



HAL
open science

L'influence du discours du médecin sur l'apparition des motifs de consultation secondairement révélés : analyse conversationnelle à partir d'enregistrements audio de consultations en médecine générale

Émeline Beaud, Virginie Cottron

► To cite this version:

Émeline Beaud, Virginie Cottron. L'influence du discours du médecin sur l'apparition des motifs de consultation secondairement révélés : analyse conversationnelle à partir d'enregistrements audio de consultations en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03596659

HAL Id: dumas-03596659

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03596659v1>

Submitted on 3 Mar 2022

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.

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2022

N° 21A / 21B

THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 24 Février 2022 à Bordeaux

Par

Emeline BEAUD, née le 01/02/1996 à Thonon-les-Bains

Virginie COTTRON, née le 12/01/1990 à Nantes

**L'INFLUENCE DU DISCOURS DU MÉDECIN SUR L'APPARITION DES
MOTIFS DE CONSULTATION SECONDAIREMENT RÉVÉLÉS**

*Analyse conversationnelle à partir d'enregistrements audio de consultations
en médecine générale.*

Sous la direction du Docteur Yves-Marie VINCENT

Membres du jury :

Professeur Jean-Philippe Joseph :

Docteur Emmanuel Prothon :

Professeur William Durieux :

Docteur Yves Montariol :

Docteur Yves-Marie Vincent :

Président du jury

Rapporteur de thèse

Membre du jury

Membre du jury

Directeur de thèse

REMERCIEMENTS:

Nous exprimons toute notre reconnaissance et adressons nos remerciements les plus sincères aux membres du jury de cette thèse.

Au président du jury:

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph, votre engagement dans la recherche et l'enseignement apporte une grande importance à votre jugement.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider au jury de cette thèse.

Aux membres du jury:

Monsieur le Dr Emmanuel Prothon, nous vous remercions pour votre expertise et le temps que vous avez consacré au rapport de ce travail. Vos remarques auront contribué à son amélioration. Soyez assuré de notre profond respect et de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Yves Montariol, merci pour votre participation et pour l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être membre de ce jury.

Monsieur le Professeur William Durieux, nous vous remercions pour votre participation à ce jury de thèse ainsi que pour vos enseignements et votre implication auprès des étudiants en médecine générale.

À notre Directeur de thèse:

Yves-Marie VINCENT, merci pour ton accompagnement à chaque étape avec bienveillance et sagesse, merci pour ta confiance et tes conseils, pour ta patience et pour ta sympathie. Merci pour ton investissement dans l'enseignement et la recherche.

Remerciements d'Emeline:

Je remercie chaleureusement Virginie, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci d'avoir bien voulu partager ce travail de thèse avec moi, ta gentillesse et ton investissement.

Je remercie mes maîtres de stage, qui tout au long de mon internat ont peu à peu façonné mon goût de la clinique, de la sémiologie, de la médecine générale et m'ont inculquée la rigueur et la soif d'apprendre.

Merci à mes parents et ma sœur qui n'ont jamais cessé de croire en moi, depuis mon plus jeune âge.

Je remercie mes amis fidèles qui m'ont soutenue tout au long des longues études de médecine.

Remerciements de Virginie:

Merci à toi Emeline, pour ta bienveillance et ton investissement lors de ces longues heures de retranscription et de codage. J'ai beaucoup aimé partager ce projet avec toi.

À toutes les équipes soignantes de Nantes puis du Sud-Ouest qui ont participé à ma formation médicale, principalement mes maîtres de stage de Aillas puis de Labrit pour leur patience et leur apprentissage. Merci à toute l'équipe du cabinet médical de Portets où j'effectue mes remplacements.

À mes parents, qui m'ont transmis leur passion pour la médecine. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir accompagnée pendant toutes ces années d'étude. C'est grâce à votre soutien inconditionnel et à votre amour que j'en suis arrivée là.

À Clèm, merci d'être toujours là pour moi. Je ne pouvais pas rêver mieux comme sœur. A Nico, qui m'a donné l'envie de suivre ses pas vers la médecine. Merci pour ton soutien de grand frère et tes bons conseils. A Ben, merci d'être ce grand frère protecteur et toujours là pour m'aider. A Marie, merci d'être une belle-sœur idéale. À Antoine et Adèle mes neveux adorés. À mes grands-parents Mamie Nicole, Papi, Papé et Mamé, qui ont contribué à mon éducation et qui m'ont entourée d'amour. À Poldine, ma grand-mère de cœur.

À la coloc d'Ausone: Alice, Altéa, Elo. Merci pour votre amitié si précieuse et d'avoir formé ma "famille bordelaise". Si différentes en personnalité et pourtant si proches. Merci pour ces fous rires, ces soirées déguisées, votre soutien permanent dans les bons et les mauvais moments. Merci à Matthieu, Florent, Pauline, Florian et Asma pour tous ces beaux moments de partage.

À mes co-internes d'Arcachon: Marion, Manon et Violette, pour notre complicité et nos rires. Merci pour votre joie de vivre, vos bons conseils et votre précieuse amitié. À Marion et Amandine pour nos soirées cocktail à refaire le monde.

Aux amies de Saint-Jean-de-Luz : Ainhoa, Agathe et Altea, mes plus belles rencontres en arrivant au Pays Basque. Merci pour votre bienveillance et votre joie de vivre.

Aux co-internes de Marmande : Alex (et meilleur coloc de Labrit), Charles et Pauline, David et Emma, Deborah et Valentin. Merci pour ces moments de découvertes culinaires et de rires à l'internat puis à Bordeaux.

À ma bande de Nantaises avec qui j'ai découvert le monde de la médecine : Chachou, Léna, Astring, Marie, Estelle, Dédé, Camille et Gugu. Tant de souvenirs entre les stages d'externat, la BU, les galas, les voyages. Merci pour votre humour et votre amitié.

À mes amies de maternelle : Elé, Juju, Cam et Val. Merci pour votre fidèle amitié depuis maintenant 29 années ! Vous êtes si importantes dans ma vie. Et du collège: Marine et Céline. Vous comptez toutes énormément pour moi.

À Malo : Merci pour ton humour et ton réconfort permanent. Je suis si heureuse d'être la tata Bobby de Hugo.

À tous les copains de Pornic, mon fief, toujours partants pour une Cottronnade.

À Dali, mon Terre-neuve (immortel !), partenaire officiel « bien-être » dans la rédaction de ce travail.

Merci surtout à toi Pierre. Notre histoire a débuté au même moment que ce travail. Merci pour ton écoute, ta bienveillance, ton optimisme, ton amour et ton soutien sans faille. Merci de partager ma vie et de me rendre si heureuse.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations :	6
Introduction générale :	7
Article de thèse:	14
Résumé.....	14
Introduction :	15
Matériel et méthode :	16
Résultats :	17
Discussion :	23
Conclusion :	24
Bibliographie :	25
Bibliographie de l'article	25
Bibliographie de l'introduction générale	28
Discussion complémentaire	30
Annexes :	35
Annexe 1 : Grille de Calgary-Cambridge	35
Annexe 2 : Marguerite des compétences du CNGE	42
Annexe 3 : Analyse quantitative	43
Annexe 4: Exemples de verbatim.....	45
Serment d'Hippocrate :	49
Résumés :	50

LISTE DES ABREVIATIONS:

A: Accompagnant

CC: Calgary-Cambridge

CIM-10: Classification Internationale des Maladies 10ème édition

CNGE: Collège National des Généralistes Enseignants

M: Médecin

M1: Médecin 1

M2: Médecin 2

M3: Médecin 3

Min: Minute

Sec: Seconde

P: Patient

INTRODUCTION GENERALE:

La consultation de médecine générale est une rencontre entre un patient et un médecin. Le patient est demandeur d'un service, le soin, qu'il recherche en exprimant un motif de consultation. Le médecin, lui, dispense ce service de soin. La relation entre un médecin et son patient se crée lors d'une première consultation et se renforce lors du suivi du patient. Évidemment, cette relation est asymétrique, mais le patient et le médecin s'engagent à dépasser cette asymétrie pour fournir un service de soin de qualité. Le praticien doit comprendre la problématique médicale du patient tandis que ce dernier doit comprendre la réponse médicale (1). Dans son livre *Le médecin, son malade et la maladie* (2), Michael Balint pose la question de l'inefficacité thérapeutique relative de certaines prises en charge du patient par le médecin généraliste. De nombreuses études se sont intéressées à cet aspect de la relation et montrent que les principales insatisfactions des patients sont liées à des problèmes de communication avec le médecin (3).

Au cours des dernières décennies, la relation médecin-patient semble évoluer d'un modèle paternaliste vers un modèle plus centré sur la décision partagée. Le patient devient l'acteur principal de sa santé. En 2012, "l'approche centrée sur le patient, la relation et la communication" est au centre de la marguerite des compétences du médecin généraliste du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) (Annexe 2) (4) La communication a une place centrale et primordiale dans la relation médecin-patient afin d'instituer une véritable alliance thérapeutique et favoriser un succès des stratégies de prise en charge médicale. Il est du rôle du médecin généraliste de s'assurer que ses pratiques répondent aux attentes du patient (5).

Les consultations de médecine générale se déroulent la plupart du temps selon un modèle : début de l'entrevue avec la salutation, exposé de la problématique du patient, anamnèse médicale, examen physique, hypothèse diagnostic, proposition thérapeutique, discussion pour aboutir à une décision partagée, suivi décidé et clôture de la séance (1). Au sein de ces consultations, il existe des menus propos, « small talks », permettant de faire le lien entre les différentes étapes de la séance. Ils permettent la fluidité des échanges, le renforcement de la relation entre le patient et son médecin généraliste. Ils permettent également au patient d'exprimer toutes les problématiques l'ayant fait consulter, en sortant du rôle asymétrique médecin-malade pour placer les participants dans une relation égalitaire entre deux individus, ni médecin, ni malade (1).

Une thèse de médecine générale de 2013 mentionne que la durée moyenne des consultations est de 15 minutes influencée par différents facteurs comme le sexe et l'âge des patients. Cette étude a montré un décalage entre la pratique des médecins et les attentes des patients. En effet, les variables de la consultation sont dépendantes de divers facteurs liés au patient ou au médecin en fonction de leur vécu, de leur personnalité. Il apparaît alors que les pratiques des médecins généralistes ne sont pas toujours en accord avec les attentes de leurs patients, peut-être en rapport avec une mauvaise perception de ces dernières. Il est donc du rôle du médecin généraliste de s'assurer que ses pratiques répondent aux attentes du patient (5). On remarque chez les médecins installés depuis un certain temps une accélération de l'exercice et une modification des pratiques : moins d'écoute, moins d'empathie, moins de disponibilité. Les médecins généralistes doivent alors trouver un équilibre entre assurer une disponibilité pour tous les patients et offrir des soins de qualité. Cet équilibre suppose une durée de consultation optimale pour que le praticien puisse échanger avec son patient, lui laisser le temps de s'exprimer et s'assurer qu'il ait répondu à toutes ses attentes. Ceci est primordial pour l'adhésion du patient à ses propres soins. Les patients sont avant tout en quête d'écoute et de considération. Ils recherchent une relation de confiance basée sur le partenariat. Il semblerait finalement que la satisfaction du patient soit le produit de l'empathie du médecin à travers son écoute et sa disponibilité (6).

Le motif de consultation est ce que le patient apporte lors de la consultation comme demande, plainte, symptôme. C'est la clef d'entrée en relation entre le médecin et le patient. Les premières minutes de l'entrevue sont généralement consacrées à l'identification du motif de recours du patient. Toutefois, ce motif n'est pas le diagnostic. Le malade consulte parce qu'il a de la fièvre, mal à la tête, qu'il a la diarrhée : ces plaintes sont le motif de consultation, qui est différent de ce à quoi le médecin conclura en fin de consultation (1) (7). Cette plainte ou demande formulée par le patient est une offre que celui-ci fait au médecin. Balint considère que certains patients viennent offrir à leur médecin des symptômes et des maladies, qui sont le reflet de difficultés rencontrées dans leur vie. Le motif de consultation étant ce qui ouvre et oriente la consultation, il est important pour le médecin de saisir quelle est la vraie demande du patient, afin de ne pas répondre à côté de l'« offre » du malade (2). En tant que médecin généraliste, nous devons alors interroger les plaintes du patient, les suppositions de celui-ci sur l'origine de ses symptômes, en gardant en tête que le motif de consultation n'est pas qu'un symptôme organique mais peut avoir, pour le patient, une signification particulière.

Selon les études, le nombre de motifs de consultation par entrevue est ainsi de 1,6 à 2,6. Cette pluralité des motifs est une spécificité de la médecine générale (8). Une étude de 1998 avait pour objectif de connaître le nombre de motifs abordés pendant une consultation. Le résultat a été de 1,7 motif par consultation, quel que soit l'âge, mais avec une prédominance pour les plus de 60 ans. Dans 51,7% des cas les questions étaient en rapport avec des problèmes nouveaux (9). Aussi, dans son travail, Donval a retrouvé que le nombre moyen de motifs abordés par le patient pendant une consultation était de 1,6 ; mais à ces motifs se rajoutent d'autres problèmes connus ou découverts au cours de la séance sans qu'ils fassent l'objet d'une demande explicite, ce qui ramène le nombre de problèmes gérés pendant la consultation à 2,66 (10). Beckman et Frankel (11), montraient que seulement 23 % des patients avaient été invités à exposer la totalité de leurs symptômes, et que les généralistes interrompaient leurs patients en moyenne après dix-huit secondes d'expression initiale des symptômes pour les orienter vers des réponses précises. D'autres travaux (12,13) estiment à 65 % les consultations où les patients n'ont pas pu s'exprimer vraiment.

Ainsi, lors des consultations, le médecin généraliste est confronté à de nombreux patients qui ne viennent pas uniquement pour la plainte initiale mentionnée au début de l'entrevue. Il arrive souvent que la demande initiale ne soit même pas la vraie préoccupation et le vrai problème du patient. Ceci est appelée la « demande écran », qui est propre aux soins de premier recours. Il convient alors au médecin de rechercher la demande réelle du patient puisque la demande exprimée d'emblée par le patient n'est pas forcément sa principale ou sa réelle préoccupation (14).

Heritage et Robinson se sont intéressés principalement aux types de questions d'ouverture des médecins et ont montré qu'elles influençaient le nombre de motifs annoncés par le patient en début de consultation et donc modifiait fortement le déroulement de la séance. En analysant la présentation des motifs par les patients, ils ont pu montrer que les éléments constitutifs du discours changeaient suivant que le problème était déjà connu ou non, et considéré comme banal ou pas. L'un des éléments les plus importants du discours était la justification : en début de consultation, les patients ajoutaient presque systématiquement des éléments tendant à prouver le caractère légitime de la présence chez le médecin (15).

En 2018, une thèse de médecine générale a étudié l'importance des préliminaires de la consultation, c'est-à-dire du début de l'entrevue avant l'anamnèse, pour l'expression des demandes du patient ; ces préliminaires étant déterminant pour le déroulé de la consultation et le climat de confiance ou non qui régnera lors de la séance (1).

Une étude américaine a analysé les fins de consultation de médecine générale : le vrai motif est parfois énoncé au moment où la consultation se termine. C'est ce qu'on appelle le « syndrome du pas de la porte » (« au fait Docteur, j'aurais aimé vous parler de... »). Cette étude rapporte qu'un nouveau problème a été évoqué dans 21% des cas. Ce nombre variait en fonction de la façon qu'avait le médecin de conduire l'entretien et de laisser la place à l'expression des inquiétudes et croyances du patient. White a étudié spécifiquement la manière de terminer une consultation. Cette étude a également identifié que pour une consultation de 15 minutes en moyenne, seule une minute et demie était consacrée à la conclusion et qu'elle était initiée par le médecin dans 86% des cas (16).

En France, plusieurs études ont également travaillé sur les demandes de fin de consultation. On retrouve une fréquence de ces demandes de 8,5%, plus élevée chez les femmes. Dans 11% des cas, le médecin a jugé que cette demande était plus importante que le motif initial de consultation, et 17% des médecins pensaient que le patient avait fait sa demande en fin de consultation car n'ayant pas osé aborder le sujet plus tôt. Il paraît donc nécessaire que le médecin s'assure que le patient se sente en confiance afin que ce dernier puisse exprimer toutes ses demandes et plaintes sans crainte, et ainsi ne pas attendre la fin de la consultation pour s'exprimer. Il revient au médecin de trouver la meilleure organisation possible, qui dépend essentiellement de sa gestion du temps et de la hiérarchisation des préoccupations des patients. Ces derniers devraient être aidés à mieux formuler leurs besoins, à accepter le temps qui peut leur être raisonnablement imparti, et éventuellement à avoir recours à une seconde consultation (17) (18).

Plusieurs travaux mentionnent également « l'agenda caché » du patient qui représente ses demandes non formulées en début de consultation, principalement liées au fait que le discours du médecin ne permet pas au patient de s'exprimer totalement sur ses motifs de consultation. De nombreux travaux affirment que le déroulement et le résultat de l'entretien sont influencés positivement par le fait de prendre très tôt connaissance des problèmes, explicites et cachés, et de les hiérarchiser. Barsky, en 1981, fut l'un des premiers à utiliser le terme d' « agenda caché » pour décrire des problèmes nouveaux introduits par le patient en fin d'entretien (19). Pour Beckman, sur 74 consultations, le médecin ne laissait que dans 17 entretiens la possibilité au patient d'exprimer des plaintes ou questions non encore abordées (11). Marvel a publié une étude où, sur le quart de 264 consultations, le médecin n'explorait pas les plaintes actuelles du patient et dans 47% des cas cette question n'était posée qu'à une reprise au tout début de l'entretien (13). Dans une étude qualitative, on avait demandé aux patients, avant la consultation, l'agenda qu'ils souhaitaient soumettre à leur

médecin (consultations programmées ou en urgence chez des médecins de premier recours). Sur 35 patients, aucun ne se limitait à un seul agenda (la plupart en ayant 5 ou plus) (20).

Le médecin a donc à l'esprit un « plan » relativement précis du déroulement d'une consultation. C'est ce qu'on appelle son « agenda ». De son côté, le patient a lui aussi un « agenda caché ». Il a en tête un ensemble de sujets qu'il souhaiterait aborder durant la consultation. Certains seront abordés au début, d'autres au milieu et d'autres à la fin de la consultation. Pour le médecin, il est souvent difficile de faire face à ces problèmes qui arrivent à un moment impromptu. Une consultation réussie pourrait être une consultation où médecins et malades explicitent ensemble « l'agenda » de la consultation, et priorisent les thèmes qui y seront abordés. En fait, les médecins omettent souvent de demander à leur patient s'il a d'autres plaintes ou d'autres sujets qu'il souhaiterait aborder. Explorer les plaintes d'un patient s'avère parfois difficile. Alors que les médecins tendent à intervenir sur le seul problème immédiat, les patients n'ont pas un, mais plusieurs « agendas cachés » par consultation. Dans la relation de soins, afin d'éviter erreurs et malentendus, il y a un bénéfice évident à rendre explicite ce qui demeure dans l'implicite. La recherche de l'« agenda caché » vise à améliorer la prise en charge des problèmes biomédicaux et de la demande sociale qui les accompagne d'ordinaire. La figure de style « au fait, docteur... » ne doit pas être comprise seulement quant à son contenu mais aussi en rapport à sa dimension relationnelle, en particulier comme réaction au moment de la séparation (21).

Une des principales causes nuisant à la bonne prise en charge médicale est la multiplicité des demandes au cours d'une même consultation. En effet, de nombreux travaux ont établi une corrélation négative entre les demandes multiples et la qualité de la démarche clinique du médecin. Ainsi, certaines études concluent qu'au-delà de 2 motifs au cours de la consultation, la qualité d'écoute du médecin diminue, le risque d'erreur médicale est estimé à la hausse, et la satisfaction du praticien et du patient se trouve réduite (22, 23, 24, 25). Ce constat amène une nouvelle problématique tout aussi importante, et intimement liée : la durée d'une consultation. On constate en effet un allongement de la durée des consultations, dépendant directement du nombre de motifs émis par le patient au cours de la consultation (5).

L'entretien médical a fait l'objet de nombreuses études et sa structure a été codifiée surtout pour donner aux étudiants et aux médecins une grille indicative visant à garantir son bon déroulement. Divers auteurs, et surtout l'approche de Calgary-Cambridge, ont donné un descriptif détaillé de la structure de la consultation médicale.

Le guide Calgary-Cambridge est reconnu comme le référentiel international en termes de techniques de communication entre soignant et soigné (26). Il est la base des enseignements dans de nombreux pays (Suisse, Royaume-Uni, Canada, Etats-Unis d'Amérique...). Les habiletés communicationnelles qui y figurent ont toutes été identifiées comme étant associées à des meilleurs résultats de soins (27). Il s'agit d'une approche qui ne se limite pas à un modèle théorique unique de la relation médecin-patient mais qui intègre l'ensemble des habiletés communicationnelles qui ont été démontrées efficaces.

Dans la version originale de la grille de Calgary Cambridge, plus de 70 items évaluent l'ensemble des aspects de la relation entre médecin et patient, répartis en plusieurs parties :

- La première correspond au début de l'entrevue : le médecin établit le premier contact, identifie le ou les motifs de consultation.
- Ensuite, le praticien va recueillir l'information en explorant les problèmes du patient. Ce dernier a-t-il une habileté additionnelle pour comprendre le patient et sa perspective ? Cette partie semble cruciale pour le bon déroulé de la consultation, et l'expression de plaintes supplémentaires.
- La troisième partie concerne la structuration de l'entrevue, l'organisation de l'entrevue devant être explicite pour le patient.
- Puis, il convient de construire la relation (empathie, support, délicatesse) et d'associer le patient à la démarche clinique. Cette partie comporte l'examen physique.
- La cinquième partie de la grille de Calgary-Cambridge porte sur l'explication et la planification afin d'arriver à une prise de décision partagée et à s'assurer que le médecin a répondu aux préoccupations du patient.
- Enfin, la fin de l'entrevue permet de planifier les prochaines étapes et de s'assurer, après avoir résumé la séance, que le patient est d'accord et confortable avec le plan.

La grille de Calgary-Cambridge créée par Kurtz and all. est ainsi une grille très pertinente pour élaborer une consultation selon les techniques conversationnelles les plus appropriées. Cette grille crée le cadre d'une consultation et a pour but de mettre en lumière les compétences relationnelles nécessaires à son bon déroulement. Ce référentiel place les compétences communicationnelles au cœur de la prise en charge centrée sur le patient (28).

Nous avons donc vu que plusieurs études ont établi un lien entre le discours du médecin généraliste permettant un lien de confiance avec son patient, permettant à ce dernier d'exprimer toutes les plaintes l'ayant amené à consulter. Des travaux ont travaillé sur le début et la fin de la consultation. Toutefois, peu d'études ont analysé à quel moment de la

consultation le patient énonce une autre demande dont il souhaite une prise en charge de la part du médecin ni le lien entre le nombre d'items de la grille de Calgary-Cambridge remplis par le médecin et le nombre de motifs énoncés au sein de la consultation.

Nous nous sommes alors interrogées sur les techniques de communication à favoriser en médecine générale pour permettre au patient de s'exprimer sur d'autres problèmes : quelle est la meilleure manière de faire ? Comment pourrait-on faire mieux ?

Nous avons défini « le motif principal de consultation » comme la plainte motivant le patient à consulter, qui est exprimée généralement dès le début de l'entrevue. Nous appelons « motif secondairement révélé » la problématique dont nous fait part le patient au cours de la consultation, dès lors que le début de l'entrevue est terminé. Nous définissons le début de l'entrevue comme étant le moment initial de la consultation regroupant la salutation et l'exposé du motif principal de consultation.

Nous souhaitons observer comment le médecin crée les conditions favorables à l'exposition des motifs de consultation secondairement révélés, et à quel moment de la consultation ces derniers apparaissent. Notre question de recherche est donc : quels sont les éléments du discours qui favorisent l'apparition des motifs secondairement révélés au cours de la consultation de médecine générale et à quel moment ces derniers sont-ils exprimés ?

Notre objectif principal est de déterminer les différentes techniques de communication utilisées dans les entretiens qui favoriseraient l'expression de motifs secondaires par le patient au cours de la consultation, et à établir à quel moment de la séance ces motifs sont révélés. Notre objectif secondaire est d'établir une relation entre l'apparition des motifs secondaires révélés et les profils des patients.

ARTICLE DE THÈSE

L'influence du discours du médecin sur l'apparition des motifs de consultation secondairement révélés.

The influence of the doctor's speech on the appearance of secondarily revealed reasons for consultation.

Emeline Beaud : Thésarde. Auteure. Aucun lien d'intérêt.

Virginie Cottron: Thésarde. Auteure. Aucun lien d'intérêt.

Dr Yves-Marie Vincent: Docteur en médecine générale, CCU. Directeur de thèse. Aucun lien d'intérêt.

RÉSUMÉ

Introduction: La consultation de médecine générale est une rencontre entre un médecin et un patient demandeur de soin, qu'il recherche en exprimant un motif de consultation. La demande exprimée d'emblée n'est pas forcément sa principale préoccupation.

Objectif: Déterminer quelles sont les différentes techniques de communication utilisées dans les entretiens qui favoriseraient l'expression des motifs secondairement révélés par le patient et établir leur moment d'apparition dans la consultation.

Méthodes: Une étude qualitative descriptive a été réalisée à partir d'une base de données d'enregistrements audio de 72 consultations réalisées chez trois médecins généralistes exerçants dans trois cabinets libéraux de Gironde. Les verbatims obtenus par retranscription manuelle ont été analysés par la méthode de double codage avec triangulation des données. Nous avons établi un score de communication selon le guide de Calgary-Cambridge.

Résultats: Les motifs secondairement révélés sont principalement énoncés au cours de l'interrogatoire. Nous retrouvons majoritairement des techniques de communication comme la facilitation, les questions ouvertes et fermées, la reformulation, la clarification, le résumé, l'empathie, l'implication active, la légitimation, l'humour et les menus-propos.

Conclusion: Pour créer un climat de confiance au sein d'une consultation de médecine générale, l'apprentissage de la communication, en tant qu 'habileté complexe, doit être intégrée dans la formation du médecin. Celui-ci pourra s'aider de la grille de Calgary-Cambridge pour mener au mieux son entrevue et ainsi obtenir une relation optimale avec ses patients.

Mots clés: motif de consultation principal, motif de consultation secondairement révélé, technique de communication, grille de Calgary-Cambridge

ABSTRACT

Introduction: Medical consultation is a meeting between a doctor and a patient seeking care, which he seeks by expressing a reason for consultation. The patient's initial request is not necessarily his main concern.

Aim: Determine the different communication techniques used in the consultation that would promote the expression of secondarily revealed reasons and establish when in the session these reasons are revealed.

Methods: A descriptive qualitative study was carried out using a database of audio recordings of 72 consultations carried out by three general practitioners in three private practices in Gironde. The verbatims obtained by manual transcription were analysed using the double coding method with data triangulation. We have established a communication score according to the Calgary-Cambridge guide.

Results: Secondarily revealed reasons are mainly stated during the questioning. There are mostly communication techniques such as facilitation, open and closed questions, reformulation, clarification, summary, empathy, active involvement, legitimation, humor and small talk.

Conclusion: To create a climate of trust within a consultation, the learning of communication, as a complex skill, must therefore be integrated into the training of becoming a doctor. He will be able to use the Calgary-Cambridge grid to conduct his interview and obtain an optimal relationship with his patients.

Keywords: principal reason for consultation, secondary revealed reason, communication techniques, Calgary-Cambridge grid.

INTRODUCTION

La consultation de médecine générale est une rencontre entre un médecin et un patient demandeur de soin, qu'il recherche en exprimant un motif de consultation. Les consultations de médecine générale se déroulent la plupart du temps selon un modèle préétabli (1). Il semblerait que la satisfaction du patient soit le produit de l'empathie du médecin au travers de son écoute et de sa disponibilité (2). De nombreuses études se sont intéressées à la relation médecin-patient et montrent que les principales insatisfactions des patients sont liées à des problèmes de communication avec le médecin (3,4).

Au cours des dernières décennies, la relation médecin-patient semble évoluer d'un modèle paternaliste vers un modèle plus centré sur la décision partagée. Le patient devient l'acteur principal de sa santé. En 2012, "l'approche centrée sur le patient, la relation et la communication" est au centre de la marguerite des compétences du médecin généraliste du

Collège National des généralistes Enseignants (CNGE) (Annexe 2) (5) La communication a donc une place centrale et primordiale dans la relation médecin-patient afin d'instituer une véritable alliance thérapeutique et favoriser un succès des stratégies de prise en charge médicale. Il est du rôle du médecin généraliste de s'assurer que ses pratiques répondent aux attentes du patient (6).

Selon les études, le nombre de motifs de consultation par entrevue est de 1,6 à 2,6 (7,8,9). Le médecin est confronté à de nombreux patients qui ne viennent pas uniquement pour la plainte initiale mentionnée au début de l'entrevue. Beckman et Frankel (10), montraient que seulement 23 % des patients avaient été invités à exposer la totalité de leurs symptômes, et que les généralistes interrompaient leurs patients en moyenne après dix-huit secondes d'expression initiale des symptômes pour les orienter vers des réponses précises. D'autres travaux (11,12) estiment à 65 % les consultations où les patients n'ont pas pu s'exprimer vraiment. Il convient donc au médecin de rechercher la demande réelle du patient puisque la demande exprimée d'emblée n'est pas forcément sa principale préoccupation (13). Peu de travaux ont étudié ces nouvelles problématiques. Nous définissons comme « motif secondairement révélé » la problématique dont nous fait part le patient au cours de la consultation, dès lors que le début de l'entrevue est terminé.

Le guide Calgary-Cambridge (CC) est reconnu comme le référentiel international en termes de techniques de communication entre soignant et soigné (14). Les habiletés communicationnelles y sont divisées en trois catégories: habiletés de contenu (savoir médical), de processus (structuration de la consultation et construction de la relation) et émotionnelles (attitudes et gestion des émotions). Cette grille crée le cadre d'une consultation et a pour but de mettre en lumière les compétences relationnelles nécessaires à son bon déroulement, celles-ci étant associées à de meilleurs résultats de soins (15,16). L'objectif principal de cette étude est de déterminer les différentes techniques de communication utilisées par le médecin qui favoriseraient l'expression des motifs secondairement révélés par le patient au cours de la consultation, et à établir à quel moment de la séance ces motifs sont révélés. L'objectif secondaire est d'établir une relation entre l'apparition des motifs secondairement révélés et le profil des patients.

MÉTHODE

Une étude qualitative descriptive a été réalisée à partir d'une base de données d'enregistrements audio issue d'un précédent travail de recherche. Nous avons retranscrit les enregistrements de 72 consultations réalisées chez trois médecins généralistes (deux hommes et une femme) exerçant dans trois cabinets libéraux de Gironde (un citadin, deux ruraux). Un observateur était présent dans 40 consultations. Le consentement oral était recueilli au début d'entretien. Les verbatims obtenus ont été analysés par la méthode de

double codage avec codage séparé puis mise en commun. L'ensemble des données a été compilé dans un fichier Excel.

Le codage des motifs de consultation a été réalisé selon la CIM-10, en distinguant motif de consultation principal et motif secondairement révélé. La nature du motif principal a été répertoriée selon 5 catégories : plainte, inconnue diagnostique, autodiagnostic, demande d'examen/certificat/imagerie, suivi. Nous avons relevé le nombre de motifs secondairement révélés ainsi que la temporalité de leur apparition selon les phases de la consultation. Nous avons identifié la question du départ du médecin selon 5 classes : question ouverte, question fermée, pas de question mais marqueur d'écoute, question générale « comment allez-vous ? » ou l'absence de question car le patient parle spontanément. Les données du patient suivantes ont été recueillies: le parcours de soin (patient inconnu du médecin, connu avec motif intercurrent, connu avec consultation de suivi), son âge (plus ou moins de 60 ans), son sexe, le tutoiement/vouvoiement, la présence d'un accompagnant et le nombre, la barrière de la langue (si étranger). Certaines caractéristiques de l'entretien ont été recherchées comme la durée de la consultation, la présence de discussions non médicales « small talks » ou la tonalité humoristique.

L'analyse des techniques conversationnelles a été réalisée selon la grille de CC de l'entrevue médicale. Pour chaque verbatim, seulement 55 items ont été analysés sur les 70 du fait du caractère audio (et non vidéo) des enregistrements. Chaque item a bénéficié d'un codage OUI/NON puis un score de CC (score total de OUI) a été obtenu pour chaque entretien. Grâce à l'analyse conversationnelle nous avons relevé à quel moment de l'entretien apparaissent les motifs secondairement révélés par rapport aux techniques de communication utilisées dans la grille de CC afin de repérer quelles sont les techniques les plus favorables à l'expression d'un nouveau motif par le patient. Nous avons fait le choix de centrer notre analyse sur les consultations les plus riches en nombre et variété des techniques ainsi qu'en qualité de la relation médecin/patient. Dans ce but, nous avons considéré de manière arbitraire un score de CC supérieur ou égal à 45 pour réaliser cette analyse. Nous avons obtenu l'accord du comité d'éthique du CNGE pour l'utilisation des données de sociologie anonymisées d'une autre étude.

RÉSULTATS

Analyse quantitative des 72 consultations (Annexe 3):

La majorité des patients sont suivis par le médecin et le consultent pour un motif intercurrent (38) avec une prédominance de femmes (50). Le médecin commence son entretien par une question ouverte dans 42 consultations (58%). La durée moyenne de consultation est de 16

min et 35 sec et varie entre les trois médecins. La durée moyenne des consultations sans motif secondairement révélé est plus courte (14 min et 44 sec) que celle des consultations avec au moins un motif secondairement révélé (18 min et 26 sec). 91 motifs secondairement révélés sont retrouvés dans 45 consultations. Le nombre moyen de motifs de consultation secondairement révélés est 1,28. Ce qui fixe un nombre total de motifs de consultation évoqués à 2,68. Le nombre de motifs secondairement révélé varie selon le médecin. Le nombre de motifs secondairement révélés est 1,75 lors des consultations de type suivi, 0,93 dans les consultations de type symptôme. Nous retrouvons un nombre élevé de motifs secondairement révélés chez les femmes (1,44 versus 0,86 chez les hommes). Sur l'ensemble des consultations, 29 présentent une tonalité humoristique marquée et 43 des discussions non médicales (menus propos). Le patient exprime plus de motif secondairement révélé lorsque des menus propos prédominent dans l'échange (1,27 contre 1,17). 5 motifs secondairement révélés étaient exprimés au début de l'entrevue (5,5%), 37 au moment du recueil de l'information (41%), 20 lors de l'examen physique (22%), 15 lors de l'explication et de la planification (16,5%) et 14 au moment de la clôture (15%). Le score de CC des consultations avec motif secondairement révélé est plus élevé que celui des consultations sans motif secondairement révélé (43,3 versus 31,45).

Analyse conversationnelle des techniques de communication (Annexe 4):

23 consultations présentent un score de CC supérieur ou égal à 45 et au moins un motif de consultation secondairement révélé. On retrouve majoritairement des techniques de communication comme la facilitation, les questions ouvertes et fermées, la reformulation, la clarification, le résumé, l'empathie, l'implication active, la légitimation. L'humour et les menus propos semblent également propices à la survenue de motifs secondairement révélés.

La facilitation: Il s'agit d'encourager le patient à poursuivre la narration de son histoire ou de ses problèmes de manière non-verbale et verbale en utilisant:

- **L'encouragement** : des hochements de tête, des mimiques, ou des expressions verbales en générales très brèves telles que : « *oui...* », « *je vois* », « *hmm* »
- **Le silence** : Il encourage le patient à poursuivre ses pensées ou à élaborer davantage autour des émotions exprimées.
- **La répétition ou l'écho** : la répétition des derniers mots prononcés encourage le patient à continuer.

P : Et puis c'est parti.

M : Et puis c'est parti. ” (TN2/N4)

- **L'écoute attentive** : compétence de communication complexe intégrant à la fois une attitude non verbale d'écoute, l'utilisation du silence, de manœuvres de facilitation et d'encouragement sus-mentionnés.

“P: Hum, du coup j'ai arrêté l'alprazolam.

M: Oui?

P: Parce que je ne pense pas à le prendre, puis euh..

M: hum?

P: J'pense euh.. Fin j'le prends quand j'y pense et puis j'me sens pas non plus euh...

M: (silence) Bah c'est que vous n'en avez peut-être plus besoin.

P: Comme y'a quelques temps quoi.

M: hum ?

P: Par contre on a remis le, le, le cachet pour dormir parce que sinon on l'avait arrêté là.

M: Oui...

P: Et j'dors pas du tout donc elle m'a remis au moins ça donc j'dors bien. Je reprends mon sommeil normal.

M: Vous reprenez votre sommeil normal.” (O3/P2)

Les questions ouvertes et fermées: Les questions ouvertes sont des questions ouvrant un champ de requête d'informations sans limiter ni conditionner préalablement le contenu de la réponse. Elles peuvent permettre au patient de donner sa vision et ses représentations du problème. Les questions fermées sont des questions pour lesquelles est attendue une réponse d'un ou de deux mots permettant de faire préciser un point plus précis de l'anamnèse ou un détail omis par le patient. Dans le guide de CC, il est préconisé de débiter par des questions ouvertes puis de poursuivre par des questions plus fermées.

“M : Je vous écoute?

P : Ben je viens parce que j'ai une infection urinaire.

M : ouais...

P : Donc depuis dimanche ça me chatouille et puis là j'ai mal au ventre et puis je commence à avoir mal aux reins.

M : ah oui !

P : Donc j'étais allée à la pharmacie, elle m'a donné des gélules d'huiles essentielles mais ça ne fait rien du tout.

M : hum hum. Et du coup quand vous dites que ça chatouille ça veut dire que quand vous allez... ouais?

P : ben quand je vais uriner ça ne brûle pas encore mais je sens que, ouais dans mon ventre c'est très actif quoi (rire) !

M : d'accord.

P : le ventre et puis la vessie.

M : ouais. Ok. Et donc vous devez y aller plus souvent vous disiez ?

P : oui et puis je bois beaucoup effectivement pour éliminer mais...

M : mais ça continue quand même. (...)

M : donc vous avez des douleurs de quel côté du coup au niveau des.. un peu partout ?

P : ben il me semble que c'est un petit peu partout quoi dans le bas du dos." (TN3/P6)

La reformulation: La reformulation est la restitution par le médecin au patient de ses dires, soit avec les mêmes mots, soit avec les propres mots du médecin. Elle permet de renforcer la relation soignant-soigné en s'appuyant sur la compréhension, l'acceptation, le non-jugement et le partage. Pour cela il peut : répéter l'ensemble des dires du patient, ou en ne répéter qu'un seul mot (**répétition**), exprimer les idées entendues avec ses propres mots (**paraphrase**), restituer verbalement l'émotion exprimée par le patient (**empathie**) en utilisant un degré de reformulation plus développé.

"P : J'ai l'impression que ça bouge aussi. J'ai l'impression de ne pas être droite. J'ai l'impression d'être tout le temps comme ça.

M : Oui comme si le sol était, comme si le sol n'était pas stable..

P : Oui, instable." (T3/P10)

La clarification: La clarification est un questionnement permettant au médecin de préciser la signification d'un fait énoncé par le patient et de s'assurer que sa compréhension des faits est la bonne. Cela permet également au patient de corriger le médecin.

"M : Quand vous dites à l'époque, ça remonterait à combien de temps à peu près ?

P : Ça doit faire deux ans je pense." (O3/P6)

Le résumé: Le résumé est une étape volontaire lors de laquelle le médecin restitue verbalement les éléments qu'il retient de l'histoire du patient. Elle permet au patient d'être assuré de son écoute et de sa compréhension ou au cas contraire de rectifier les éventuelles incompréhensions. Elle peut aussi être utilisée pour clore un sujet avant de passer à une autre étape de l'entretien.

“M : C’est vrai. Donc brutalement vendredi ?

P : Brutalement vendredi.

M : Alors qu’il faisait beau et que vous étiez à la pêche, vous avez ressenti une douleur du mollet.

P : Vive ! Là, elle est en train de s’atténuer.” (TM3/N3)

L’empathie: Montrer de l’empathie consiste à se préoccuper activement et de manière évidente des émotions, des valeurs et des expériences de l’autre. Cette technique permet au patient de se sentir compris et ainsi de confier ses soucis et ses sentiments.

“M : Ah donc vous allez vous en remettre la semaine prochaine et hop quand vous serez bien vous y retournez.

P : Et bien voilà.

M : Ouh c’est rude ça

*P : Ouh pu***. A qui vous le dites ! Enfin bon..*

M : C’est pour la bonne cause.

P : Voilà. Enfin c’est ce qu’on dit hein !” (TN1/N11)

La légitimation: La légitimation est le fait de valider et autoriser la personne à ressentir une émotion, de permettre au patient de se sentir compris. Cela évite le sentiment de culpabilité ou d’autres sentiments négatifs chez le patient.

“P : Le téléthon j’arrête ! C’est fini !

M : Oui hein tu as été dégoûté.

P : Ça y est j’ai démissionné de tout ! (...) je suis fatigué. j’en ai marre..

M : Voilà quoi tu as fait ton temps.

P : Ouais c’est compliqué !

M : Tu as bien donné.

P : C’est, c’est, c’est.. c’est devenu, je comprends Juppé, c’est devenu trop méchant.

M : Bon !” (TN2/N1)

L’implication active du patient: Le médecin partage ses réflexions avec le patient en expliquant clairement les raisons de ses questions ou de ses gestes.

“M : D’accord. Je vais te prendre la tension. On t’a déjà pris la tension ?

P : Oui il faut tousser non ?

M : Euh non enfin tu peux tousser un petit peu mais ça ne sera pas utile (rire)

F : (rire)

M : La tension c'est avec ça.

P : Ah oui ! Non on ne me l'a jamais prise.

M : D'accord. Ça ne fait pas mal. Oui voilà c'est sur le bras directement. Alors tu vas voir ça va gonfler un petit peu et ensuite ça va se desserrer. (bruit tensiomètre) alors 9/6. C'est une tension correcte pour son âge." (TN3/P3)

L'humour: L'humour amène de la chaleur et de l'affection entre les deux acteurs de la relation. Le patient retrouve chez le médecin une certaine accessibilité et une convivialité.

"M : Ouvre la bouche et respire bien fort. (respiration) tousse un petit peu. (toux) bon ! Et encore (toux) bon ! Bof c'est presque décevant !

P : C'est ça.

M : On n'entend rien. Mais où est le Thierry d'autrefois ! (ironie) complètement asphyxié ! Bourré de sécrétions !

P : (rire)" (TN2/N1)

Les menus propos: Il s'agit d'un échange de propos sociaux et de discussions non médicales dont le contenu se réfère à la personne et son quotidien, dans le but de rendre le patient à sa vie de « non patient ».

"M : Et votre maison au bord de l'eau ?

P : Ah on y va, on y va, on y va, on y va, on y va.. dans quinze jours. Recommencer les bonnes habitudes. Jouer à la pétanque.

M : Prendre l'apéro !

P : Surtout !

M: Mais pas trop quand même !

P : Si si c'est très important." (TN2/N1)

DISCUSSION

Une des principales forces de ce travail est son caractère mixte qualitatif et quantitatif. C'est une étude remarquable en termes d'effectif et de mode de recherche. Une force réside dans sa méthode d'analyse inhabituelle, l'analyse conversationnelle, qui nous a permis de dégager des résultats originaux et nous a amené à nous interroger sur les rapports médecins/patients. Le double codage a permis de réduire la subjectivité de nos interprétations. Notre analyse se base sur un outil de référence international validé. Grâce au vaste échantillon de 72 patients, nous avons pu obtenir des profils de patients variés. Le caractère exploratoire de notre étude pourrait aboutir à la réalisation d'autres travaux similaires incluant un plus grand effectif de médecins.

L'une des faiblesses de l'étude réside dans l'effet Hawthorne ("effet de l'observateur") puisque l'enregistrement audio et la présence d'un observateur posent le problème de la modification du comportement des participants lorsqu'ils savent qu'ils sont enregistrés et observés. La communication non verbale n'a pu être analysée du fait des enregistrements audio et non vidéo. Une autre faiblesse réside dans la taille de notre échantillon de médecin qui est trop faible pour étudier leur profil.

Notre analyse a révélé un nombre de motifs de consultation principaux de 1,40 mais lorsqu'on y ajoute les motifs secondairement révélés (1,28) nous obtenons un nombre moyen de 2,68 motifs abordés lors d'une consultation de médecine générale. De nombreuses études ont exploré le nombre de motifs de consultation par entrevue variant ainsi de 1,6 à 2,2 (17). Sur les 72 consultations étudiées, 45 retrouvent au moins un motif secondairement révélé soit 62,5% des consultations.

Notre analyse des habiletés communicationnelles selon la Grille de Calgary-Cambridge (CC) a démontré que plus le score était élevé, plus il y avait de motifs secondairement révélés. Ainsi, notre étude tend à démontrer que plus le discours du médecin respecte l'approche communicationnelle du guide de CC, plus le patient se sent en confiance et exprime de motif secondairement révélé. Le médecin généraliste a ainsi un rôle primordial : il peut aider le patient à verbaliser ses problématiques, grâce à une écoute active et empathique. Cela nécessite de développer des compétences de communication et de relation dans un esprit d'approche centrée sur le patient.

Notre étude retrouve une durée moyenne de consultation de 16,35 min, similaire à l'étude de la SFMG (22) qui retrouve une durée moyenne de 16,29 min. Nous pouvons ainsi suggérer

qu'en contrôlant son agenda avec des consultations plus longues, le médecin moins pressé serait plus apte à organiser son discours en utilisant des techniques de communication de la grille de CC.

Concernant la phase d'apparition des motifs secondairement révélés selon la grille de CC, notre étude a démontré que la majorité des patients expriment leur nouvelle problématique au moment du recueil de l'information (37 consultations soit 41%). Ainsi le médecin gagnerait peut-être en proposant d'emblée au patient d'ajouter des motifs plutôt que de rebondir sur le premier motif lorsque le patient clôt son tour de parole. Cependant, certains motifs nécessiteront toujours l'instauration d'une relation de confiance pour être exprimés.

Notre analyse a permis de retrouver, au sein des consultations avec apparition de motifs secondairement révélés, quelques techniques de communication qui semblent primordiales. Ces techniques sont également retrouvées dans des travaux antérieurs et sont le pilier de la grille de CC (32,33) : la facilitation, les questions ouvertes et fermées, la reformulation, la clarification, le résumé, l'empathie, la légitimation, l'humour et les menus-propos. Certaines techniques sont innées et d'autres acquises. Le temps imparti au sein d'une consultation peut parfois être un frein. Toutefois, il est du devoir du praticien de faire l'effort de se former à établir la meilleure relation qui soit pour son patient. Il peut alors s'aider de la grille de CC.

CONCLUSION

L'enjeu d'une communication efficace dans la relation médecin-patient est important. Cela permettrait une amélioration de la qualité de soin et un bénéfice en termes d'économie. La communication nécessitant du temps pour l'écoute et la mise en place de techniques relationnelles, une amélioration des conditions d'exercice des médecins serait favorable. Une étude qualitative analysant des consultations filmées concernant un plus vaste échantillon de médecins permettrait d'explorer les techniques de communication non verbale et d'étudier le profil des médecins. Afin de préciser notre point de vue sur les éléments qualitatifs tel l'humour et les menus propos, une étude quantitative de grand effectif serait intéressante.

BIBLIOGRAPHIE

1. Boyer J-B. Quels sont les éléments qui structurent les préliminaires de la consultation de médecine générale ? Analyse conversationnelle à partir d'enregistrements vidéo de consultations en médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Paris; 2018.
2. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Marseille; 2020.
3. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris:Payot; 2009.
4. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication : the Toronto consensus statement. *BMJ*. 30 nov 1991;303(6814):1385-7.
5. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définition et description des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108: 148-55.
6. Dauris V, Schambach S. Les consultations de médecine générale : déroulement, pratiques des médecins et attente des patients. Enquête d'observation auprès de médecins généralistes du Gard et de l'Hérault. Enquête d'observation auprès des patients. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Montpellier; 2013.
7. Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Druais PL, Gilberg S. Médecine générale. Paris : édition Masson 2003 : 388p
8. Shea SC (coordination scientifique de l'édition française : Terra JL, Séguin M). La conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension. Paris : édition Elsevier 2005 : 721p
9. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Saint Laurent (Quebec) : édition Erpi 2005 : 840p.
10. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101(5):692-6.
11. Lester GW, Smith SG. Listening and talking to patients. A remedy for malpracticesuits? *West J Med* 1993;158(3):268-72.
12. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999 Jan 20;281(3):283-7.
13. Gallois.P, Vallée.J-P. La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa principale, ou sa réelle préoccupation ? *Médecine*. 2006; 2(1):25-26.
14. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M-T. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. Les Éditions du Renouveau Pédagogique. Montréal; 2004.

15. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 2010;11(4):255–72.
16. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching : enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medicine*. 2003; 78(8):802-809.
17. Flesch-Georgel G. Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville : une spécificité de la médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Strasbourg; 1998.
18. Donval V. Polyvalence de la consultation de médecine générale. Thèse : Médecine, Paris ouest, 1998, n° 30, 69p
19. Jaine P. Pluralité des sujets abordés lors d'une consultation en médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Marseille; 2005.
20. Letrilliart L, Supper I, Darmon D, Favre M et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014; 114:148–157.
21. Saint-Georges A. Enquête de Pratique : Identification de problèmes intercurrents lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale. Thèse : Médecine, Tours, 1999, n°3012, 89p
22. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boissault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Rev Prat Med Gen* 2004 ; 18 (656/657) : 781-784.
23. De Lepeleire J, Creemers M, Van Tichelt K, Van Loon H. Patient's expectations of General Practice. A pilot study. *Arch Public Health* 2003 ; 61, 283-296
24. Moreau A. Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin-malade ? *Rev Prat Med Gen* 1999 ; 13 (477) : 1835-1838
25. Klein S, Moronville L. La communication et la relation médecin-patient : critères de satisfaction des patients au cours d'une consultation de médecine générale. Thèse : Médecine, Tours, 2004, n° 3081-3082, 150p
26. Carr-Hill R, Jenkins-Clarke S, Dixon P, Pringle M. Do minutes count ? Consultation lengths in general practice. *J Health Serv Res Policy* 1998 ; 3 (4) : 207-214
27. Doumenc M, Jean-Girard C, Souhami B, Ducarre R, Letourmy A, Charpak Y Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ? Une étude qui montre quelques discordances. *Rev Prat Med Gen* 1993 ;7 (219) : 55-64
28. Harant-Beaufort M. Influence des demandes multiples sur la survenue de nouvelles demandes en fin de consultation en médecine générale [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2016.
29. Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale à propos

de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Toulouse 3; 2012.

30. Cordonnier J. Place de l'humour en tant qu'outil de communication en médecine générale. Thèse Med: Université de Picardie Faculté de médecine d'Amiens. 2016. 2016-41

31. Bastien Sala. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. Médecine humaine et pathologie. 2018. [thèse d'exercice de médecine] Université de Nice Sophia Antipolis.

32. Silverman J, Kurtz Suzanne, Draper J. Skills for communicating with patients. Radcliffe Medical Press, 1998, reprinted 1999.

33. Steward M, Belle Brown J, Wayne Weston W [et al.] Patient centered medicine: transforming the clinical method. Radcliffe Medical Press, March 2003.

BIBLIOGRAPHIE DE L'INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. Boyer J-B. Quels sont les éléments qui structurent les préliminaires de la consultation de médecine générale ? Analyse conversationnelle à partir d'enregistrements vidéo de consultations en médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Paris; 2018.
2. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris:Payot; 2009.
3. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication : the Toronto consensus statement. *BMJ*. 30 nov 1991;303(6814):1385-7.
4. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définition et description des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108: 148-55.
5. Dauris V, Schambach S. Les consultations de médecine générale : déroulement, pratiques des médecins et attente des patients. Enquête d'observation auprès de médecins généralistes du Gard et de l'Hérault. Enquête d'observation auprès des patients. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Montpellier; 2013.
6. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Marseille; 2020.
7. Letrilliart L, Supper I, Darmon D, Favre M et al. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014; 114:148–157.
8. Jaine P. Pluralité des sujets abordés lors d'une consultation en médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Marseille; 2005.
9. Flesch-Georgel G. Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville : une spécificité de la médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Strasbourg; 1998.
10. Donval V. Polyvalence de la consultation de médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Paris; 1998.
11. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101(5):692-6.
12. Lester GW, Smith SG. Listening and talking to patients. A remedy for malpracticesuits? *West J Med* 1993;158(3):268-72.
13. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999 Jan 20;281(3):283-7.
14. Gallois.P, Vallée.J-P. La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa principale, ou sa réelle préoccupation ? *Médecine*. 2006; 2(1):25-26.

15. Heritage J, Robinson J-D. The structure of patients' presenting concerns : physicians opening Question. *Health Communication*. 2006 19(2):89–102.
16. White J-C, Rosson C, Christensen J, Hart R, Levinson W. Wrapping things up : a qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. *Patient Education and Counselling*. 1997; 30:155-65.
17. Harant-Beaufort M. Influence des demandes multiples sur la survenue de nouvelles demandes en fin de consultation en médecine générale [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Reims; 2016.
18. Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Lyon; 2006.
19. Barsky A-J. Hidden reasons some patients visit doctors. *Annals of Internal Medicine*. 1981;94(4):492-498.
20. Barry C-A, Bradley C-P, Britten N, Stevenson F-A, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations : qualitative study. *British Medical Journal*. 2000;320:1246-1250.
21. Rodondi P-Y, Guex P, Vannotti M. Que cache l'agenda caché ? *Revue Médicale Suisse*. 2005;1 :362-368.
22. Camoin A. Perceptions des médecins généralistes de la consultation à motif multiple et de son impact sur la qualité de prise en charge médicale du patient. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Marseille; 2015.
23. Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale à propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Toulouse; 2012.
24. Villeneuve L. Déterminants des demandes multiples en consultation de médecine générale: étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de la Gironde. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Bordeaux; 2018.
25. Le Quintrec F. Motifs multiples en consultation de médecine générale: Comportements et attentes des patients. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Nantes; 2016.
26. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M-T. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. Les Éditions du Renouveau Pédagogique. Montréal; 2004.
27. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 2010;11(4):255–72.
28. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching : enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medicine*. 2003; 78(8):802-809

DISCUSSION COMPLÉMENTAIRE

Notre analyse a révélé un nombre de motifs de consultation principaux de 1,40 mais lorsqu'on y ajoute les motifs secondairement révélés (1,28) nous obtenons un nombre moyen de 2,68 motifs abordés lors d'une consultation de médecine générale. De nombreuses études ont exploré le nombre de motifs de consultation par entrevue variant ainsi de 1,6 à 2,6 (17). Nos résultats sont cohérents avec ceux de Donval qui démontre que le nombre moyen de motifs abordés par le patient est de 1,6 mais à ces motifs se rajoutent d'autres problèmes connus ou découverts au cours de la séance, ce qui ramène le nombre de problèmes gérés pendant la consultation à 2,66 (18). Dans son travail de 2005 (19), Jaine retrouve une moyenne de 2,24 thèmes abordés par consultation. L'étude ECOGEN, étude nationale portant sur 20 613 consultations, retrouve une moyenne de 2,6 demandes par consultation (20).

Sur les 72 consultations étudiées, 45 retrouvent au moins un motif secondairement révélé soit 62,5% des consultations. Nos résultats sont concordants avec ceux d'une étude de 1998 (18) sur la polyvalence de la consultation en médecine générale qui montre que dans 62,2% des consultations, un problème différent du motif initial est abordé par le patient ou le médecin. Ces résultats sont également soutenus par un travail de 1999 (21) qui révèle que dans 60,5% des consultations motivées par un renouvellement d'ordonnance, un nouveau problème est mis en évidence.

Notre étude retrouve une durée moyenne de consultation de 16,35 min, similaire à l'étude de la SFMG (22) qui retrouve une durée moyenne de 16,29 min. La durée moyenne des consultations sans motif secondairement révélé était plus courte que celle des consultations avec au moins un motif secondairement révélé (14,44 min versus 18,26 min). Cette durée variait peu entre les deux médecins M1 (22,13 min) et M2 (21,28 min) contrairement à celle du troisième médecin M3 (12,30 min). Nous mettons également en évidence un score moyen de motifs secondairement révélés assez similaire entre M1 (46,5) et M2 (41,4) contrairement à celui de M3 (32,9). Ainsi, le médecin M3 se distingue de ses confrères dans sa durée de consultation et son score qui sont plus faibles.

Nous pouvons ainsi suggérer qu'en contrôlant son agenda avec des consultations plus longues, le médecin moins pressé serait plus apte à organiser son discours en utilisant des techniques de communication de la grille de CC. Aussi, nous pouvons penser que l'utilisation de ces habiletés communicationnelles est responsable d'un allongement du temps

de consultation. La mise en pratique des outils peut être jugée chronophage, ce qui peut être un important frein pour les médecins généralistes souvent débordés et en manque de temps. Nous pouvons supposer que maîtrisée, l'utilisation quotidienne d'outils verbaux, intégrée à la stratégie des médecins généralistes, ne générerait pas de temps de consultation supplémentaire. On peut aussi se demander si les consultations plus longues ne favoriseraient pas l'expression de nouveaux motifs en fin de consultation. En effet, quand le médecin prend du temps pour son patient, celui-ci se sent écouté et dans un climat de confiance, il a donc envie d'exposer au médecin d'autres problématiques. Néanmoins, une étude de 2013 a démontré que l'allongement de la durée de consultation dépendait directement du nombre de motifs émis par le patient au cours de la consultation (6). Ainsi, le médecin doit trouver une durée de consultation optimale afin de maîtriser les outils de communication pour échanger avec son patient, le laisser s'exprimer, respecter ses silences et explorer ses croyances et ses émotions. Plusieurs études ont montré que l'écoute était un critère de satisfaction primordial pour une consultation réussie (23,24,25,26). En pratique, les médecins généralistes doivent optimiser leur temps de consultation pour répondre au mieux à la demande croissante dans un contexte de pénurie médicale. De nombreux praticiens soulèvent également le problème du surmenage, une charge de travail importante et des patients de plus en plus exigeants en termes de disponibilité ou de résultats de prise en charge. Tout ceci peut influencer sur leur capacité à conserver un temps d'écoute seul suffisant. Une évolution du système de santé, notamment une hausse de la démographie en médecine générale, une adaptation de la tarification des consultations, pourrait les soulager et leur permettre une meilleure mise à profit du temps avec des consultations plus efficaces, et une meilleure utilisation des stratégies de communication.

Une étude française publiée en 1993 (27) a trouvé quelques discordances entre l'attente du patient et la perception qu'en avait le médecin en constatant que dans 22% des cas le médecin ne détectait qu'un seul motif de consultation alors que le patient estimait en avoir plusieurs. Dès 1984, Beckman et Frankel (10), montraient que seulement 23 % des patients avaient été invités à exposer la totalité de leurs symptômes. Dans tous les autres cas, le médecin les avait interrompus (souvent pour gagner du temps), ce qui avait fait tourner court l'exposé des problèmes. Ils ont également démontré que les généralistes interrompent leurs patients en moyenne après dix-huit secondes d'expression initiale des symptômes pour les orienter vers des réponses précises. D'autres travaux (11,12) estiment à 65 % les consultations où les patients n'ont pas pu s'exprimer vraiment.

Nous constatons un nombre plus élevé de motifs secondairement révélés chez M3 (3,25), alors que son score de CC est le plus faible et ses consultations les plus courtes. Grâce à notre analyse qualitative, nous avons remarqué que ce médecin avait un exercice orienté vers la pédiatrie. Ainsi, les jeunes mères amenant leur nourrisson pour des consultations de suivi obligatoires en profitaient pour évoquer de nombreuses appréhensions concernant les divers symptômes de leur enfant. Ceci se traduit par une multiplicité des motifs secondairement révélés. On peut donc évoquer une surélévation de la moyenne de M3 par rapport à celle de ses confrères. Si l'on ne prend pas en compte ses consultations de pédiatrie, le nombre de motifs secondairement révélés est plus faible que celui de ses confrères.

Il est également démontré dans plusieurs travaux (28,29), que les femmes expriment davantage de demandes au cours des consultations que les hommes. Notre analyse a corroboré ces résultats : 1,44 motif secondairement révélé pour les femmes contre 0,86 pour les hommes. Une étude de 1998 a retrouvé 1,7 motif par consultation, quel que soit l'âge, mais avec une prédominance pour les plus de 60 ans (17). Notre étude n'a pas permis de retrouver une prévalence des motifs secondairement révélés chez cette population puisqu'on en retrouve 1,17 contre 1,26 chez les moins de 60 ans.

On retrouve un nombre plus important de motifs secondairement révélés lorsque le patient, connu du médecin, vient pour une consultation de suivi (1,35) que pour une pathologie aiguë ou une plainte (1,13). On peut penser que lorsque le patient présente un symptôme, il est focalisé sur ce dernier et ne pense pas forcément à d'autres problématiques qu'il pourrait révéler au médecin. En revanche, quand le soigné consulte pour un suivi et non pas une plainte aiguë, ce dernier aura en tête des problématiques diverses qu'il aura le loisir d'exposer au cours de la consultation alors moins centrée sur un problème ciblé.

Lorsque le patient est accompagné pendant la consultation, il exprime plus de motifs secondairement révélés (1,32 contre 1,21 pour les patients seuls). L'accompagnant incite peut-être le patient à s'exprimer, en l'encourageant, ou en évoquant à sa place un sujet le concernant devant le médecin. Il est également fréquent que certains motifs secondairement révélés concernent des tiers pouvant accompagner le patient.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence de nombre de motifs secondairement révélés entre les consultations avec ou sans tonalité humoristique. Toutefois, l'humour est intéressant dans certains contextes pour dédramatiser les situations et pour que le patient se sente en confiance. Un travail de thèse a montré que l'utilisation de l'humour était bénéfique

sur la relation médecin-patient et permettait d'améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients (30). Dans notre travail, M2 se distingue de ses confrères puisqu'il est le seul à utiliser l'humour et l'ironie dans la plupart de ses consultations. Nous retrouvons plus de motifs secondairement révélés lorsque le médecin utilise des menus-propos dans son discours (1,27 contre 1,17). Les menus propos permettent de renforcer la relation entre le patient et son médecin généraliste. Ces discussions non médicales incitent à sortir du rôle asymétrique médecin-malade pour placer les participants dans une relation égalitaire entre deux individus, ni médecin, ni malade. Ainsi chaque médecin dispose de techniques personnelles, innées ou acquises avec l'expérience en vue de mettre en confiance son patient.

Dans une précédente étude qualitative évaluant les stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient (31) il a été démontré que les médecins avaient une structure de consultation logique selon le modèle de CC mais qu'il existait cependant un manque de maîtrise des outils de communication verbale avec une adaptation de la communication principalement intuitive. La principale raison évoquée était le manque de formation universitaire dans ce domaine. Une perspective proposée pourrait être la mise en place d'une grille d'évaluation avec des critères de qualité de la communication médecin patient ou de nouvelles méthodes d'apprentissage, comme l'analyse de situations filmées. La mise en place d'une formation universitaire engendrerait un faible coût pour d'importants bénéfices en termes de santé via la diminution du nombre de consultations, d'exams complémentaires et de prescriptions médicamenteuses.

Notre analyse a permis de retrouver, au sein des consultations avec apparition de motifs secondairement révélés, quelques techniques de communication qui semblent primordiales. Ces techniques sont également retrouvées dans des travaux antérieurs et sont le pilier de la grille de CC (32,33). Nous remarquons que les médecins ayant un meilleur score de CC (M1 et M2) et aussi le plus de motifs secondairement révélés (en supprimant le biais induit par les consultations de M3) utilisent ces techniques de communication dans quasiment la totalité des consultations avec motifs secondairement révélés. M2 est le praticien utilisant le plus ces techniques, au bénéfice de ces patients.

La facilitation est essentielle pour laisser le temps au patient de réunir l'intégralité de ses questions, de raconter toute l'histoire, sans couper la parole et en montrant que le médecin est à l'écoute. Dans des situations difficiles pour le patient, le silence semble très bénéfique.

M1 et M2 utilisent cette technique dans quasiment toutes les consultations contrairement à M3.

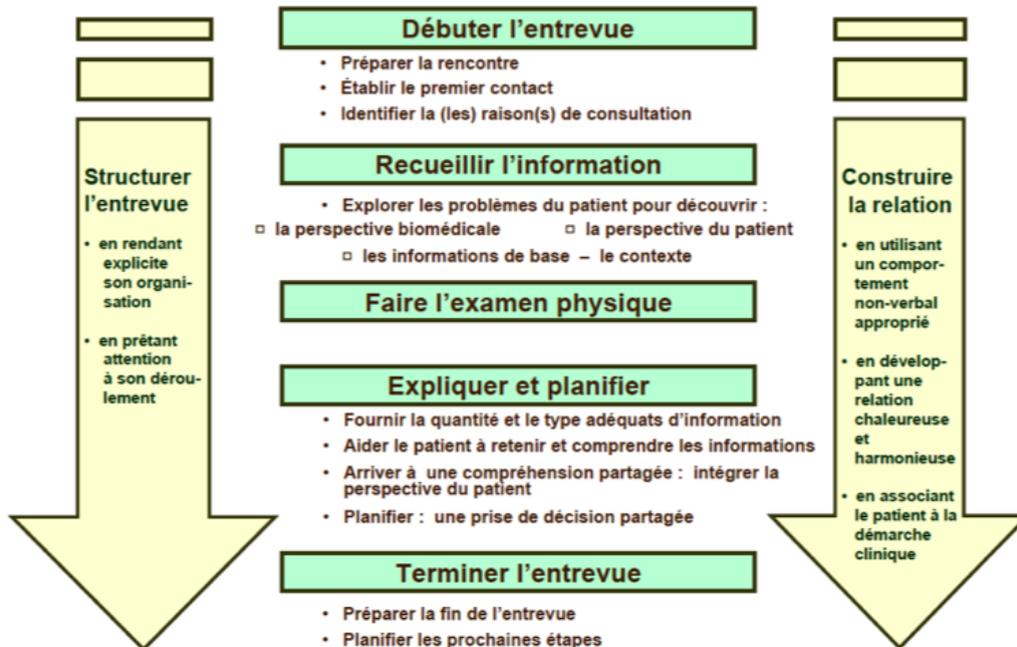
Les questions ouvertes apportent au médecin des informations capitales pour la consultation. La grille de CC recommande de commencer une consultation de médecine générale par une question ouverte, puis d'alterner avec des questions ouvertes et des questions fermées. Dans notre étude, nous ne pouvons établir de lien entre l'utilisation d'une question ouverte par le médecin et le nombre de motifs secondairement révélés. L'alternance de questions ouvertes et fermées au sein de l'entrevue semble plus à même de les favoriser. En effet, M1 et M2, dans leurs échanges, utilisent des questions ouvertes et fermées. En revanche, M3, associée à un moins bon score n'utilise quasiment que des questions fermées.

La reformulation est la base de la relation médecin-malade puisqu'elle permet d'obtenir l'approbation du patient tout en restant neutre. C'est un bon moyen pour le médecin de s'assurer de sa compréhension du problème. La reformulation est ainsi source de satisfaction pour le patient. M2 est le médecin de notre étude employant le plus cette technique, devant M1 puis M3. La clarification permet de préciser les dires du patient qui se sent alors écouté. Le médecin obtient plus d'informations sur la situation en laissant le patient mener la conversation. M3 utilise peu la clarification. Le résumé, utilisé principalement par M2, permet au patient d'être assuré de l'écoute et de la compréhension du médecin qui peut alors rectifier les incompréhensions éventuelles. Cette technique a l'avantage d'apporter une certaine fluidité à l'échange en clôturant les diverses parties de l'entretien. L'empathie est un pilier de la relation soignant-soigné. Le médecin, en se préoccupant activement et de manière évidente des émotions, des valeurs et du passé de son patient renforce la relation de confiance. M2 est le médecin de notre étude utilisant le plus l'empathie. Au contraire, M3 l'utilise très peu. La légitimation est une habileté complexe puisqu'elle consiste à valider et autoriser la personne à ressentir une émotion sans culpabilité. M3 ne l'utilise dans aucune des conversations étudiées.

Ainsi, cette analyse conversationnelle a permis de constater que certaines techniques sont innées et d'autres acquises. Le temps imparti au sein d'une consultation peut parfois être un frein. Toutefois, il est du devoir du praticien de faire l'effort de se former à établir la meilleure relation qui soit pour son patient. Il peut alors s'aider de la grille de CC.

ANNEXE 1: Guide de *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médical- les processus de communication

Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale



Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J, Draper J, *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

<p>I - DÉBUTER L'ENTREVUE</p> <p>A - Préparer l'entrevue</p> <p>B - Établir le premier contact (l'accueil)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le médecin salue le patient et obtient son nom 2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire 3. Montre du respect et de l'intérêt; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue) <p>C - Identifier la (les) raison(s) de consultation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« <i>Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?</i> » ou « <i>Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui?</i> ») 2. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse 3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« <i>Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui?</i> ») 4. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques 	
<p>II - RECUEILLIR L'INFORMATION</p> <p>A - Exploration des problèmes du patient</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant) 2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées) 	

<ol style="list-style-type: none"> 3. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause 4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation) 5. Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...); offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord 6. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « <i>Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ?</i> ») 7. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires 8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé 9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début <p><u>B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Détermine activement et explore adéquatement : <ul style="list-style-type: none"> • Les idées du patient (→ ses croyances sur les causes) • Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème • Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème) • Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie 2. Encourage le patient à exprimer ses émotions 	
<p style="text-align: center;">III - STRUCTURER L'ENTREVUE</p> <p><u>A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape 	

<p>2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section</p> <p><u>B - Prêter attention au déroulement de l'entrevue</u></p> <p>1. Structure l'entrevue selon une séquence logique</p> <p>2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir</p>	
<p style="text-align: center;">IV - CONSTRUIRE LA RELATION</p> <p><u>A - Utiliser un comportement non-verbal approprié</u></p> <p>1. Affiche un comportement non verbal approprié</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact visuel, expression faciale • Posture, position et mouvement • Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité <p>2. Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation</p> <p>3. Affiche une confiance appropriée</p> <p><u>B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse</u></p> <p>1. Accueille les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge</p> <p>2. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile</p> <p>3. Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat</p> <p>4. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique</p> <p><u>C - Associer le patient à la démarche clinique</u></p> <p>1. Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : « <i>ce que je pense maintenant, c'est...</i> »)</p>	

<ol style="list-style-type: none"> 2. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes 3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission 	
V - EXPLIQUER ET PLANIFIER **	
<u>A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information</u>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications 2. Évalue les connaissances du patient : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir 3. Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic) 4. Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer 	
<u>B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations</u>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées 2. Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème (par ex. : « <i>Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement...</i> ». « <i>Maintenant, abordons...</i> ») 3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information 4. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique 5. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants) 6. Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire 	

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

1. **Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises :**
Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient
2. **Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer :** l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement
3. **Relève les indices verbaux et non verbaux:** Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge d'information; est attentif aux indices d'inconfort
4. **Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions** en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin

D - Planifier : une prise de décision partagée

1. **Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié :** idées, processus de pensée, dilemmes
2. **Implique le patient :**
 - Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives
 - Encourage le patient à partager ses propres idées, suggestions
3. **Explore les différentes options d'action**
4. **S'assure du niveau d'implication souhaité** par le patient dans les décisions à prendre
5. **Discute d'un plan mutuellement acceptable**
 - signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles
 - détermine les préférences du patient
6. **Vérifie avec le patient**
 - s'il est d'accord avec le plan
 - si l'on a répondu à ses préoccupations

VI - TERMINER L'ENTREVUE

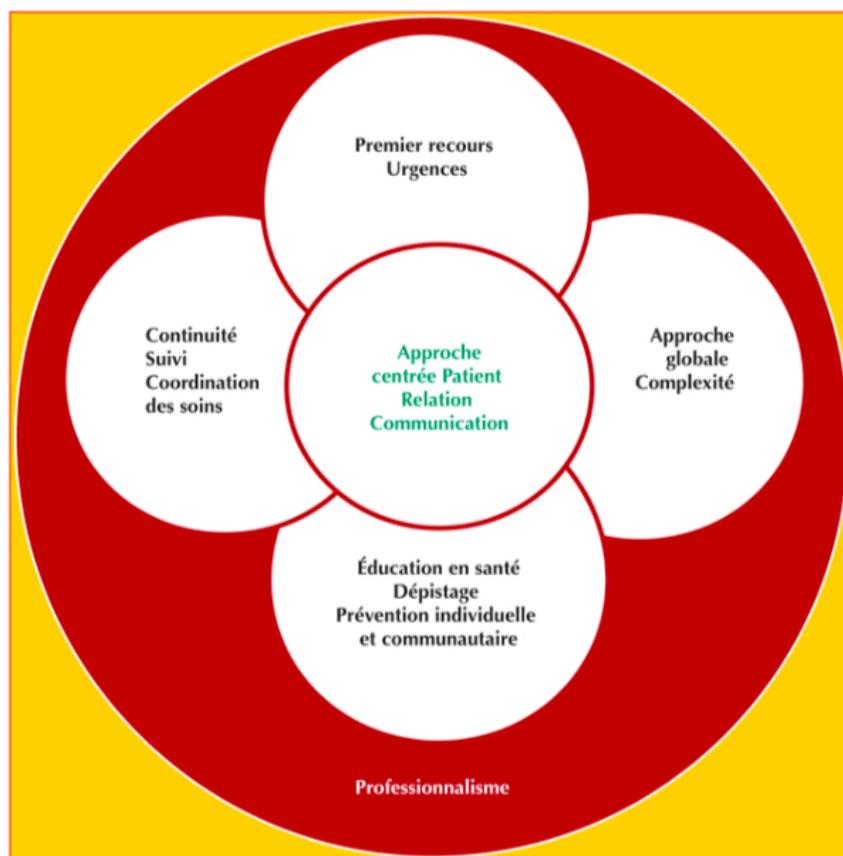
A - Planifier les prochaines étapes

1. **Conclut une entente** avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin
2. **Prévoit un « filet de sécurité »**, en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide

B - Préparer la fin de l'entrevue

1. **Résume la session** brièvement et clarifie le plan de soins
2. **Vérifie, une dernière fois**, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter

**ANNEXE 2: Marguerite des compétences du médecin
généraliste établie par le Collège National des Généralistes
Enseignants**



ANNEXE 3: Analyse quantitative

Le profil des patients: Sur les 72 patients, 38 étaient connus par le médecin et consultaient pour un motif intercurrent, 23 étaient connus et venaient pour une consultation de suivi et 11 étaient inconnus du médecin. 22 patients soit 31 % étaient des hommes contre 50 patients soit 69% étaient des femmes. 22 patients semblaient âgés de plus de 60 ans. 11 étaient mineurs. 25 patients étaient accompagnés par leur parents, leur conjoint ou leurs enfants. 5 patients étaient d'origine étrangère. Dans 16 consultations, l'échange se faisait en utilisant le tutoiement, principalement car il s'agissait de mineurs (69%) mais également d'adultes (31%). 29 consultations retrouvaient une tonalité humoristique marquée, 43 des menus propos (discussions non médicales).

La durée de consultation: La durée moyenne était de 16 minutes et 35 secondes et variait entre les 3 médecins (M1 : 22 minutes et 13 secondes, M2 : 21 minutes et 28 secondes, M3 : 12 minutes et 30 secondes). La durée moyenne des consultations sans motif secondairement révélé était plus courte (14 minutes et 44 secondes) que celle des consultations avec au moins un motif secondairement révélé (18 minutes et 26 secondes).

La question de départ du médecin: Il s'agissait d'une question ouverte dans 42 consultations (58%), d'une question fermée dans 12 consultations (17%). Il n'y avait pas de question mais un marqueur d'écoute dans 4 consultations (6%). Une question générale telle que « comment allez-vous ? » concernait 2 consultations (2%). Dans 12 consultations, le patient parlait spontanément (17%).

La nature du motif principal de consultation: 37 des patients consultent pour une plainte/symptôme, 24 pour un suivi (de traitement/ résultat d'analyse), 8 pour une demande d'examen/certificat/imagerie, 2 pour un autodiagnostic type "j'ai une infection urinaire", et 1 pour une inconnue diagnostique "je ne sais pas mais je me sens mal".

Le nombre de motifs de consultation: 45 consultations sur les 72 présentaient au moins un motif secondairement révélé. Le nombre moyen de motifs de consultation principaux est de 1,40. Le nombre moyen de motifs de consultation secondairement révélés est 1,28. Ce qui fixe un nombre total de motifs de consultation évoqués à 2,68.

Le nombre de motifs par médecin: Pour M1 on retrouvait une moyenne de 2,63 motifs (1,63 motif principal et 1 motif secondairement révélé). Pour M2 on retrouvait une moyenne de 1,86 (1 motif principal et 0,86 motif secondairement révélé). Pour M3 on retrouvait une moyenne de 3,25 (1,63 motif principal et 1,72 motif secondairement révélé).

Le nombre de motifs secondairement révélés par profil: Nous remarquons un nombre plus important de motifs secondairement révélés lorsque le patient, connu du médecin, vient pour une consultation de suivi (1,35) que pour une pathologie aiguë ou une plainte (1,13). Les femmes expriment en moyenne 1,44 motif secondairement révélé, les hommes 0,86. Chez les patients âgés de plus de 60 ans, on retrouve 1,17 motif secondairement révélé et 1,26 chez les patients de moins de 60 ans. Les patients seuls expriment 1,21 motif de consultation secondairement révélé, les patients accompagnés 1,32.

Le nombre de motifs secondairement révélés selon la question de départ du médecin: Quand l'entretien débute par une question ouverte on retrouve 1,31 motif secondaire évoqué, 1,92 quand c'est une question initiale fermée, 2,33 quand c'est une question générale, 1,38 quand le patient parle spontanément et aucun quand il n'y a pas de question (mais marqueur d'écoute).

Le nombre de motifs secondairement révélés selon le type de consultation: Lors des consultations de suivi on retrouve 1,75 motif secondairement révélé, 1,5 lors des consultations pour demande de certificat ou courrier et 0,93 pour les consultations de type symptôme.

Le nombre de motifs secondairement révélés selon les caractéristiques de la discussion: Lorsqu'une tonalité humoristique prédomine dans l'échange, le patient exprime 1,28 motif secondairement révélé. En l'absence de tonalité humoristique, on retrouve 1,26 motif secondairement révélé. On retrouve également 1,27 motif secondairement révélé avec des menus propos contre 1,17 en leur absence.

La phase d'apparition des motifs secondairement révélés selon la grille de CC: Nous avons relevé 91 motifs secondairement révélés dans l'analyse des 45 consultations présentant des motifs secondairement révélés. 5 motifs secondairement révélés étaient exprimés au début de l'entrevue (5,5%), 37 au moment du recueil de l'information (41%), 20 lors de l'examen physique (22%), 15 lors de l'explication et de la planification (16,5%) et 14 au moment de la clôture (15%).

Le Score de la grille de CC: Le score moyen de M1 est 46,5 items sur 55, celui de M2 41,4 et celui de M3 32,9. Le score moyen des consultations sans motif secondairement révélé est 31,45. Celui des consultations avec motifs secondairement révélés est 43,3.

ANNEXE 4: Exemples de verbatims

Encouragement :

M : Je pense. Je pense. On n'a rien à voir de particulier ? Toi tu n'as besoin de rien ?

P : (soupir) Oh moi j'ai besoin de tellement de choses ! (rire) J'ai vu ta, ton interne, la semaine dernière.

M : Oui...

P : Ou la semaine d'avant.

M : Oui, ah oui.

P : Il faudrait que je te vois et il faudrait qu'on reste un petit moment ensemble (rire).

M : Ah bon !

P (rire) : J'ai plein de soucis!

M : Ah zut !

P : Oui.

M : Bon il faudrait qu'on se voit alors.

P : Oui il faudrait que tu me diriges vers ta, ta confrère qui fait de la gynécologie.

M : Oui...

P : Déjà.

M : Oui.

P : Parce que je suis toujours mal en point de ce côté là ! (rire)

M : Bon." (TN2/N4)

Silence:

"M : En même temps il n'y a pas d'autre symptôme en fait ?

P : Non.

M : Genre des vomissements, des nausées ?

P : Non.

M : Des maux de tête ? des palpitations ? voyez...

P : Non non. Non je suis fatiguée mais après c'est tout. (long silence) Après je me suis dit peut-être que c'est la fatigue, bon. Je n'ai pas pris trop.. Je me suis dit que le jour où j'irai chez le médecin j'en parlerai au passage." (TN3/P10)

Répétition:

“P : Elle a eu de la température toute la semaine.

M : Toute la semaine” (O8/P3)

Questions ouvertes et fermées:

“M : Alors racontez vos misères M. D ?

P : Et bien je suis en courante !

M : Bon et depuis quand ?

P : Oh ça fait, depuis hier.

M : Oui.

P : Sans arrêt

M : Ah ! (...)

M : Vous ne vomissez pas hein ?

P : Non mais j'ai des envies.” (TN1/N11)

Paraphrase:

“P : Parce que je ne te vois pas là. Je te vois flou.

M : Tu vois à travers un papier calque.

P : C'est ça.” (TN2/N1)

Clarification:

“P : Et donc là comme j'ai un long trajet à faire.

M : Oui. C'est quoi qui vous fait peur avec ce trajet ?

P : C'est que j'ai beaucoup d'angoisses quand même. Dans la journée... très angoissé.

M : Depuis que votre maman ne va pas bien ou non ?

P : Non je ne pense pas que ça soit du à ça.

M : D'accord. (...) Donc quand vous dites « il y a ce long trajet » c'est quoi qui vous inquiète avec ce long trajet ?

P : Bah si je dois m'arrêter six à sept fois pour aller aux toilettes euh... (soupir)

M : D'accord.”(O3/P6)

Résumé:

M : Tu en as pris pendant combien de temps ?

P : Ouuuuh (soupir/ réfléchit) octobre, novembre, décembre, janvier: Quatre mois.

M : Et tu avais baissé progressivement la dose ?

P : Oui !

M : Bon ! Donc un traitement dégressif jusqu'à janvier. Remarquable ! Bon et là tu ne prends plus rien et là ça va." (TN2/N1)

Empathie:

"P : Donc euh.. de ce côté là voilà. Je vous avais dit que j'avais ma mère qui était, qui était, qui a 86 ans, qui est quand même un petit peu diminuée physiquement, qui est toute seule à Paris. Alors elle n'est pas toute seule, elle est entourée. Mais bon ça me...

M : Ça vous inquiète un petit peu ?

P : Oui ça m'inquiète un petit peu, surtout que les relations sont un petit peu plus compliquées en vieillissant.

M : Et oui !

P : D'éloignement j'ai envie de dire. Et ce qui est aussi normal. Je ne sais pas peut-être que la fatigue fait que.. Il y a une conjonction de tous ces éléments.

M : hum hum. Ça faisait beaucoup de choses hein

P : hum hum oui oui...

M : On avait résumé que ça faisait beaucoup de chose pour une seule personne! " (N2/N11)

Légitimation:

"P : Voilà mais là quand vraiment je sens que je ne suis pas bien c'est quand tout tourne autour de moi et que moi par contre je suis statique. C'est bizarre.

M : Oui oui non mais je comprends. C'est bizarre effectivement. Pour nous c'est bizarre on ne le voit pas, mais vous le ressentez.

P: Oui oui. (...) mais j'ai l'impression que quand je le décris c'est bizarre.

M : Mais c'est difficile à décrire aussi.

P : Oui.

M : Voyez les sensations qu'on ressent c'est toujours compliqué. On a nos propres mots, et pour que les autres comprennent alors qu'ils ne le vivent pas.

P : Ouais c'est clair.

M : Et du coup on peut avoir ce sentiment d'être rejeté." (TN3/P10)

Implication active :

“M : Donc là vous êtes dans quelle démarche du coup ?

P : Je ne sais pas trop... Je voulais votre avis...

M : Si ça venait à revenir malgré tout, y’aurait des possibilités que ce soit une sinusite un peu surinfectée, hein, donc ça veut dire avec une bactérie. Donc on aurait à mon avis deux options à ce moment-là, euh, soit faire un examen pour voir un peu ce qu’il se passe au niveau des sinus, euh, qu’on appelle un scanner, puisque la radio n’est pas très utile. Euh, soit euh, un traitement antibiotique à ce moment-là euh, et, si ça repartait, un scanner, vous voyez, il y aurait euh...

P : Oui.

M : Il y aurait ces deux options, soit dans un premier temps soit dans un deuxième temps. Mais là comme ça fait que deux jours, on peut se dire que vous êtes en bonne santé, vous avez un bon système immunitaire, on peut se dire que peut-être avec le nasacort et des lavages de nez vous allez vous en débarrasser.

P : D’accord.” (O3/P1)

Humour:

“P : Je suis contagieuse, toujours ?

M : À moitié. À moitié un quart.” (TN1/N4)

Menus propos :

“M : Qu’est-ce qu’il vous reste à faire encore comme jardinage ?

P : Maintenant ?

M : Oui.

P : J’en ai fait beaucoup la semaine dernière (...)

M : Vous aviez déjà bêché pour retourner cet automne ? Ou c’est votre gendre qui a passé...

P : Non c’est moi !

M : C’est vous. On ne rigole plus là!” (TN1/N1)

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 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."

Title - The influence of the doctor's speech on the appearance of secondarily revealed reasons for consultation.

Abstract

Introduction: Medical consultation is a meeting between a doctor and a patient seeking care, which he seeks by expressing a reason for consultation. The patient's initial request is not necessarily his main concern. **Aim:** Determine the different communication techniques used in the consultation that would promote the expression of secondarily revealed reasons and establish when in the session these reasons are revealed. **Methods:** A descriptive qualitative study was carried out using a database of audio recordings of 72 consultations carried out by three general practitioners in three private practices in Gironde. The verbatims obtained by manual transcription were analysed using the double coding method with data triangulation. We have established a communication score according to the Calgary-Cambridge guide. **Results:** Secondarily revealed reasons are mainly stated during the questioning. There are mostly communication techniques such as facilitation, open and closed questions, reformulation, clarification, summary, empathy, active involvement, legitimation, humor and small talk. **Conclusion:** To create a climate of trust within a consultation, the learning of communication, as a complex skill, must therefore be integrated into the training of becoming a doctor. He will be able to use the Calgary-Cambridge grid to conduct his interview and obtain an optimal relationship with his patients.

Keywords: principal reason for consultation, secondary revealed reason, communication techniques, Calgary-Cambridge grid.

Titre - L'influence du discours du médecin sur l'apparition des motifs de consultation secondairement révélés.

Résumé

Introduction: La consultation de médecine générale est une rencontre entre un médecin et un patient demandeur de soin, qu'il recherche en exprimant un motif de consultation. La demande exprimée d'emblée n'est pas forcément sa principale préoccupation. **Objectif:** Déterminer quelles sont les différentes techniques de communication utilisées dans les entretiens qui favoriseraient l'expression des motifs secondairement révélés par le patient et établir leur moment d'apparition dans la consultation. **Méthodes:** Une étude qualitative descriptive a été réalisée à partir d'une base de données d'enregistrements audio de 72 consultations réalisées chez trois médecins généralistes exerçant dans trois cabinets libéraux de Gironde. Les verbatims obtenus par retranscription manuelle ont été analysés par la méthode de double codage avec triangulation des données. Nous avons établi un score de communication selon le guide de Calgary-Cambridge. **Résultats:** Les motifs secondairement révélés sont principalement énoncés au cours de l'interrogatoire. Nous retrouvons majoritairement des techniques de communication : la facilitation, les questions ouvertes et fermées, la reformulation, la clarification, le résumé, l'empathie, l'implication active, la légitimation, l'humour et les menus-propos. **Conclusion:** Pour créer un climat de confiance au sein d'une consultation de médecine générale, l'apprentissage de la communication, en tant qu'habilité complexe, doit être intégrée dans la formation du médecin. Celui-ci pourra s'aider de la grille de Calgary-Cambridge pour mener au mieux son entrevue et ainsi obtenir une relation optimale avec ses patients.

Mots clés: motif de consultation principal, motif de consultation secondairement révélé, technique de communication, grille de Calgary-Cambridge

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Docteur Yves Marie VINCENT
