit « j'utilise des petits livrets des pictogrammes » MG1, ou ce qui va être fait, préparer le patient à certains gestes. Enfin la CNV les aiderait à travers plusieurs indices non verbaux, à accéder aux non-dits ou à l'implicite dans le discours des patients, qui mériterait leur attention de soignant « il y a quelque chose que vous ne me dites pas, ça se voit c'est évident » MG3.

- La stratégie communicationnelle

Échanger de l'information :

L'idée principale ressortant des entretiens, est que les médecins généralistes abordent leur recours au décodage et à l'assimilation de la communication non verbale du patient comme un point essentiel, « savoir décoder les bonnes choses » MG 2, « sa démarche, comment il se comporte, comment il s'enlève sa veste, pose son manteau, son attitude » MG1, « c'est à nous à décoder » MG 3. Si l'on se base sur l'ouvrage « communication professionnelle en santé », cette compétence fait partie des « habiletés essentielles » en communication; parmi elles, l'écoute, l'empathie, la formation d'un partenariat et la synchronisation ont d'ailleurs été mentionnées dans les entretiens.

La CNV est citée lors de la réalisation de plusieurs tâches séquentielles : pour initier l'échanger ou pour

le finaliser, pour expliquer, signifier, et pour s'assurer du feed-back dans la conversation « avec le non verbal, on comprend qu'ils ont compris » MG7. Par ailleurs, les médecins généralistes rapprochent souvent la CNV de la communication verbale selon plusieurs modalités. Que ce soit pour dire qu'elles agissent en synergie ou complément l'une de l'autre « les mots suivent le non verbal » MG8 « il faut dire les mots mais il faut accompagner » MG5 ; ou parfois lorsque la CNV intervient en remplacement de la communication verbale, voire même en tant que dernier recours, « lorsque je ne trouve pas les mots » MG8.

Établissement d'une relation :

Les médecins généralistes citent de manière très récurrente l'emploi de la CNV dans le but de générer une émotion positive chez le patient, pour mettre à l'aise le patient en réduisant les tensions, « la réassurance » MG7 « dédramatiser une situation » MG5. Elle leur permettrait d'une part grâce à des attitudes facilitatrices de déceler des résistances « je l'utilise quand les gens ont un sujet qu'ils ont du mal à aborder » MG12 et d'autre part de s'affirmer si nécessaire.

- Considérations générales sur la CNV

Les médecins généralistes ont spontanément émis des considérations en ce qui concerne leur utilisation de la communication non verbale en consultation (aucune question spécifique n'abordait ce sujet dans le guide d'entretien). Le fait que la CNV fasse partie intégrante à la fois des consultations et de la vie quotidienne est un aspect central dans les entretiens, « on l'utilise dans toutes les consultations » MG2, « dans une conversation avec n'importe qui » MG6. La singularité du patient comme élan de l'adaptation de la CNV a aussi beaucoup été mise en avant. La CNV est retrouvée durant toutes les entrevues, mais chaque patient étant perçu comme différent une seule attitude non verbale ne peut pas être adoptée pour tous. Un autre aspect fondamental a été de mettre en lumière une dualité majeure. D'une part la perception d'une maîtrise innée de la CNV allant de pair avec certaines prédispositions, et d'autre part la possibilité d'amélioration de cette compétence « ça, ou vous l'avez à la base ou vous ne l'avez pas » MG3, « ça peut se travailler » MG2. En effet, bien que l'utilisation de la CNV soit vécue comme instinctive ou spontanée, les notions de processus d'apprentissage par le rétrocontrôle, l'expérience ou la connaissance théorique ont été abordées à de multiples reprises « j'adapte mais je pense qu'il faudrait que je me filme » MG11 « à force de voir si ça marche ou si ça marche pas » MG10.

Il est intéressant de noter une opposition entre le sentiment de vouloir rester soi-même et l'utilisation de la CNV perçue comme un obstacle à l'authenticité « c'est compliqué d'être une marionnette de faire semblant, d'être un acteur » MG3.

Enfin les principaux freins à la mise en œuvre de la CNV identifiés étaient le manque de temps et l'état émotionnel de base du médecin généraliste à l'instant de la consultation.

DISCUSSION

La communication non verbale joue un rôle dans la consultation de médecine générale, elle a un effet sur le patient et sa satisfaction dans le soin. Certaines formations à ce sujet permettraient d'améliorer la relation-médecin malade. En revanche, il manquait des données sur l'utilisation de la communication non verbale en consultation par les médecins généralistes. Cette étude a permis d'explorer ce domaine. La communication non verbale est utilisée de manière quasi omniprésente dans les consultations, en réaction à certains éléments : liés à des aspects du médecin lui-même, aux caractéristiques du patient, aux types de consultation, à la stratégie médicale et communicationnelle. Son utilisation par les médecins généralistes dépend à la fois de l'affect du médecin et du patient, mais aussi de l'âge du patient et de ses grands traits de personnalité. Les médecins généralistes font appel à la communication non verbale dans les consultations à caractères complexes et connotations négatives, avec une accessibilité souvent perçue comme moindre dans le cadre de la téléconsultation. Les médecins abordent la CNV comme un outil communicationnel pour l'échange d'information et l'établissement de la relation avec le patient. Enfin, ils évoquent d'un côté un désir de rester naturel, et une gestion spontanée de la CNV, et de l'autre l'utilité d'une amélioration de leur recours à celle-ci.

Confrontation des résultats aux données de la littérature :

Cette étude répond au manque d'informations sur la communication non verbale sur le terrain des médecins généralistes. En ce sens elle revêt un caractère assez exploratoire, et n'avait donc pas l'intention de confirmer ou d'infirmer les résultats de publications précédentes. Cependant, en confrontant les résultats, il en ressort une adéquation entre les études citées et ce que mentionnent les médecins interviewés : le fait que les patients soient réceptifs à la communication non verbale et l'interprètent, leur vécu de la communication non verbale plutôt automatique et/ou instinctive et leur connaissance des effets d'une telle utilisation. A noter que l'utilisation de la CNV pour cerner des non-dits est évoquée dans des publications précédentes (14). Ainsi cette étude aurait plus pour vocation de poser certaines bases en rapport avec la CNV et la médecine générale, afin de mener des recherches futures pour consolider ces premiers résultats ou explorer certaines pistes soulevées.

Discussion des données divergentes :

Certains passages des entretiens prenaient le chemin de la communication verbale, ainsi une sélection de ces données non significatives a dû être opérée.

Les médecins généralistes ont spontanément émis des considérations sur la communication non verbale au cours des entretiens, c'est-à-dire qu'aucune question du guide d'entretien ne portait

spécifiquement sur cet aspect. Au vu de la fréquence d'apparition et de la pertinence des données, elles ont été intégrées aux résultats.

Le recours à la communication non verbale était parfois perçu comme inné, et remettait en cause le sujet de l'étude pour certains des médecins généralistes. Cependant, comme énoncé dans l'introduction, la formation aboutirait à une meilleure satisfaction des patients dans le soin. De plus comme mentionné dans les résultats ci-dessus, les médecins généralistes ont évoqué le questionnement, voire l'approfondissement de ces « automatismes », pour une meilleure approche et efficacité de la communication. D'autres ont trouvé le sujet non spécifique à la médecine générale (« mais que ce soit en consultation, ou même quand vous rencontrez une personne dans la rue, je pense que c'est le même principe »). Mais le fait même que son utilisation se fasse quotidiennement rend encore plus pertinent la motivation à vouloir comprendre son application plus distinctement en consultation de médecine générale, lieu de « relation de soin » par définition.

D'ailleurs, le paradoxe réside dans le fait que les médecins généralistes rapportaient ne pas avoir conscience de leur CNV, tout en parlant de ses effets et de l'intention volontaire de les produire. Peut-être serait-il question d'un simple processus de prise de conscience ? A ce sujet, les considérations les plus avancées en termes de prise de conscience d'utilisation de la CNV, étaient celles des médecins ayant déjà réalisé des formations en matière de communication.

Enfin, dans certains entretiens, l'utilisation de la communication non verbale était vécue comme quelque chose de construit, de factice et une obligation n'ayant pas lieu d'être. L'intérêt de l'étude n'était pas de remettre en question des profils psychologiques ou personnalités de médecins (ou de patients) mais bel et bien de rendre compte des motivateurs à l'adaptation en communication des médecins généralistes dans leur environnement de travail : la consultation avec le(s) patient(s).

Limites de l'étude :

La plupart des « biais » de l'étude sont inhérents à la recherche qualitative et à son mode de recueil des données de terrain par l'entretien. Cependant la méthodologie rigoureuse appliquée durant cette étude visait à les rendre le moins significatif possible. Afin de réduire au maximum toute influence de l'enquêteur sur les médecins interviewés, les préjugés de départ de celui-ci ont été mis en lumière au début de l'étude. Une attitude la plus neutre possible a été adoptée durant tous les entretiens et des questions ouvertes étaient employées la majorité du temps afin d'éviter d'orienter les réponses. La retranscription en verbatims a soigneusement suivi les entretiens audio-enregistrés, mot pour mot. Parfois la qualité de l'entretien a pu faire défaut, ceci est dû à une altération de l'intelligibilité des paroles des médecins interviewés à cause du port du masque, ou de la distance interpersonnelle à respecter. Les erreurs dues à une analyse défectueuse ou insuffisante ont été minimisées par la réalisation d'un double codage tout au long de l'étude, et le niveau d'inférence (degré d'interprétation

entre le sens princeps du verbatim codé et son étiquette) choisi était moyen. Il est vrai que dans l'optique d'une méthodologie de codage optimale, la triangulation des données aurait pu faire intervenir une troisième personne. De plus, selon « l'analyse qualitative de P.Paillé et Mucchielli », l'analyse des données se veut être ascendante pour le respect de l'exhaustivité; cette procédure n'a pas été réalisée et a pu aboutir à un manque d'informations. Enfin, l'échantillonnage a été réalisé à la fois par hasard et de proche en proche, ainsi certains des MG interviewés étaient connus d'un point de vue professionnel du chercheur. Le fait de réaliser des entretiens avec des confrères a pu engendrer une crainte du jugement et une orientation du discours.

Points forts des résultats :

Cette étude est l'une des premières à investiguer l'utilisation de la communication non verbale du point de vue des médecins généralistes.

L'utilisation d'une méthode qualitative a permis d'éviter toute quantification et analyse de contenu pour rendre compte au mieux du matériau, pour comprendre les médecins généralistes et la façon dont ils appréhendent la CNV et le restituer le plus fidèlement. L'ancrage a bien été obtenu car les entretiens sont de vrais récits de vie et d'expériences.

L'hétérogénéité des profils des médecins inclus rend compte de la réalité du terrain ; hommes et femmes exerçant depuis peu ou très longtemps, en milieu rural ou urbain et pour la majorité sans formation spécifique en communication. Il peut être noté que certains médecins avaient déjà participé des formations relatives à la communication. Tous les médecins recrutés étaient inconnus personnellement du chercheur, et donc n'étaient pas familiarisés avec le sujet auparavant. Ils n'avaient pas non plus connaissance des a priori ou perspectives du chercheur. Le choix de ne pas inclure seulement des médecins formés à la communication a été mu par la raison suivante : peu de littérature était disponible sur cette question précisément, il était donc compliqué de préjuger des dimensions structurantes du sujet.

La récupération et l'analyse des verbatims ont été réalisées en parallèle, afin de rester ouvert aux éventuelles nouvelles données et d'aboutir à des résultats les plus riches possibles.

Conclusion et perspectives du travail :

Selon les résultats de cette étude, le recours à la communication non verbale par les médecins généralistes est très fréquent bien que perçu comme automatique. Plusieurs éléments les motivent à utiliser celle-ci en fonction du médecin lui-même, du patient, de la consultation et des stratégies médicales ou de communication. Dans la continuité de cette étude, il pourrait être intéressant d'entreprendre un travail similaire avec une population experte en communication pour ensuite

comparer les données recueillies et en tirer de nouvelles conclusions. De même, certaines études questionnent en ouverture à propos de l'influence des caractéristiques démographiques des médecins généralistes sur leur degré d'utilisation de la CNV ; cette piste ne reste jusqu'alors que très peu explorée. Il serait utile de réaliser une étude complémentaire, pour approfondir les mécanismes de l'utilisation de la communication non verbale et faire émerger des prises de conscience. Ainsi une étude a posteriori pourrait enquêter sur la prise de conscience comme outil d'accession à un meilleur ajustement des techniques de communication non verbale. Il est intéressant de rapprocher les résultats de cette étude de « la roulette combinatoire » de la communication professionnelle en santé. En effet, les éléments motivant les médecins généralistes à utiliser la CNV sont présents dans tous les cercles de la roulette représentant les constituants de la communication (l'organisation de la roulette permettant d'aligner les éléments d'un cercle avec ceux des autres et d'obtenir ainsi une myriade de combinaisons entre les composantes). Les recommandations mentionnent d'ailleurs que l'apprentissage de l'adaptation dans la formation à la communication est primordial. Or les thèmes retrouvés dans cette étude touchent à de très nombreux champs de la consultation en médecine générale et ce, de manière ubiquitaire. La CNV est décrite comme une aide dans les consultations complexes, qui, bien que des tendances se soient dégagées de cette étude, s'apparentent à des motifs différents et propres à chaque médecin généraliste. La formation serait donc pertinente si elle revêtait un caractère personnalisé, en s'aidant par exemple des combinaisons de la roulette susmentionnée. Enfin, à la lumière des résultats de cette étude, il est clair qu'un lien se dessine entre CNV et gestion psychologique de la consultation médicale. Une meilleure gestion de l'adaptabilité en termes de CNV pourrait-elle aider dans les situations d'épuisement des médecins généralistes ?

Au final, il conviendrait donc de poursuivre les recherches pour former à la communication non verbale les médecins d'aujourd'hui et de demain.

REFERENCES

1. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé 2. Deuxième édition. Préfaces, introduction et chapitre un. 2016.
2. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients, Second Edition. 2nd edition. Oxford: CRC Press; 1998. 152 p.
3. Hofliger PP. Université Nice Sophia Antipolis– Faculté de Médecine. 2015;106.
4. Richards T. Chasms in communication. Br Med J. 22 déc 1990;301(6766):1407-8.
5. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. mai 2004;5(2):110-26.
6. Landolo C. Guide pratique de la communication : Techniques, art et erreurs de la communication.
7. Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Gashi S, Bikker A, et al. Verbal and non-verbal behaviour and patient perception of communication in primary care: an observational study. Br J Gen Pract. 1 juin 2015;65(635):e357-65.
8. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. Br J Gen Pract. 1 févr 2010;60(571):83-7.
9. Griffith CH, Wilson JF, Langer S, Haist SA. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. J Gen Intern Med. mars 2003;18(3):170-4.
10. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. Med Care. avr 1980;18(4):376-87.
11. Stepanikova I, Zhang Q, Wieland D, Eleazer GP, Stewart T. Non-Verbal Communication Between Primary Care Physicians and Older Patients: How Does Race Matter? J Gen Intern Med. mai 2012;27(5):576-81.
12. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Educ Couns. août 2007;67(3):315-8.
13. Bensing JM, Kerssens JJ, Pasch M van der. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. 1995;
14. Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. 2018;73.
15. Park KH, Park SG. The effect of communication training using standardized patients on nonverbal behaviors in medical students. Korean J Med Educ. juin 2018;30(2):153-9.
16. Albardiaz R. Teaching non-verbal communication skills: an update on touch. Educ Prim Care

Off Publ Assoc Course Organ Natl Assoc GP Tutors World Organ Fam Dr. mai 2014;25(3):164-5.

17. Little P, White P, Kelly J, Everitt H, Mercer S. Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. Br J Gen Pract. juin 2015;65(635):e351-6.

18. Vogel D, Meyer M, Harendza S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. BMC Med Educ. 3 juill 2018;18(1):157.

19. Ishikawa H, Hashimoto H, Kinoshita M, Fujimori S, Shimizu T, Yano E. Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. Med Educ. déc 2006;40(12):1180-7.

20. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C, et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. Med Educ. nov 2008;42(11):1100-7.

21. Cocksedge S, George B, Renwick S, Chew-Graham CA. Touch in primary care consultations: qualitative investigation of doctors' and patients' perceptions. Br J Gen Pract. 1 avr 2013;63(609):e283-90.

22. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2012.

Financement

Cette étude n’a pas reçu d’aide financière extérieure.

Accord éthique

Cette étude ne relève pas du CPP, celle-ci a été réalisée en respectant les principes éthiques, toutes les informations ont été détruites ou stockées sur un espace crypté.

Conflits d’intérêt

L’auteur ne déclare aucun conflit d’intérêt.

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.

Résumé

Introduction : De bonnes compétences en communication sont fondamentales dans la relation médecin-malade. Le défaut de communication est à la base des incompréhensions entre médecin et patient, plus qu'un manque de compétence médicale. La communication est composée de communication verbale et non verbale. La communication non verbale est connue pour jouer un rôle dans la satisfaction des patients par rapport au soin en médecine générale. Par ailleurs des formations sur la communication non verbale amélioreraient son utilisation et la satisfaction des patients. Pourtant il n'existe que peu de matière à propos de la communication non verbale en médecine générale dans la littérature.

Objectif : Explorer les éléments qui motivent les médecins généralistes à utiliser la communication non verbale en consultation.

Matériel et méthode : Réalisation d'une étude qualitative par théorisation ancrée avec entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien auprès de médecins généralistes de la région PACA.

Résultats : La communication non verbale était utilisée de manière quasi omniprésente dans les consultations, en réaction à certains éléments : liés à des aspects du médecin lui-même, aux caractéristiques du patient, aux types de consultation, à la stratégie médicale et communicationnelle. Son utilisation par les médecins généralistes dépendait à la fois de l'affect du médecin et du patient, mais aussi de l'âge du patient et de ses grands traits de personnalité. Les médecins généralistes faisaient appel à la communication non verbale dans les consultations à caractère complexes et connotations négatives, avec une accessibilité souvent perçue comme moindre dans le cadre de la téléconsultation. Les médecins abordaient la CNV comme un outil communicationnel pour l'échange d'information et l'établissement de la relation avec le patient. Enfin, ils évoquaient d'un côté une gestion spontanée de la CNV, et de l'autre l'utilité d'une amélioration de cette compétence.

Discussion : Bien que le recours à la communication non verbale soit très fréquent en consultation de médecine générale, elle reste vécue comme automatique par les médecins généralistes. Des formations à ce sujet seraient bénéfiques pour une meilleure qualité du soin passant par une meilleure qualité de relation médecin malade. Il reste donc des pistes à explorer pour comprendre comment intégrer ces données à de futures recherches afin de sensibiliser de manière adaptée les médecins généralistes à la communication non verbale.

Mots-clés :

- Communication non verbale
- Médecine générale

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

Préambule à l'entretien :
Tout d'abord, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je me présente, Charlynes DESSOUT, interne en médecine générale et je réalise un travail sur la communication, et plus précisément sur l'utilisation de la communication non verbale par médecin généraliste en consultation. La communication non verbale correspond à tout ce qui n'est pas le mot ou le sens de la phrase, par exemple l'attitude, la posture.
Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse bien sûr. Je m'intéresse à votre expérience. Soyez libre d'exprimer ce que vous souhaitez. Sachez que les règles de confidentialités et d'anonymat seront respectées.

Question brise-glace :
Pourriez-vous me raconter la dernière consultation ou vous avez utilisé la communication non verbale ?

En réaction à quels éléments de la consultation utilisez-vous la communication non verbale ?
Axes secondaires :
- quels éléments en fonction du but de la consultation, du type de consultation, de son déroulement ?

Face à quelles caractéristiques du patient utilisez-vous la communication non verbale ?
Axes secondaires :
-Sexe, âge, personnalité, niveau psycho social, pathologie...

En réponse à quelles situations utilisez-vous de la communication non verbale ?
Axes secondaires :
-Incertitude, agressivité ...

Quels aspects de la stratégie en communication vous motivent à utiliser la communication non verbale ?

Axes secondaires :

- Convaincre, expliquer, élucider, motiver

Comment utilisez-vous la communication non verbale lors de téléconsultations ?

Question d'ouverture :

S'il existe d'autre choses au sein de la communication non verbale que vous souhaiteriez aborder que nous n'aurions pas mentionné pendant l'entretien, je vous écoute …

Questions épidémiologiques :

Je finirai juste par vous demander un ordre d'idée de votre âge, localisation du cabinet avec le type d'activité, votre statut titulaire ou remplaçant, vos années de pratique, la tendance sociale de la patientèle, et si vous avez fait des formations en communication.