



HAL
open science

L'art médical est aussi un art de la parole. Quelles histoires s'échangent dans la consultation? Tour d'horizon de l'art de la parole en médecine générale à travers le monde. Analyse des réponses obtenues parmi vingt-trois médecins généralistes de nationalités, cultures, lieux d'exercices différents

Pauline Verdier

► **To cite this version:**

Pauline Verdier. L'art médical est aussi un art de la parole. Quelles histoires s'échangent dans la consultation? Tour d'horizon de l'art de la parole en médecine générale à travers le monde. Analyse des réponses obtenues parmi vingt-trois médecins généralistes de nationalités, cultures, lieux d'exercices différents. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03671714

HAL Id: dumas-03671714

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03671714>

Submitted on 18 May 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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

VERDIER Pauline

Présentée et soutenue publiquement le 28 avril 2022

**L'art médical est aussi un art de la parole.
Quelles histoires s'échangent dans la consultation ?
Tour d'horizon de l'art de la parole en médecine générale à travers le monde.**

Analyse des réponses obtenues parmi vingt-trois médecins généralistes de nationalités, cultures, lieux d'exercices différents.

Directeurs de thèse :

- Madame ROUGE Laure, Docteur en Médecine et Maître de conférence, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.
- Monsieur MARTY Laurent, Docteur en Anthropologie sociale et culturelle et en Histoire contemporaine.

Président du jury : Madame LAPORTE Catherine, Docteur en Médecine et Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

Membre du jury : Monsieur CAMBON Benoît, Docteur en Médecine et Professeur associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

VERDIER Pauline

Présentée et soutenue publiquement le 28 avril 2022

**L'art médical est aussi un art de la parole.
Quelles histoires s'échangent dans la consultation ?
Tour d'horizon de l'art de la parole en médecine générale à travers le monde.**

Analyse des réponses obtenues parmi vingt-trois médecins généralistes de nationalités, cultures, lieux d'exercices différents.

Directeurs de thèse :

- Madame ROUGE Laure, Docteur en Médecine et Maître de conférence, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.
- Monsieur MARTY Laurent, Docteur en Anthropologie sociale et culturelle et en Histoire contemporaine.

Président du jury : Madame LAPORTE Catherine, Docteur en Médecine et Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

Membre du jury : Monsieur CAMBON Benoît, Docteur en Médecine et Professeur associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias

: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAMOIX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENALT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie

M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2^{ème} CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1^{ère} CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne

Médecine Générale

M. CAMBON Benoît

Médecine Générale

M. TANGUY Gilles

Médecine Générale

M. BERNARD Pierre

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

Mme BOUTELOUP Corinne

Nutrition

Mme FOGLI Anne

Biochimie Biologie Moléculaire

Mme GOUAS Laetitia

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel

Biophysique et Traitement de l'Image

Mme GOUMY Carole

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. MARCEAU Geoffroy

Biochimie Biologie Moléculaire

Mme MINET-QUINARD Régine

Biochimie Biologie Moléculaire

M. ROBIN Frédéric

Bactériologie

Mme VERONESE Lauren

Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. DELMAS Julien

Bactériologie

Mme MIRAND Audrey

Bactériologie Virologie

M. OUCHCHANE Lemlih

Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication

M. LIBERT Frédéric

Pharmacologie Médicale

Mme COSTE Karen

Pédiatrie

Mme AUMERAN Claire

Hygiène Hospitalière

Mme NOURRISSON Céline

Parasitologie - Mycologie

Mme PONS Hanaë

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction

2ème CLASSE

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Madame le Professeur Catherine Laporte

Vous me faites le très grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse, Docteur Laure Rouge

Je te remercie vivement d'avoir accepté de diriger ce travail. J'ai apprécié, au cours de ma formation, la qualité de tes enseignements. Tu as su me transmettre ta fierté et ton amour pour la profession. J'ai beaucoup appris à tes côtés. Tu trouveras dans ces quelques lignes l'expression de mon plus profond respect.

A mon directeur de thèse, Monsieur Laurent Marty

J'ai été honorée que vous acceptiez de superviser mon travail. Je vous remercie vivement pour votre gentillesse, votre disponibilité et vos nombreux conseils. Votre grande culture générale et votre vision anthropologique du sujet m'ont été d'une aide précieuse. Que cette thèse soit le témoignage de ma grande admiration pour vous.

A monsieur le Docteur Benoît Cambon

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux médecins interrogés

Vous avez accepté de m'accorder du temps et vous avez su partager vos expériences en me faisant confiance. Merci de votre intérêt porté à mon sujet.

A tous les médecins exceptionnels que j'ai côtoyés durant mon internat. Aux équipes paramédicales qui m'ont beaucoup appris (mention spéciale à l'équipe des urgences).

A mes parents, vous avez toujours été à mes côtés, surtout dans les moments de doute. Vous savez trouver les mots qui réconfortent et qui rassurent quand je suis

perdue. Vous êtes pour moi des modèles de parents, j'espère ne jamais vous décevoir. Les mots ne sont pas assez forts pour vous témoigner tout mon amour.

A ma sœur, Laura, tu sais à quel point je t'aime. Je suis très fière de ce que tu as réussi à accomplir malgré les difficultés que tu as croisées sur ta route.

A ma famille que j'aime tant. Ma tante Dominique qui est exceptionnelle, mon oncle Éric humble et si bienveillant, mon oncle Philippe, mon oncle Bruno et Catherine, ma tante Sylvie, mes cousins (Marie, Célia, Juliette, Guillaume, Jean-Baptiste, Camille, David). Et bien sûr ma grand-mère Michelle présente ce jour, ma grand-mère Éliane et mon grand-père Edmond partis trop vite.

A Julien, merci pour ton amour et ton soutien, pour ta présence à mes côtés chaque jour, pour ta patience devant mes inquiétudes (scolaires, professionnelles...). Merci pour ta faculté à me faire relativiser et garder à l'esprit les réelles priorités. J'ai beaucoup de chance de vivre avec toi tous les jours.

A mes amis. Micka mon frère de cœur sans qui je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui. Delphine, Marion, Morgane J et Loïc, Morgane B, Elsa, Alexandre, Raphaël, l'équipe du GON, Alice, Arnaud, Laurence, Clémence, Ariane, Romane, Claudia, Amandine, Mathilde, Anaïs, Lucie. Mes acolytes du 1^{er} semestre d'internat Juliette, Mathilde et l'équipe du PEV hiver 2018/19. Mes co-internes (mention spéciale à Simon, Pierre, Camille, Felix et Raluca). Jean-Claude, Nicole et Bernard.

A Gérard et Laurent qui m'ont beaucoup appris aux bords des bassins, en natation mais aussi en valeurs (persévérance, esprit d'équipe). Vous avez donné de votre temps pour m'amener au plus haut niveau et je vous en serai toujours reconnaissante.

Aux personnes du Puy-en-Velay non citées jusqu'à présent. La famille Imbert qui m'a toujours accueillie chaleureusement, les ami(e)s de Julien, le Puy en Velay triathlon, Velay athlétisme, Raph, Flora, Vincent, Apo, Thibaut, Bénédicte...

Enfin j'ai une pensée particulière pour tous ceux avec qui j'ai partagé à différentes étapes de ma vie, un échange chaleureux, un moment de vie inoubliable. Vous êtes, vous aussi, des morceaux du puzzle qui m'a construit. Merci à vous tous et vous êtes nombreux.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

1. CONTEXTE	17
2. INTRODUCTION AU TRAVAIL DE RECHERCHE	19
3. MATERIEL ET METHODE	22
3.1. TYPE D'ETUDE	22
3.2. POPULATION.....	25
3.3. GUIDE D'ENTRETIEN	30
3.4. RECUEIL DES DONNEES.....	30
3.5. METHODE D'ANALYSE	31
3.6. ÉTHIQUE	32
4. RESULTATS ET ANALYSE	34
4.1. LA PAROLE DU GENERALISTE DANS LE MONDE	34
4.1.1. <i>Anticiper</i>	34
4.1.2. <i>Informer</i>	35
4.1.3. <i>Prendre le temps</i>	37
4.1.4. <i>Gérer ses émotions</i>	38
4.1.5. <i>Être patient</i>	39
4.1.6. <i>Écouter la parole de l'autre</i>	41
4.1.7. <i>S'adapter au patient</i>	42
4.1.8. <i>Rassurer</i>	43
4.1.9. <i>Se remettre en cause</i>	44
4.1.10. <i>Se former</i>	45
4.2. LES AUTRES PAROLES QUI COMPTENT	47
4.2.1. <i>Médecine et religion</i>	47
4.2.2. <i>Les autres croyances</i>	49
4.2.3. <i>La grande diversité des représentations de la maladie</i>	52
4.2.4. <i>L'environnement familial et social</i>	53
4.3. TYPOLOGIE DE COMMUNICATION EN CONSULTATION.....	54
4.3.1. <i>Communication souhaitée</i>	54
4.3.2. <i>Communication perçue</i>	54
4.3.3. <i>Communication verbale</i>	56
4.3.4. <i>Communication non verbale</i>	58
5. DISCUSSION	63
5.1. LES LIMITES DE LA RECHERCHE	63
5.1.1. <i>Les limites liées aux médecins</i>	63
5.1.2. <i>Les limites liées à l'entretien</i>	64
5.1.3. <i>Les limites liées à mon échantillon</i>	65
5.1.4. <i>Les limites liées à l'enquête de terrain</i>	66
5.1.5. <i>Les limites liées à l'enquêteur</i>	67
5.1.6. <i>Comment se sont passés les entretiens selon mon point de vue ?</i>	67
5.2. REFERENCES CONCEPTUELLES	69
5.2.1. <i>Qu'est-ce que l'art de la parole ?</i>	69
5.2.2. <i>Origine de l'art de la parole</i>	71
5.2.3. <i>Quelques figures de rhétorique essentielles</i>	73
5.2.4. <i>L'art de la parole de nos jours</i>	74
5.2.5. <i>L'art de la parole en médecine</i>	77
5.3. LE MEDECIN ET LA VALEUR DE SA PAROLE	83
5.3.1. <i>La place du médecin dans la société de l'antiquité à aujourd'hui</i>	83
5.3.2. <i>La valeur de la parole du médecin généraliste des années 1900 à 2021, en France</i>	87
5.3.3. <i>Place de la parole médicale dans le monde</i>	89

5.4. L'ART DE LA PAROLE ET SES LIMITES	94
5.4.1 Religion et médecine.....	94
5.4.2 Représentations et médecine.....	95
5.4.3 Communiquer avec des confrères.....	96
5.4.4. Les patients étrangers.....	97
5.4.5 Le choc des cultures	98
5.4.6 Ouverture.....	100
5.5 COMMENT AMELIORER SA PRATIQUE EN CONSULTATION.....	101
5.5.1 Les groupes d'inspiration psychanalytique	101
5.5.2 Les groupes d'analyse de pratiques et de situations professionnelles.....	103
5.5.3. Réflexion sur l'importance de la maîtrise de la parole en médecine générale.....	108
6. CONCLUSION	111
7. BIBLIOGRAPHIE.....	114
8. ANNEXES	122
ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN INITIALE	122
ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN REVISEE	123
ANNEXE 3 : ENTRETIEN AVEC UN MEDECIN LIBANAIS AYANT EXERCE AU LIBAN, AU SENEGAL ET EN FRANCE.....	124
ANNEXE 4 : ENTRETIEN AVEC UN MEDECIN CONGOLAIS AYANT EXERCE EN RDC, EN ÉGYPTTE ET EN FRANCE	127
ANNEXE 5 : ENTRETIEN AVEC UN MEDECIN FRANÇAIS AYANT EXERCE EN AFRIQUE SAHELIEUNE ET EN FRANCE.....	131
ANNEXE 6 : MANIERES NON VERBALES DE DIRE BONJOUR DANS LE MONDE	136
ANNEXE 7 : PREMIERE PAGE D'UN JOURNAL BOLIVIEN.....	140
ANNEXE 8 : ANALYSE CONCEPTUELLE SUR LA RHETORIQUE	141
9. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	156
SERMENT D'HIPPOCRATE (VERSION LONGUE)	156
SERMENT D'HIPPOCRATE (VERSION COURTE)	157

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : résumé des caractéristiques des médecins

Figure 1 : importance de l'anticipation dans le soin (Verdier Pauline)

Figure 2 : durée de consultation et satisfaction en médecine générale. Thèse de Sophie Auge et Marine Gonsolin. Université Aix-Marseille ; Mars 2020

Figure 3 : la gestion des émotions (Verdier Pauline)

Figure 4 : illustration humoristique (Edwige Garachon, blog ludisplay). La patience est la vertu de celui qui sait attendre, elle est aussi la qualité de celui qui peut supporter la souffrance.

Figure 5 : illustration humoristique (dessin de Fock sur le site Lucperino.com)

Figure 6 : illustration humoristique (illustration de l'auteur Védécé tenant le blog vie de carabin)

Figure 7 : illustration humoristique (Olivier Ranson)

Figure 8 : femme Kallawaya d'un village péruvien des Andes (photo Pauline Verdier)

Figure 9 : guide de sept questions pour le patient et le clinicien permettant de mettre du sens à la maladie (Elodie Girard)

Figure 10 : les représentations de la maladie (Elodie Girard)

LISTE DES ABREVIATIONS

AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux

AMM : Association médicale mondiale

APP : Analyse de Pratiques Professionnelles

DMG : Département de Médecine Générale

GAP : Groupes d'Approfondissement Professionnel

GAPP : Groupes d'Analyse de Pratiques Professionnelles

GEASE : Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Éducatives

GEASP : Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles

GSAS : Groupes de Soutien au Soutien

IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres

OMS : Organisation mondiale de la Santé

RDC : République Démocratique du Congo

SMS : Short Message Service (minimessage)

SVT : Sciences de la Vie et de la Terre

VO : Version Originale

CONTEXTE ET INTRODUCTION

1. CONTEXTE

Depuis mon plus jeune âge, j'ai toujours été fascinée par les différences culturelles et leurs richesses. Cette fascination vient peut-être d'un festival de dix jours organisé chaque année dans mon village et regroupant une quinzaine de groupes folkloriques de tous les pays. Je participais activement à ces rencontres multiculturelles, fascinée par les musiques et la beauté des diversités du monde. Passionnée par l'humain et les langues étrangères je souhaitais devenir professeur d'espagnol ou professeur de sciences de la vie et de la terre. Je me suis finalement orientée en biologie après le baccalauréat, poursuivant activement mon apprentissage des langues étrangères seule, en regardant des films ou des séries en VO. Je suis devenue enseignante de SVT et me suis réorientée en médecine en 2012. J'ai profité de mon externat pour voyager et apprendre à parler espagnol en effectuant un voyage d'un an en Amérique du Sud en vélo. Ce voyage était censé m'amener jusqu'au peuple Kallawaya (médecins itinérants des Andes) qui ont refusé de nous rencontrer sans être rémunérés. Nous avons décliné par principe avec mon ami de route, pensant que l'échange interculturel ne doit pas se monnayer mais je regrette aujourd'hui cette décision. J'ai effectué ensuite au cours de mon externat de médecine générale deux stages à l'étranger, un en Arménie, l'autre au Pérou. J'ai été étonnée du relationnel différent entre médecin et patient en Arménie. Les gens très accueillants et très prévenants dans la vie courante me semblaient pourtant peu respectueux envers le médecin (cela était ma perception française de la situation arménienne). Le patient n'était pas gêné de frapper et d'entrer directement dans le box de consultation, ou bien d'être trop familier avec le médecin. Au Pérou également la relation n'était pas du tout la même qu'en France. Le tutoiement entre patient et médecin était beaucoup plus fréquent, sans doute à cause de la linguistique car le vouvoiement est employé en

Espagne mais très peu dans les pays hispaniques d'Amérique du sud. J'ai aussi eu l'occasion au cours de mon externat de partir en mission d'aide dans un village au Népal avec une partie de prévention médicale. J'ai alors eu l'occasion d'aller à l'hôpital de Pokhara pour accompagner quelques enfants en consultation. Au Népal les membres des sous-castes sont considérés comme des impurs et les médecins (souvent issus de castes supérieures) ne leur adressent pas la parole. Nous avons dû négocier et payer très cher (l'argent que nous avons gagné avec l'association en organisant de nombreux événements sur Clermont-Ferrand pendant l'année) pour qu'ils examinent les enfants et acceptent de les prendre en charge. La communication entre patient et médecin était nulle et la qualité des soins par conséquent tout aussi médiocre. Ces expériences me laissent à penser que la relation passe par les mots et que cette science des mots justes est tout un art. Enfin, un roman de Martin Winkler, *Le Chœur des femmes* qui m'a été prêté par un ami, ainsi que les ateliers « communication » organisés par le DMG m'ont permis de m'interroger sur ce sujet. Ils abordent en effet la question du relationnel avec les patients et l'importance de l'écoute et du « laisser-parler ». En regardant alors il y a un an la liste des sujets de thèse proposés par le DMG « L'art médical est aussi un art de la parole : quelles histoires s'échangent dans la consultation », j'ai compris comme une évidence que ce sujet me correspondait parfaitement. Je l'ai personnalisé en le nommant « L'art médical est aussi un art de la parole : quelles histoires s'échangent dans la consultation ? Tour d'horizon de l'art de la parole en médecine générale à travers le monde ».

2. INTRODUCTION AU TRAVAIL DE RECHERCHE

Tout au long de nos études de médecine nous nous efforçons d'être à la hauteur des connaissances requises pour être un bon médecin. La complexité de ces études exigeantes nous fait oublier qu'être un bon médecin n'est pas uniquement dans le savoir. D'une part parce que nous ne saurons jamais tout. Cela fera-t-il de nous des mauvais médecins ? Probablement pas. D'autre part parce que la médecine est à la croisée des sciences pures, des sciences sociales et des sciences humaines. Ces deux dernières sciences sont pourtant bien délaissées au cours de notre formation. Loin est l'époque d'Hippocrate où les médecins étaient aussi d'éminents philosophes. Beaucoup de jeunes médecins d'aujourd'hui sont dotés de connaissances scientifiques incroyables, mais aux questions qu'est-ce que la vérité, qu'est-ce que le mot, qu'est-ce que l'éthique, qu'est-ce que la mort, peu d'entre-eux savent répondre avec l'éloquence qu'ont les philosophes. Assez rapidement, nous sommes confrontés lors de notre internat à une toute autre réalité que celle des connaissances. Nous nous retrouvons seuls face à des équipes, face à des patients, et nous devons être capable de manager, argumenter, convaincre alors que nous n'avons jamais appris à le faire. Cet art de manier les mots est le propre des littéraires. Or, beaucoup d'entre nous ne nous considérons pas comme des littéraires mais comme des scientifiques. On ne peut donc pas échapper à ce malaise avec l'emploi du mot juste. La médecine générale est d'autant plus confrontée à la nécessité de maîtriser la part sociale et humaine de la médecine. De nombreuses thèses, articles scientifiques abordent la relation médecin-patient si difficile à établir et si fragile. Cette relation est justement fragile car le poids des mots peut d'un moment à un autre faire vaciller son équilibre.

Nous ne pourrons jamais manier les mots comme le font les philosophes, les poètes et tous ceux qui ont étudié les lettres pendant des années. Cette maîtrise fragile des mots fait partie des lacunes des jeunes médecins généralistes. Il semble cependant judicieux de chercher à mieux comprendre comment l'art de la parole en médecine et plus particulièrement en médecine générale peut être un pilier dans le soin. Une mère n'utilise-t-elle pas instinctivement le chant (un des arts de la parole) pour apaiser son enfant à l'aide d'une berceuse ? Il y a certes une part innée dans la maîtrise de cet art de la parole mais il existe également une base méthodologique sur laquelle s'appuyer pour s'améliorer. Nous allons dans cette thèse réfléchir à ce qu'est l'art de la parole depuis ses origines jusqu'à nos jours. Nous verrons comment l'art de la parole a évolué et quel a été son impact dans le monde. Les « récits de vie » recueillis auprès de médecins généralistes du monde entier nous éclaireront sur les pratiques actuelles. Les types de communications utilisées en consultation seront mis en lumière tout comme les différences et similitudes de la parole des généralistes dans le monde. L'évolution de la valeur portée par les patients à la parole de leur médecin au cours des siècles sera aussi abordée. Outre la parole du médecin, d'autres paroles comptent dans le vécu et la gestion de la maladie par les patients. Nous les aborderons dans un dernier chapitre. J'ai organisé cette thèse en quatre parties. Une première partie où je présente la méthode de recherche. Une seconde partie où j'expose mes résultats. Une troisième partie de discussion et de références conceptuelles inspirées des lectures faites en complémentarité de la recherche qualitative effectuée. Et enfin une partie brève qui conclut ce travail.

MATERIEL ET METHODE

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Type d'étude

Ce travail de thèse analyse l'art de la parole en médecine générale, à travers le monde. Il cherche à explorer les différences ou les points communs dans la manière de communiquer (entre un médecin et un patient), dans les différents pays et leurs liens avec les diversités culturelles et les formations respectives des médecins.

Cette étude s'inspire du récit de vie. Le but du récit de vie² est de choisir un segment particulier de réalité sociale-historique et de chercher à comprendre comment il fonctionne et se transforme. Il y a du récit de vie dès qu'il y a description sous forme narrative d'un fragment de l'expérience vécue. Ces entretiens narratifs orientés contiennent nécessairement un grand nombre d'informations fiables.

Un récit de vie est le produit d'une interaction dialogique : il n'a pas un seul mais deux auteurs. Ce sont des entretiens au cours desquels un *chercheur* (dans cette thèse moi) demande à un *informateur* (ici un médecin généraliste dans le monde) de lui raconter tout ou partie de son expérience vécue.

Le chercheur aura tendance à orienter les entretiens narratifs qu'il fera avec un informateur donné vers ce qui intéresse sa propre discipline. Il suffit de recueillir un petit nombre raisonnablement varié de récits de vie d'informateurs qui ont vécu au sein de la même "pièce" de la mosaïque sociétale pour obtenir des informations clés. Les récits en tant que témoignages, se recoupent, se consolident mutuellement, se confirment.

Un *monde social* se construit autour d'un type spécifique d'activité (ici la médecine générale). Chaque *monde social* constitue un mésocosme qui est lui-même constitué de nombreux microcosmes. L'étude approfondie de quelques microcosmes permet d'identifier les logiques des situations qu'ils engendrent, les mécanismes générateurs de conduite, leur processus de reproduction et de transformation. Le fonctionnement d'un monde social peut engendrer une variété plus ou moins grande de type de microcosmes. N'en n'étudier qu'un seul conduirait à généraliser abusivement. Pour éviter cette erreur il faut contraster les terrains d'observation, et comparer ce qu'on y observe. Le parcours de chaque individu est l'équivalent de la trajectoire d'une particule luminescente dont la course révèle "là où ça passe et là où ça bloque". Comment, pourquoi, par qui, c'est au sujet de l'expliquer.

Le but de l'enquête de terrain n'est donc pas de vérifier une ou des hypothèses posées a priori, mais d'abord de décrire un phénomène, ensuite de chercher à en comprendre le fonctionnement interne et d'élaborer un modèle de ce fonctionnement sous la forme d'un corps d'hypothèses plausibles. Le *chercheur* se présente sur le terrain conscient de son ignorance et comme le ferait tout ethnologue, il s'adresse aux personnes qui y exercent leur activité pour savoir « comment ça marche ». Ces personnes prendront donc le statut d'informateurs sur leurs conditions de travail et de vie et sur les contextes de vie. L'homme ordinaire n'est plus traité comme un objet à observer, mais comme un informateur mieux informé que le sociologue qui l'interroge².

Dans cette étude, les informateurs et le chercheur appartiennent au même *monde social*.

J'ai longtemps eu des difficultés à m'imprégner de l'essence même de l'enquête qualitative, étant issue d'un monde social (les étudiants en médecine) assez formaté par la recherche quantitative. En effet tout au long de nos études on ne nous parle que de résultats statistiquement significatifs etc. D'ailleurs, la plupart des thèses auxquelles j'ai assisté sont des thèses de recherche quantitative (excepté pour quelques-uns de mes co-internes généralistes plus ouverts à la dimension sociale de la médecine).

Dans l'enquête quantitative les données ont deux fonctions : celle de fournir des descriptions statistiques fiables de phénomènes collectifs constitués par l'agrégation de comportements, d'attitudes, d'opinions ; et celle plus difficile à remplir de construire des hypothèses. Le statut des hypothèses différencie radicalement l'enquête ethnosociologique de la démarche hypothético-déductive. Ici il ne s'agit pas d'imaginer les hypothèses abstraitement puis de chercher à les vérifier par une enquête quantitative, mais de les élaborer, de les construire, peu à peu, à partir des observations concrètes et d'une réflexion fondée sur les récurrences. Les hypothèses construites de cette façon se stabilisent au fil de l'analyse des cas. On dira donc que le modèle ainsi construit a le statut d'une interprétation plausible, plutôt que d'une explication définitive. D'autre part dans l'enquête sociologique de terrain, la notion d'échantillon "statistiquement représentatif" n'a guère de sens.

La question habituelle « avez-vous vérifié vos hypothèses ? » prend donc ici une signification spécifique. Une hypothèse n'est nullement « vérifiée » parce qu'elle s'accorde effectivement aux cas concrets à partir desquels on l'a élaborée. Ce que l'on peut en dire, c'est qu'on en a examiné d'autres, des hypothèses alternatives, et que

celle que l'on a retenue s'est avérée jusqu'à nouvel ordre la plus adéquate pour rendre compte des faits et dynamiques observés².

Comment espérer généraliser les résultats d'une enquête de terrain à une société toute entière ? L'observation approfondie de quelques dizaines de cas, des parcours de vie de quelques dizaines de médecins, suffit-elle à construire un modèle généralisable à tous les médecins qui se trouvent dans la même situation ? Une réponse positive à cette question gagne en vraisemblance quand le microcosme étudié relève d'une institution nationale imposant partout les mêmes règles de fonctionnement. L'enquête qualitative sur la base d'un entretien, participe à la compréhension d'un phénomène. Pour illustrer cela, citons le film Hippocrate réalisé par Thomas Lilti sorti en salle en 2014. Le scénario a été inspiré des quelques récits de vie recueillis par le réalisateur (lui-même ancien interne). Après sa sortie, les internes étaient touchés par ce film si parlant, si proche de la réalité. Ainsi, l'observation approfondie de quelques dizaines de cas (ici appartenant tous au microcosme des internes en médecine, appartenant à une institution nationale avec des règles communes) peut donc suffire à construire un modèle généralisable à tous les médecins qui se trouvent dans la même situation.

3.2. Population

J'ai interrogé vingt-trois médecins généralistes (la plupart des personnes de ma connaissance) rencontrés lors de mes stages effectués pendant l'externat (à l'étranger) ou pendant l'internat (étrangers exerçant en France). D'autres médecins ont été recrutés par l'intermédiaire de mes contacts (connaissances de connaissances) afin d'obtenir un échantillon varié sur des critères tels que le continent d'origine, le continent d'exercice ou la zone d'exercice (rurale ; semi-rurale ; urbaine).

J'ai eu le grand regret de n'avoir aucune réponse des médecins contactés en Australie et en Russie. Je n'ai eu que très peu de réponses des pays d'Asie (à l'exception de mes contacts personnels d'Inde et du Népal où la culture est quand même très différente de celle de Chine, du Japon, de Corée ou de Thaïlande...)

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste et de parler français, anglais ou espagnol. L'âge moyen des médecins interrogés était de 36 ans. Presque autant d'hommes que de femmes (13 hommes et 10 femmes) ont été interrogés. J'ai sollicité 97 médecins (par mail) et reçu seulement 23 réponses positives pour participer à mon étude. Huit réponses positives venaient d'Afrique (deux réponses de Madagascar, une de Côte d'Ivoire, une d'Algérie, une de Guinée Conakry, une du Mali, une du Cameroun, une de la République du Congo), trois d'Europe (de France, d'Espagne et d'Arménie), cinq d'Amérique (des USA, d'Argentine et du Pérou à trois reprises), trois du Moyen Orient (dont deux réponses syriennes et une réponse libanaise), quatre d'Asie (du Népal et d'Inde trois fois), aucune réponse n'a été obtenue en provenance du continent Océanie. Les entretiens ayant été réalisés pendant la crise sanitaire liée au covid, beaucoup de ces entretiens ont été des visio-entretiens ou discussions instantanées messenger.

Tableau 1 : résumé des caractéristiques des médecins

Médecin	Sexe	Age	Nationalité	Pays d'exercice	Zone d'exercice	Type / Durée de l'entretien
M1	M	60	Libanaise	France, Liban et Sénégal	Semi-rurale et urbaine	20 minutes discussion en face à face

Médecin	Sexe	Age	Nationalité	Pays d'exercice	Zone d'exercice	Type / Durée de l'entretien
M2	F	32	Américaine	Allemagne	Urbaine	12 minutes visio
M3	M	27	Malgache	Madagascar	Rurale	13 minutes visio
M4	M	34	Indienne	Allemagne	Urbaine	Questionnaire écrit (souhait du médecin)
M5	M	32	Indienne	Inde, Népal, Tanzanie, Chili	Rurale puis semi rurale	12 minutes discussion instantanée messenger
M6	F	26	Péruvienne	Pérou	Urbaine	10 minutes visio
M7	F	32	Ivoirienne	Côte d'Ivoire, Russie et France	Rurale	11 minutes discussion instantanée messenger
M8	M	29	Péruvienne	Pérou	Semi- rurale	15 minutes visio
M9	F	27	Péruvienne	Pérou	Rurale	Questionnaire écrit (mauvaise connexion)

Médecin	Sexe	Age	Nationalité	Pays d'exercice	Zone d'exercice	Type / Durée de l'entretien
M10	M	38	Algérienne	Algérie, France et Allemagne	Urbaine	Questionnaire écrit (souhait du médecin)
M11	M	31	Guinéenne	Guinée Conakry et France	Rurale puis urbaine	14 minutes discussion instantanée messenger
M12	F	37	Maliennne	Mali	Semi- rurale	11 minutes visio
M13	F	42	Camerounaise	Sénégal	Urbaine	10 minutes visio
M14	M	33	Syrienne	Arménie, Allemagne	Urbaine	15 minutes discussion instantanée messenger
M15	M	34	Syrienne	Somalie	Rurale	Questionnaire écrit (mauvaise connexion)
M16	F	28	Arménienne	Arménie	Rurale	10 minutes discussion instantanée messenger

Médecin	Sexe	Age	Nationalité	Pays d'exercice	Zone d'exercice	Type / Durée de l'entretien
M17	F	41	Indienne	Inde	Urbaine	Questionnaire écrit (souhait du médecin)
M18	M	33	Malgache	Madagascar	Rurale	Questionnaire écrit (mauvaise connexion)
M19	F	30	Argentine	Argentine	Rurale	13 minutes visio
M20	M	51	Népalaise	Népal	Rurale	Questionnaire écrit (mauvaise connexion)
M21	M	35	Congolaise	RDC, Egypte, France		15 minutes discussion en face à face
M22	M	38	Espagnole	Espagne, France	Rurale	14 minutes visio
M23	F	62	Française	France, Afrique sahélienne	Urbaine	21 minutes discussion en face à face

3.3. Guide d'entretien

Une première grille d'entretien a été testée lors des deux premiers entretiens. Elle commençait par inviter le médecin à raconter une expérience vécue de bonne puis de mauvaise communication avec un patient dans le but d'initier une conversation. Cette grille a été révisée pour ajouter certaines questions et notamment pour insister sur les spécificités culturelles de chacun (religion, importance des médecines parallèles dans les pays d'exercice, inspiration des médecins etc.). Une question de synthèse a été posée seulement pour les deux derniers entretiens afin de recueillir l'avis de ces deux médecins sur les grandes similitudes/différences d'art de la parole déployées à travers le monde que j'avais mis en évidence en analysant les 21 premiers entretiens.

NB : grille d'entretien et grille d'entretien révisée en annexe 1 et 2

3.4. Recueil des données

Le sujet de l'entretien était présenté lors de la prise de rendez-vous (par mail) sous forme d'un court texte.

Les médecins ont été interrogés directement en face à face ou pour la plupart par internet (messenger pour certains car fluidité de questions-réponses à distance, via un team, whatsapp call ou via un questionnaire écrit pour ceux qui ne pouvaient pas me répondre en visio ou par messenger lorsque la connexion internet n'était pas suffisamment bonne et ne permettait pas une rapidité d'échange). Une première phrase d'explication du sujet et de ce qui avait motivé mes questionnements tenait lieu d'introduction puis je demandais l'autorisation pour enregistrer l'entretien en précisant que l'anonymat serait conservé et la conversation débutait.

Au début de l'entretien, je recueillais les caractéristiques générales des médecins à l'aide d'un court questionnaire à questions fermées. Age, sexe, nationalité, pays d'exercice, zone d'exercice (rurale, semi-rurale ou urbaine). Au fil des entretiens j'ai voulu une fois poser ces questions à la fin de l'entretien car j'avais constaté que je cassais un peu la spontanéité en les posant au début. Cependant je ne l'ai fait qu'une fois car savoir de quel pays d'origine était le médecin et dans quels pays il avait exercé la médecine était crucial pour l'entretien dans son intégralité.

La conversation était lancée par une première question ouverte demandant aux interrogés de me raconter une consultation où la communication avait pour eux été bonne. Pour relancer je demandais ensuite de me raconter un exemple de communication désastreuse. Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés. J'avais à disposition différentes questions (sur la religion du pays d'exercice, sur les médecines parallèles etc) et ces questions étaient posées à des moments opportuns, elles ne l'étaient pas toujours dans le même ordre lors des entretiens. Je n'ai bien sûr pas pu relancer ou semi-diriger les questionnaires envoyés par écrits et ces derniers sont beaucoup plus pauvres en informations. La durée des entretiens était de 10 à 21 minutes avec une moyenne de 13,5 minutes. Juste après l'entretien, je notais brièvement mon impression générale. La retranscription intégrale manuelle de l'entretien était faite dans les jours qui suivaient. J'ai ensuite imprimé et compilé ces entretiens dans un book relié papier afin de faciliter mon analyse.

3.5. Méthode d'analyse

J'ai d'abord effectué et retranscrit deux entretiens tests puis affiné les questions et la façon de réaliser mes entretiens. J'ai ensuite réalisé et retranscrit 18 entretiens sans

les analyser en profondeur tout de suite. J'évoluais bien sûr dans la manière de poser mes questions et de diriger les entretiens suivants puisque j'avais remarqué lors des entretiens précédents des points qui m'avait surpris, étonné etc. J'essayais alors de les repérer et de les noter s'ils étaient abordés dans l'entretien suivant.

Après les 21 premiers entretiens, j'ai effectué une analyse détaillée de chaque entretien et j'ai alors décidé d'en effectuer deux autres plus détaillés et en posant des questions plus affinées afin d'obtenir davantage de données. Le choix du dernier médecin interrogé a été fait suite à la lecture d'un article sur ce médecin justement, ayant travaillé avec des guérisseurs africains⁶⁵.

La saturation des données a été atteinte à l'issue de ces 23 entretiens.

Les verbatims ont ensuite été analysés en suivant les principes de la théorisation ancrée.

3.6. Éthique

Un avis auprès de la CPP et de la CNIL a été pris et n'a pas retenu d'indication à effectuer de déclaration pour ma recherche.

RESULTATS ET ANALYSE

4. RESULTATS ET ANALYSE

4.1. La parole du généraliste dans le monde

Dans l'ensemble des verbatims analysés, une dizaine de notions ont été mise en évidence, toutes présentes dans l'ensemble des entretiens, à croire que les médecins s'étaient concertés avant de me répondre. Ces dix notions ont été regroupées ci-dessous.

4.1.1. Anticiper

Dans vingt-et-un entretiens sur vingt-trois, le mot anticipé a été évoqué par les médecins interrogés. Un médecin libanais m'expliquait que pour éviter une situation d'agressivité il aurait dû « *rester alerte afin d'identifier précocement les situations potentielles où le patient risquait d'être irrité et risquait de ne plus pouvoir garder son calme* » (M1). En d'autres termes ce médecin aurait dû anticiper, supposer ce qui allait arriver et adapter sa conduite, sa parole à cette supposition. Le médecin aurait dû devancer la parole du patient pour adapter la sienne. Un médecin malgache me disait que les situations de prévention étaient celles où il rencontrait des difficultés dans la communication avec ses patients. Il a souligné que l'anticipation du médecin était d'abord dans l'anticipation de certains risques. « *Le médecin tente de modifier les pratiques des individus. Mais faire changer les habitudes peut entraîner chez le patient de l'agressivité envers le médecin* » (M1). Il reste possible de gérer cette agressivité. Pour cela il faut « *désamorcer la crise* » (M1) le plus en amont possible car lorsqu'une personne éprouve un stress important, on ne peut plus du tout dialoguer. Ce n'est qu'en anticipant la façon de réagir et en anticipant la survenue d'un comportement agressif qu'on arrive à gérer au mieux la situation. La principale cause de ces tensions est d'ailleurs le défaut de communication, les malentendus. « *Comprendre son patient*

en sachant lire dans son comportement permet au médecin d'anticiper les réactions de son patient dans le but d'adapter son discours à ce patient-là ». D'autre part, combien de patients demandent au médecin « *C'est grave docteur ?* ». Un médecin indien me disait « *Beaucoup de patients pensent que nous sommes magiciens. Cela peut être difficile de sentir qu'ils n'ont pas confiance en nous simplement parce que nous ne pouvons pas prédire l'avenir* » (M4). Le pronostic n'est pas une simple prévision, mais un discours sur l'anticipation d'une guérison.

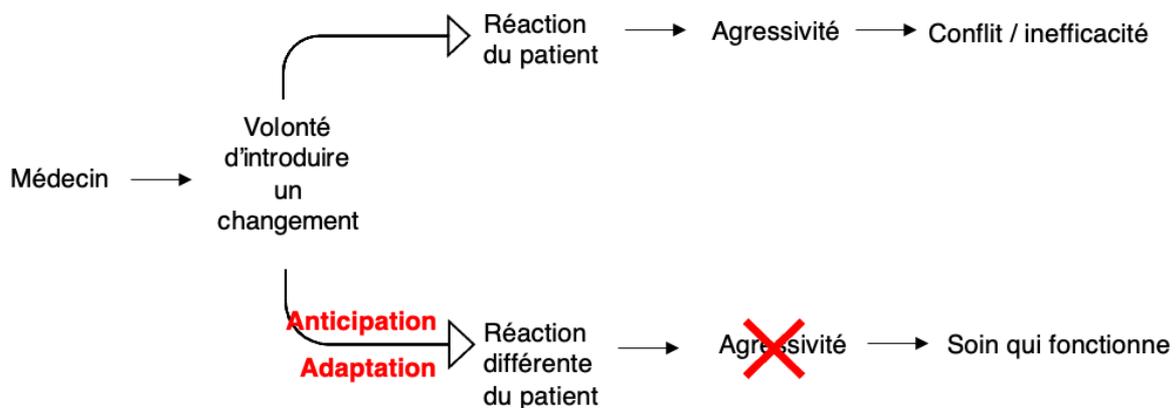


Figure 1 : importance de l'anticipation dans le soin (Verdier Pauline)

4.1.2. Informer

Les médecins interrogés devaient entre autres me raconter une situation dans laquelle la communication avec le patient s'était bien déroulée. Dans ces situations décrites, la satisfaction mutuelle venait très souvent d'une bonne explication de la part du médecin. Une médecin péruvienne (M8) m'a présenté une situation où un homme d'environ 50 ans venait la voir en consultation. Ce dernier présentait encore des valeurs tensionnelles élevées (au cabinet comme à la maison). Malgré qu'il fût difficile pour le patient d'accepter ce diagnostic d'hypertension qui devait maintenant être traitée, la médecin avait su l'apaiser en lui donnant des explications claires et simples. Cette dernière lui a fait un petit schéma avec des stratégies efficaces pour diminuer

ses facteurs de risques cardiovasculaires. Elle a ressenti après ses explications un regain de motivation à réaliser cette prise en charge. La délivrance de l'information est orale. En complément de cette information, un document écrit peut être remis au patient pour lui permettre de s'y reporter. L'entretien individuel doit permettre un dialogue avec le patient. Cela nécessite un environnement adapté, du temps, de la disponibilité et du tact de la part du médecin. C'est en cultivant son art de la parole que le médecin saura délivrer cette information au mieux. Cette même médecin m'a présenté une situation de mauvaise communication cette fois à cause d'une information mal présentée au patient. Durant une consultation elle a reçu une femme d'une quarantaine d'années qu'elle ne connaissait pas, venue en urgence de la "montagne". Après l'examen physique et dans le contexte actuel, le diagnostic le plus probable était une infection covid. Malgré que la médecin essayait d'expliquer à la patiente son diagnostic et la prise en charge proposée, la patiente se mit à vociférer et n'accepta pas le diagnostic. La médecin souligna qu'à ce moment-là elle avait compris qu'elle n'arriverait pas à obtenir une bonne communication avec cette patiente. L'explication donnée par la médecin venait d'une part de la grande désinformation qui existe au Pérou concernant cette crise et d'autre part de la brèche culturelle énorme qui existe dans son pays entre les patients de la ville et ceux des régions reculées. Lorsque le patient exprime la volonté de ne pas être informé, cette volonté doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. L'information tient compte de la situation du patient dans ses dimensions psychologiques, sociales et culturelles.

4.1.3. Prendre le temps

La notion de temps revient dans la plupart des entretiens réalisés. La perception par le médecin d'une consultation où l'échange a été de bonne qualité est souvent liée à la notion de temps. Lorsque le médecin est pressé, très souvent contre son gré (par un trop grand nombre de patients en attente ou par des impératifs telle qu'une visite en urgence), il a le sentiment de ne pas entrer en communication avec son patient. Quel que soit le pays du monde, le médecin est heureux lorsqu'il a pris son temps avec le patient et les médecins reconnaissent que ce temps est précieux et permet d'avoir avec le patient une parole beaucoup plus sereine et apaisante.

Une médecin française m'expliquait qu'elle n'était pas bien en ce moment dans ses consultations en général lorsque je lui demandais de me décrire une situation de mauvaise communication. Pour cette médecin la pandémie entraînait un surnombre de consultations quotidiennes qu'elle ne pouvait pas gérer sans aller vite. Ne pas prendre le temps avec ses patients depuis le début de la pandémie avait généré une agressivité mutuelle qui la rendait mal et moins efficace dans le soin. Elle dit « *La pression fait qu'on n'a pas le temps. Quand on a trop de pression et pas le temps, on ne prend plus en compte les gens et on travaille mal. L'époque fait qu'en ce moment je trouve que je communique mal. Il faut avoir du temps, avoir envie d'être avec les gens* » (M23). Sophie Auge et Marine Gonsolin⁶⁰ dans leur thèse de médecine générale soutenue en mars 2020 soulignent que ce n'est pas tant la durée de consultation qui compte mais l'interaction entre le médecin et son patient, d'où découle directement la qualité des soins. Il semblerait que la satisfaction du patient soit le produit de l'empathie du médecin au travers de son écoute et de sa disponibilité ce qui confirme les propos tenus par la médecin que j'ai interrogée.



Figure 2 : *Durée de consultation et satisfaction en médecine générale*. Thèse de Sophie Auge et Marine Gonsolin. Université Aix-Marseille ; Mars 2020

4.1.4. Gérer ses émotions

Les émotions des médecins peuvent être intenses en consultation face à certains comportements de leurs patients. Une médecin argentine (M19) me décrivait une situation pendant laquelle elle n'avait pas pu contenir ses émotions. Ce manque de contrôle avait entraîné une scission dans la relation avec sa patiente. Elle m'expliqua ensuite que malgré la fin de la consultation, elle s'était sentie énervée toute la journée et que les autres patients avaient payé cette mauvaise humeur sans en être à l'origine. Les émotions peuvent influencer la prise en charge du patient voire même la prise en charge des patients suivants. Les émotions sont variées. Les émotions négatives (tristesse, peine, anxiété, colère) entraînent une mauvaise relation comme on vient de le voir dans l'exemple ci-dessus. Il apparaît donc essentiel que les médecins sachent gérer leurs émotions afin de contribuer à une relation soignante de qualité. Les émotions positives (joie, satisfaction) peuvent être utilisées par le médecin au bénéfice de soins de qualité. Un médecin malien qui a consulté le jour de la naissance de sa fille (ce médecin exerce en France et son épouse enceinte était restée pour un temps au Mali) m'a dit « *Ce jour-là j'avais des ailes, je pouvais aider n'importe qui* » (M12).

Les formations en ce domaine sont insuffisantes au cours des études médicales. Un médecin algérien (M10) me disait qu'il n'avait jamais reçu au cours de sa formation d'informations, de cours, de débats concernant la communication, la relation en consultation. Il avait ensuite, par curiosité et au gré de ses rencontres une fois en France découvert que cela existait. Il avait compris assez tard à quel point cela était important. En effet au cours de notre cursus universitaire, nous n'avons abordé la difficulté du relationnel de manière concrète que pendant l'internat, au cours des GEASP organisé par le DMG. Les outils de gestion apportés lors des groupes de pairs semblent être indispensables pour les médecins afin d'apprendre à gérer leurs émotions et ceci dans le but d'une meilleure communication avec les patients.

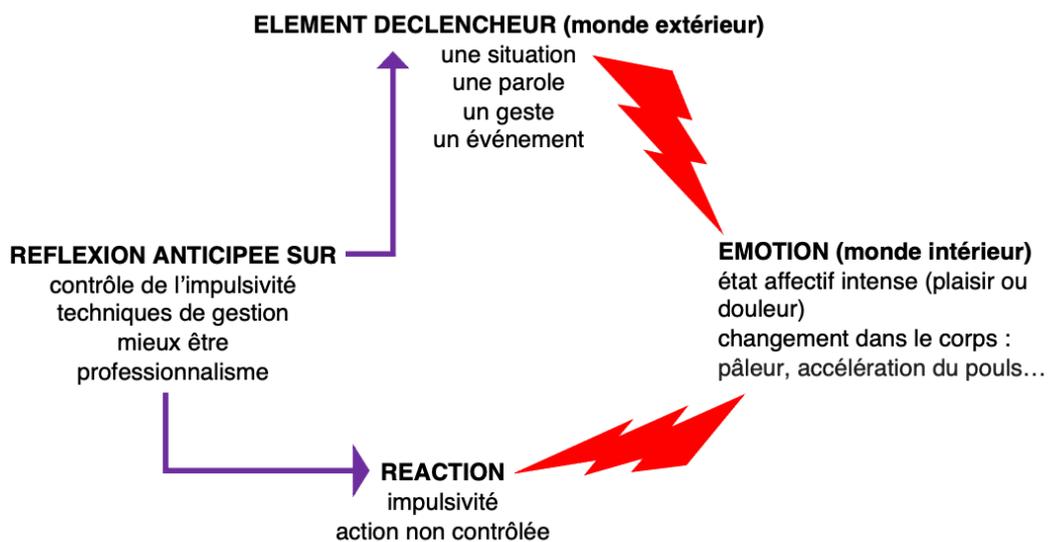


Figure 3 : la gestion des émotions (Verdier Pauline)

4.1.5. Être patient

A la question, comment cultivez-vous cet art de la parole en médecine ? un médecin indien m'a répondu « *Avec la patience, la patience d'attendre que mon art de la parole se bonifie avec le temps* » (M17). Cette notion de patience est revenue dans cinq de mes entretiens avec souvent la patience mise en avant dans les consultations où les

médecins avaient perçu une bonne communication. Le Dr Michel Geoffroy, dans un livre³ où il brosse le portrait d'un « bon médecin » attribue à ce dernier trois qualités : être un médecin savant, patient et prudent. Le médecin doit retrouver l'autre, le malade, celui qui lui est confié et qui lui fait confiance, au cours de la durée d'une rencontre. La patience est cette vertu « *qui va permettre de poser sur l'autre un regard qui n'est pas réifiant* ». La médecine générale partage avec certaines spécialités le suivi de patients au long terme. Nous savons que ceux-ci se révèlent au fur et à mesure des rencontres, des consultations et des visites, des épisodes aigus et du suivi chronique. Un médecin syrien (M14) disait lors de l'entretien qu'avec le temps et la patience il avait fini par connaître non seulement les pathologies, les facteurs de risque, mais il pressentait aussi la façon dont ses patients pouvaient manifester leur inquiétude ou la garder pour eux. Ce médecin disait que ses débuts avaient été difficiles d'un point de vue relationnel mais qu'avec le temps et la patience il était devenu meilleur et qu'il se sentait mieux d'année en année. Le patient n'est donc pas le seul à attendre et à être affecté. Un bon médecin l'est aussi, par la sollicitude et l'engagement qu'il manifeste.



Figure 4 : illustration humoristique (Edwige Garachon, blog ludisplay). La patience est la vertu de celui qui sait attendre, elle est aussi la qualité de celui qui peut supporter la souffrance.

4.1.6. Écouter la parole de l'autre

Mes entretiens orientaient beaucoup les médecins sur leur parole. En revanche, une médecin camerounaise m'a présenté comme situation de bonne communication une situation où elle avait simplement écouté son patient et ses plaintes. Il a été plus important pour elle dans cette situation de savoir écouter son patient plutôt que de savoir manier les mots. Une médecin arménienne (M16) m'a parlé d'une étude montrant que les médecins ne seraient pas assez à l'écoute de leurs patients. Vingt-trois secondes, c'est le temps qu'ils leur accorderaient pour exposer les motifs de consultation, avant de les interrompre pour rediriger leur parole. Ces chiffres proviennent d'une étude américaine publiée en 1999, et relative à des médecins nord-américains. Elle s'appuie sur l'analyse de 300 consultations réalisées entre 1995 et 1996 par 29 médecins exerçant essentiellement en zone semi-rurale, dans le Colorado. « *Un patient pardonnera une erreur de diagnostic mais pardonnera difficilement au médecin de ne pas l'avoir écouté. Le temps d'écoute est grignoté par toutes les techniques dont on dispose. Avec la technique, on peut savoir ce qui se passe dans le corps du patient quasiment sans le voir mais le patient a un savoir sur ce qu'il vit, qui doit servir de base au savoir du médecin* » (M22) souligne un médecin espagnol interrogé.



Figure 5 : illustration humoristique (dessin de Fock sur le site Lucperino.com)

Rien ne remplace l'écoute attentive²⁰, et le médecin doit entendre tout ce que le patient a à dire. Des techniques simples permettent d'améliorer l'écoute, nous avons la chance à Clermont Ferrand de les avoir travaillées lors de nos formations avec le DMG (jeux de rôle très formateurs médecin-patient où les étudiants sont filmés et où ils ont pu voir par eux-mêmes leur propension à couper la parole et leur difficulté à écouter)



Figure 6 : illustration humoristique (illustration de l'auteur Védécé tenant le blog vie de carabin).

4.1.7. S'adapter au patient

Tous les médecins interrogés ont été confrontés à des consultations avec des patients ne parlant pas la même langue qu'eux. Ils font tous preuve de beaucoup d'imagination pour s'adapter à leurs patients. Les médecins ont recours à des techniques similaires quel que soit l'endroit du globe. Depuis quelques décennies les logiciels d'aide à la traduction sont des outils couramment utilisés. Trois médecins (francophones) m'ont cité l'application Mediglotte dont ils se servent avec les patients étrangers. Tous les

autres s'en sortent avec des dessins, des schémas, des gestes. La communication non verbale est au cœur de la consultation dans ces situations-là. Que le patient ne sache pas lire ou écrire, qu'il soit de confession musulmane ou juive, qu'il vienne d'Asie, d'Afrique, qu'il soit avocat ou ouvrier, les médecins interrogés s'adaptent à tous. Ils sont capables d'apporter à chaque patient ce qu'il attend.

4.1.8. Rassurer

Les médecins interrogés ont à cœur de rassurer leurs patients. Une histoire racontée par un médecin malgache illustre bien cette volonté de réassurance : « *Une petite fille de 7 ans que j'ai reçu en consultation avec ses parents était impressionnée dès la salle d'attente. Je ne la connaissais pas encore. Je l'ai tout de suite adopté en lui demandant son nom, son âge et en faisant le clown. Je l'ai fait entrer dans le cabinet pour demander ce qui n'allait pas et les parents se sont facilement confiés à moi. J'ai fait tous les examens nécessaires et j'ai vu le soulagement des parents devant la bonne communication entre l'enfant et moi. J'ai des enfants du même âge à peu près et je sais comment ils fonctionnent. Comprendre son patient en sachant lire dans son comportement permet d'anticiper les réactions et d'adapter son discours à ce patient-là. La consultation s'est bien passée et les parents se sont sentis rassurés. Ils ont tout compris. Ils ont acheté les médicaments et sont rentrés chez eux tranquille. Je me suis senti bien à la fin de cette consultation, un sentiment d'avoir bien fait mon travail* »(M3).

La compréhension est la première étape pour rassurer un patient inquiet et anxieux. Chaque être humain réagit différemment à la peur. Certains répondent par l'inhibition ou la fuite, d'autres préfèrent le combat. Les personnes atteintes d'anxiété deviennent très sensibles à la moindre menace. Il est donc important de prêter attention aux manifestations du malaise chez le patient. Pour venir en aide au patient anxieux, le

mieux serait de lui demander clairement le genre de soutien qu'il souhaite obtenir. Le patient peut aussi avoir besoin de discuter (d'une situation compliquée qu'il traverse par exemple). Certains ont juste besoin d'être soutenus émotionnellement pour être rassurés. Un médecin népalais me disait « *Rassurer, soutenir, c'est juste donner au patient un coup de main afin qu'il puisse s'aider lui-même* » (M20).

4.1.9. Se remettre en cause

Les médecins interrogés se sont tous remis en cause après m'avoir décrit des situations de mauvaise communication. La difficulté d'établir une relation de confiance, la multiplication des examens inutiles demandés par le patient, la non-observance des patients pouvaient être des causes de frustrations chez les médecins et pouvaient entraîner de l'agressivité de la part des médecins envers leurs patients. Ces problèmes peuvent conduire à la rupture de la relation médecin-patient et inciter les patients à changer de médecin.

Un médecin américain (M2) interrogé soulignait que les nombreuses plaintes contre les médecins dans son pays concernent très souvent le manque d'écoute du médecin et le sentiment du patient de ne pas être traité avec respect. A l'inverse, quand le médecin et le patient entretiennent une relation de confiance, on observe souvent une diminution du nombre de plaintes. Dans une telle relation, le médecin est davantage en mesure d'évaluer les progrès de son patient ou d'identifier le moment adéquat pour interrompre un traitement médicamenteux. Ceci concerne tout particulièrement les malades chroniques dont le nombre est en constante augmentation. Le patient est alors plus satisfait et reste fidèle à son médecin. Ces dernières années, la relation entre le médecin et le patient s'est considérablement transformée²¹. L'asymétrie du modèle paternaliste est aujourd'hui réduite et le patient a gagné en importance.

Le patient est de plus en plus écouté et ses souhaits sont davantage respectés. Sa volonté tend à prédominer sur son bien-être. Ce n'est qu'avec un grand travail de remise en cause que la relation médecin-malade s'est transformée au fil des années pour tendre vers une parole plus équilibrée et plus saine. Cette remise en cause est essentielle au médecin pour préserver son art de la parole et éviter de se figer dans une parole à sens unique.



Figure 7 : illustration humoristique (Olivier Ranson)

4.1.10. Se former

A la question, pensez-vous que la parole peut avoir un effet presque magique chez certains patients ? Un médecin espagnol (M22) ayant exercé au Congo et à Madagascar m'a expliqué qu'il utilisait beaucoup la communication thérapeutique positive. La communication thérapeutique est essentielle dans la construction de la relation soignant-soigné afin de permettre une meilleure compréhension du patient des événements inhérents à sa prise en charge et aux soins. Elle permet d'instaurer une confiance, de lever les doutes. Elle est parfois assimilée à l'hypnose conversationnelle.

Ce médecin m'explique alors que la communication thérapeutique fait appel à :

- l'analyse et l'utilisation de plusieurs types de langages : verbal, non verbal
- l'écoute active et l'empathie
- la reformulation
- la capacité à remplacer des mots négatifs par des mots positifs

La communication thérapeutique positive diminue l'anxiété et la douleur chez les patients. Le but de cette communication est de ne pas utiliser la négation car le cerveau droit n'entend pas la négation, et retient donc le mot sans la négation. Les suggestions doivent être à la forme affirmative.

A bannir : « Ne vous inquiétez pas »

A utiliser : « Soyez rassuré »

« Cela ne durera pas longtemps »

« Cela va être rapide »

« Ne bougez pas votre bras »

« Laissez votre bras ici »

« Avez-vous mal ? »

« Êtes-vous confortable ? »

« Avez-vous froid ? »

« Avez-vous suffisamment
chaud ? »

Ce médecin lors de son entretien m'a aussi appris que la position relationnelle est importante. Les patients sous-estiment le temps passé par les médecins et les étudiants en médecine à leurs côtés s'ils restent debout et surestiment le temps passé par les médecins et les étudiants en médecine à leurs côtés s'ils s'assoient.

Un médecin congolais me disait s'inspirer des autres médecins plus âgés ou plus expérimentés comme sources d'inspiration pour améliorer sa pratique. « *Nos pairs qui sont exigeants et qui donnent les meilleurs soins possibles à leur patient tout en faisant preuve d'une grande écoute et d'une grande empathie pour le patient et la famille sont les plus admirables* » (M21).

4.2. Les autres paroles qui comptent

4.2.1. Médecine et religion

La religion d'après les médecins interrogés dans mon étude, pouvait parfois être un frein aux bonnes pratiques médicales. Ce frein était souvent cité par les médecins d'origine africaine, indienne et sud-américaine. Au Sénégal la religion prédominante est l'islam. Un médecin libanais ayant exercé au Sénégal m'expliquait que « *deux confréries islamistes s'opposent, les Mourides (affiliés à un marabout de la famille M'Backe. La chefferie de la confrérie se transmet de père en fils) et les Tijanis affiliés à un courant venu du sud algérien et la famille Sy. L'influence des confréries est très importante dans ce pays dans tous les domaines de la vie et donc bien sûr aussi dans le domaine de la santé. Les diollas en Casamance, dans le sud du Sénégal, sont chrétiens ou animistes avec beaucoup de rituels religieux et thérapeutiques* » (M1). Ce même médecin soulignait qu'au Liban « *il existe treize confessions et la religion est moins influente sur la santé mais elle induit un fatalisme parfois délétère pour l'observance thérapeutique* » (M1).

La religion principale de Guinée Conakri est l'Islam et les guinéens sont très pratiquants, parfois certains malades ne souhaitent plus aller à l'hôpital car ils se résignent à l'idée que c'est « *la volonté divine qui les guide* » (M11) s'ils sont malades. Nombreux sont les médecins interrogés ayant fait référence aux témoins de Jéhovah qui refusent de se faire transfuser à cause de leurs convictions religieuses.

Une médecin Ivoirienne précise qu'en Côte d'Ivoire « *il y a 34 % de chrétiens, 42 % de musulmans et 24% d'autres religions. Les croyances religieuses influencent beaucoup la médecine conventionnelle. Par exemple dans les petits villages si quelqu'un est malade, la famille ira d'abord consulter le marabout de la communauté, le pasteur ou l'imam afin de déterminer si cette pathologie est d'origine mystique avant*

même de consulter un médecin, souvent moins accessible en terme géographique et en termes de coût » (M7). En Afrique, en Inde, et dans beaucoup de pays d'Amérique du Sud, il n'y a pas de couverture sociale pour tous et ceci explique aussi le recours, par les patients à d'autres moyens pour se soigner. Dans l'histoire des religions, la délivrance du mal est effectuée par l'église. Ainsi dans beaucoup de pays, lorsqu'un pasteur promet au patient de le guérir avec ses prières, le patient se repose sur cette promesse plutôt que de suivre son traitement. En République démocratique du Congo (religion catholique, une petite portion de musulmans) « la maladie est parfois perçue comme un malheur, une punition ou une épreuve. Ainsi tout ce que le médecin pourra ou pourrait faire, se fera uniquement par la grâce de Dieu. Cette vision de la vie donne de l'espoir au patient, espoir que tout ira mieux, acceptation des diagnostics lourds qui sont la volonté de Dieu. Il arrive souvent que des traitements ne soient pas pris au profit des prières d'un pasteur qui a certifié qu'il guérit complètement le diabète sucré, le VIH, le cancer... Les exorcistes font boire des produits de nature non connue en même temps ou à la place des traitements médicamenteux prescrits par le médecin conventionnel. Il faut noter que cela arrive même en hospitalisation avec la complicité de la famille. Les négligences médicales sont souvent moins réprimées en RDC qu'en France car en RDC la population ne pense pas que la mort puisse être due à une faute du médecin mais qu'elle est dans tous les cas la volonté de Dieu » (M21).

Au Pérou, la religion catholique domine. Une médecin interrogée explique que « *dans les petits villages reculés des Andes, certains patients n'acceptent pas les traitements médicamenteux comme thérapie initiale mais préfèrent certains rituels religieux* » (M6). Les Péruviens ont aussi beaucoup recours aux kallawayas, notamment parce que ces derniers parlent souvent la langue locale (quechua ou aymara) alors que les médecins conventionnels, formés à Lima, parlent l'espagnol castillan.

4.2.2. Les autres croyances

De nombreuses croyances existent partout dans le monde. L'une de ces croyances m'a été décrite minutieusement par une médecin péruvienne lors d'un stage d'externat au Pérou. Cette médecin connaît bien les croyances andines puisqu'elle a travaillé dans un centre médical reculé pendant plusieurs années. Les kallawayas⁴ au Pérou notamment (mais ils n'ont pas de frontières donc on les retrouve aussi en Bolivie par exemple) sont connus pour être des voyageurs énigmatiques, portant une croix d'argent et des sacs chargés de plantes décorés avec des monnaies. Leur réputation est celle de sages médecins aux pouvoirs magiques, de gitans des Andes, de sorciers lisant l'avenir. Ils suscitent la crainte et l'admiration. Les Kallawayas actuels ne maîtrisent pas les savoirs des plantes de manière égale, ne dispensent qu'assez peu ou plus du tout leurs soins de manière itinérante et tous ne parlent pas la langue sacrée. Kallawaya signifie en quechua "celui qui porte des plantes sur le dos". Ils sont connus depuis toujours pour avoir été les médecins officiels de la noblesse incaïque, et pour leurs voyages à travers le monde andin, et au-delà, pour soigner, guérir, échanger ou vendre leurs préparations. Aujourd'hui, les Kallawayas ont une pratique et une connaissance plus ou moins importante de l'usage des plantes, des rituels de soins et de la cosmovision qui leur est propre. Les Kallawayas dialoguent avec les éléments naturels. Ils savent écouter et interpréter les manifestations et les changements de la nature. La nature immense de la cordillère des Andes abrite des divinités et des esprits. Quand ceux-ci se manifestent, les hommes savent leur parler, pour apaiser leur colère ou solliciter une faveur par les prières, les rituels, la musique, les dons partagés... La Pachamama, la « Terre Mère » en quechua, est la source de toutes les formes de vie. L'Homme n'est qu'un prolongement naturel de la Pachamama. Au Pérou, la médecine conventionnelle a longtemps été réservée à une

élite à cause de son coût mais surtout par le fait que les villages andins ont longtemps (et certains le sont encore aujourd'hui) été extrêmement difficiles d'accès géographiquement. Ce manque d'accès au système de soins classiques est à l'origine d'une culture de médecine traditionnelle, herboriste (avec ce qu'il y a sur place, donné par la Pachamama). Les conjonctivites sont soignées avec de l'eau de camomille par exemple aux propriétés anti-inflammatoires. Dans les villages péruviens isolés de hautes montagnes, on peut lire dans les journaux locaux des histoires de chamanerie qui se pratiquent encore et auxquelles les gens croient. Le mal se traite via des rituels, prières et boissons extraites de plantes, racines, serpents etc. Il existe aussi au Pérou, une école de chamanerie dans le département de Pucallpa.



Figure 8 : femme Kallawayaya d'un village péruvien des Andes (photo Pauline Verdier)

En France (et nombreux pays du monde) il existe des coupeurs de feu qui ont un « don » pour soulager la douleur des patients brûlés. Le médecin espagnol interrogé explique que « *les brûlures sont des douleurs très difficiles à soulager* » (M22). Quand les médecins reçoivent un patient brûlé aux urgences (où ce médecin travaille deux jours par mois), ils s'occupent de traiter les lésions et proposent quasi tout le temps

aux patients d'appeler un coupeur de feu pour soulager les douleurs, en plus de la morphine. Chaque service d'urgences en France possède un ou deux numéros de coupeurs de feu locaux. La médecine conventionnelle et les coupeurs de feu étant complémentaires. Certains coupeurs de feu utilisent des onomatopées, des incantations. On peut donc dire que d'une certaine manière, dans ce cas-là, ce sont les mots qui soignent.

En Afrique les marabouts ou tradithérapeutes (médecine traditionnelle dans laquelle les pathologies sont traitées avec les plantes chez un guérisseur de la communauté⁵) font partie intégrante des solutions médicales. « *Le Pr Coulomb, dans les années 1980 dans les services de psychiatries du CHU de Fann au Sénégal, travaillait en très étroite collaboration avec les marabouts et les tradithérapeutes au sein même de son établissement : ceci afin de ne pas bousculer les patients dans leurs croyances ni les rebuter* » (M1).

En Côte d'Ivoire précise la médecin ivoirienne interrogée, « *la médecine homéopathique existe également. Cette médecine a été apportée par les pays colonisateurs et connaît tout de même un certain engouement. La médecine spirituelle (par les incantations) permet quant à elle la guérison d'une maladie dite d'origine mystique (mauvais sort des sorciers)* » (M7). En RDC, « *toute baisse de la vitalité et tout ce qui va avec s'explique par des forces surnaturelles, émanant de gens aux intentions impures. Ainsi la pauvreté, la maladie, l'impuissance... sont dans le commun de la population facilement liées à la sorcellerie, à des complots de jaloux... bref à des forces négatives. Ainsi il est plus facilement accepté que l'on ait été empoisonné, ensorcelé que d'admettre qu'on a un ulcère gastrique parce qu'on mange trop épicé ou un diabète parce qu'on mange déséquilibré depuis bien trop d'années* souligne le médecin congolais interrogé » (M21).

4.2.3. La grande diversité des représentations de la maladie

Un médecin indien (M17) a souligné l'impact des représentations des patients à propos de la maladie et du corps sur leur manière de recevoir le soin de la part de leur médecin.

La santé et les maladies représentent des concepts subjectifs qui varient en fonction de nombreux facteurs, notamment la culture d'appartenance. Les représentations de la santé et des maladies sont très différentes entre un médecin et un patient par exemple, tout comme elles le sont entre un patient d'origine africaine ou américaine. Les professionnels de la santé devraient engager le dialogue avec leurs patients au sujet de leurs représentations culturelles de la santé et des maladies, et ce, dans un climat empreint de respect. Lors d'une consultation le patient amène avec lui ses connaissances concernant son corps et sa maladie. Les représentations se constituent à partir de nos expériences, mais aussi des informations, savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, la communication sociale. Le clinicien est confronté au monde méconnu de son patient. La maladie telle qu'elle est traitée par le corps médical ne se confond pas nécessairement avec la maladie vécue par le patient. Un médecin français explique que les médicaments sont un objet transitionnel et dit « *On ne peut pas couper la tête et le corps (...) il y a non seulement le substrat organique du médicament, la substance chimique, mais il y a surtout la confiance du patient dans le prescripteur. Le médicament est un objet transitionnel comme les gri-gri en Afrique. C'est-à-dire que quand le patient va prendre son médicament à la maison il va prendre le médicament que son médecin lui a prescrit, un peu comme une potion magique du médecin. Dans la représentation des patients le médicament est le support de la relation que le médecin a établi avec eux* » (M23)

4.2.4. L'environnement familial et social

La parole de la famille et de l'environnement social du patient a aussi une influence dans sa santé et sur ses choix pour sa santé. Un exemple frappant m'a été donné par un médecin malien. Au Mali, la religion musulmane est la religion principale. « *Les femmes musulmanes de son pays refusaient très souvent d'être vue en gynécologie par des praticiens hommes. Un jour, la femme d'un imam gravement malade d'une tumeur gynécologique a été suivie par un gynécologue homme de confession chrétienne. Cet exemple a fait la une des journaux de la région et ceci a changé la mentalité de nombreux couples maliens de cette partie du Mali. Ces derniers ont commencé à accepter que la femme soit vue par n'importe quel praticien quel que soit son sexe et sa religion* » (M12). Les relations inter-familiales, le comportement des uns et des autres, les souffrances des uns et des autres peuvent être comprises et prises en charge en tenant compte de cette sphère familiale et sociale. Un médecin français ayant exercé de nombreuses années en Afrique met en exergue l'importance de demander des nouvelles de la famille d'un patient africain afin de lui montrer que son univers social est pris en compte. En effet « *un africain n'existe que par sa famille et son univers social* » (M23). Outre la sphère familiale le médecin généraliste connaît aussi très bien la sphère sociale de ses patients et les contraintes qu'elle implique (boulangier du village, mécanicien, charpentier...). La médecine sociale est l'expression d'une approche écosystémique en santé humaine qui consiste à s'éloigner de la maladie pour mieux percevoir le malade, à relier cette maladie aux conditions socio-économiques de vie et à situer ce malade dans son contexte de vie⁶². La médecine générale pratique entre autres la médecine sociale même si cette dernière reste avant tout la spécialité des médecins de santé publique.

4.3. Typologie de communication en consultation

Dans les consultations s'étant bien passées, le médecin et le patient sont sur la même longueur d'onde, ils se comprennent. En revanche, j'ai pu mettre en évidence assez rapidement en analysant les consultations s'étant mal passées, une discordance de perception entre la parole proférée par le médecin, qui pense souvent bien faire, et celle perçue par le patient.

4.3.1. Communication souhaitée

Dans toutes les situations analysées, qu'elles viennent du Népal, du Chili, d'Allemagne ou de Guinée, lorsque le médecin avait l'impression que la parole avait été bonne lors de la consultation, les mêmes éléments clés étaient présents. Le médecin avait réussi à rassurer le patient. Il avait pu lui expliquer les choses de manière détaillée et le patient avait compris. Une décision thérapeutique avait été prise et elle convenait autant au médecin qu'au patient. La consultation se terminait par une marque de reconnaissance mutuelle, souvent emprunte au domaine de la communication non verbale, un sourire bienveillant. Cependant, l'information donnée par le médecin ne correspond pas forcément aux attentes du patient. Comme le dit un médecin libanais lors des entretiens, « *Parfois, en reprenant un patient pour corriger ses erreurs concernant sa santé, le médecin ne pressent pas la susceptibilité du patient. Le patient peut alors se sentir agressé, diminué et responsable de son état de santé* » (M1).

4.3.2. Communication perçue

Un des médecins interrogés, d'origine camerounaise me disait « *La façon dont le médecin parle indique aux patients à quel point le médecin est professionnel* » (M13). Parfois, pour bien faire, le médecin reprend le patient, le coupe et réexplique car il veut à tout prix faire comprendre, transmettre son savoir au patient pour que la prise en

charge soit optimale. Mais il est ressorti de cette analyse que le médecin généraliste ne doit pas oublier qu'il est face à un être humain, avec ses susceptibilités, ses interprétations et que cet être humain peut se sentir agressé ou diminué par un commentaire du médecin. Le patient peut percevoir le discours comme malveillant ou ne répondant pas à ses attentes, même si la volonté du soignant est tout le contraire. Le médecin doit donc être capable d'anticiper les réactions possibles de ses patients et cela très rapidement s'il veut adapter son discours à chacun. Il existe une difficulté des médecins comme des patients à communiquer. Un des médecins interrogés souligne qu'« *il est important de rappeler que dans tout problème de communication, il y a deux interlocuteurs. Ainsi, il faut définir la source du problème. Parfois, c'est le médecin lui-même (...), en d'autres occasions, le patient (...)* » (M1). Il semblerait que seulement 30% du message passe par son contenu (les mots), le reste étant de l'ordre du non-verbal. Ce que dit le médecin a donc de l'importance, mais sa manière de le dire, les gestes, le regard, le ton, sont également des signaux que le patient va recevoir et interpréter.

Les langages adoptés d'un côté comme de l'autre sont révélateurs non seulement des différences de statut qui caractérisent telle ou telle stratification sociale, mais également des codes (ou registre linguistique) qui différencient les connaissances de base des participants, les croyances liées à la maladie et à ses causes. D'un côté les médecins ne comprennent pas que les patients arrêtent d'eux-mêmes un traitement, ne viennent pas à leur rendez-vous, ne révèlent pas des éléments importants de leur santé, de l'autre, les patients ont l'impression que le médecin n'est pas réceptif à leur point de vue. Dans un des entretiens, un médecin avait été très contrarié d'écouter son patient sortir en disant « *Docteur vous êtes inhumain* » (M16) alors que ce dernier avait justement eu l'impression de faire de son mieux. Il est ainsi frappant de constater

qu'à la fois les médecins ont le sentiment de faire des efforts pour donner le plus d'informations possible tandis que les patients se considèrent comme insuffisamment informés. Les mots employés par les uns et les autres ne sont pas porteurs de la même connotation pour l'émetteur et le récepteur. C'est ce que Balint⁶ appelle la "confusion des langues" (se référer à la discussion et au chapitre dédié à Balint).

4.3.3. Communication verbale

Une consultation entre un médecin (M9) et une patiente, toutes les deux péruviennes, a eu lieu pendant la pandémie covid. La patiente de 50 ans avec des antécédents d'hypertension artérielle et de diabète se présenta au cabinet avec une dyspnée et une saturation à 89%. L'examen physique mis en évidence des signes de détresse respiratoire (notamment un tirage), tout concordait avec une atteinte pulmonaire à Covid. Cependant, malgré les intentions de la médecin à expliquer le diagnostic probable à sa patiente et la nécessité de se rendre à l'hôpital, la patiente ne l'accepta pas et cria qu'elle ne croyait pas en cette maladie. La médecin continua à insister et à expliquer les possibles conséquences. Cependant à aucun moment la patiente n'accepta sa nécessité d'hospitalisation. A ce moment-là la médecin comprit qu'elle ne pourrait jamais obtenir une bonne communication avec cette patiente. L'explication trouvée par la médecin est soit liée à la désinformation qu'il y a dans le pays soit liée à la grande brèche culturelle qu'il peut exister au Pérou entre les médecins formés en ville et les patients des villages reculés (ne voyant pas la mort de la même façon notamment). Le médecin est plutôt appelé à une écoute active, nous le voyons bien pendant nos études. Le patient n'a pas forcément la place d'exprimer ce qui l'angoisse, le sens qu'il donne à ce qui lui arrive. La réponse du médecin est parfois inappropriée. Ce dernier peut passer du temps à donner des informations qui ne sont pas celles dont le patient a besoin. Sa parole et son art de la parole ne sont donc peut-être pas au

centre d'une bonne communication avec son patient et d'une bonne relation avec ce dernier. La communication est essentielle dans la relation thérapeutique²², car sans elle, le médecin s'expose à l'échec de sa prise en charge. La communication peut contribuer à améliorer l'observance, en augmentant la compréhension, la confiance dans la capacité à faire le traitement, la motivation, le sentiment d'être reconnu par le médecin comme une personne. Un médecin américain souligne « *qu'il existe un lien entre une mauvaise communication et le risque pour le médecin de faire l'objet d'une plainte* » (M2). La communication, si essentielle soit elle, reste encore trop souvent absente des programmes de formation des médecins. Parmi les médecins interrogés dans notre étude, seulement sept d'entre eux connaissaient les Balint Group (dans la discussion un paragraphe est dédié à Balint) et les autres n'avaient même pas connaissance dans leur pays de l'existence d'une formation à la communication médecin-patient. Plusieurs barrières à cet apprentissage existent, la plus importante étant la croyance que savoir communiquer est une compétence innée. On l'a dit dans notre première partie, l'art de la parole est un art oratoire nommé également rhétorique et qu'il n'est pas inné mais s'apprend. Il ne viendrait à l'idée d'aucun médecin sénior d'envoyer un étudiant réaliser une ponction d'ascite sans s'être préalablement assuré qu'il a déjà pratiqué ce geste sous observation. Paradoxalement, cela ne gêne pas le sénior d'envoyer ce même étudiant annoncer un décès à une famille ou annoncer un diagnostic de cancer à un patient, cela sans l'avoir jamais observé et accompagné pour s'assurer que sa technique est adéquate.

L'art de communiquer passe bien évidemment par la parole, mais pas seulement. Nombreux sont les médecins interrogés ayant insisté sur l'importance de l'art de communiquer via le non verbal (annexe 5).

4.3.4. Communication non verbale

Je vais commencer ce paragraphe par une histoire qui m'a été racontée (M11) et qui illustre bien cette communication non verbale.

Le médecin : bonjour monsieur, allez-y, installez-vous sur la chaise ici je vous en prie.

Le patient : merci. Bon, docteur vous savez pourquoi je viens ?

Le médecin : oui.

Le patient : alors, verdict !

Le médecin : et bien je vous avais dit que j'étais très inquiet mais je devais attendre d'avoir tous les résultats pour vous donner un diagnostic certain. *Regard bienveillant.*

Le patient *gesticule, enlève son pull* : je ne me sens pas bien.

Le médecin : allongez-vous sur la table d'examen.

Le patient se lève, s'allonge sur la table d'examen et regarde le médecin.

Le patient : c'est un cancer c'est confirmé ?

Le médecin fait oui de la tête sans parler.

Le patient pleure.

Le médecin retourne au bureau et tend un distributeur de mouchoir au patient, il serre l'épaule du patient comme geste de soutien.

Après quelques minutes le patient se lève et s'assied au bureau – silence.

Le patient : et du coup ?

Le médecin : j'ai eu les oncologues et le pneumologue de l'hôpital, une RCP a eu lieu, une prise en charge va vous être proposée, vous avez rendez-vous demain à 10h00.

Le patient les yeux remplis de larmes et la voix tremblante fait oui de la tête et note sur un papier. Il se lève, le médecin aussi. Ils se serrent la main.

Le médecin : on se rappelle demain dans la journée.

Très peu de paroles ont été prononcées dans cette histoire et l'essentiel s'est joué dans un ou plusieurs autres registres. Un regard, un geste, un silence, ce qui se communique autrement que par la parole représente la plus grande part de ce qui se vit dans une relation. C'est donc une très grande richesse qui nous est offerte si nous parvenons à y être attentifs. Tous nos comportements sont potentiellement communicatifs et agissent comme des signaux et des messages qui peuvent être perçus ou non. L'élaboration de ces messages et leur réception sont souvent inconscientes. Leur signification est liée entre autres au contexte. Ce que nous percevons d'une réalité extérieure nous parvient par nos cinq sens diversement développés ou handicapés suivant les individus. Nos perceptions sont modulées par des filtres socio-culturels et psychologiques, validées ou invalidées par notre histoire personnelle. Nos représentations du monde sont personnelles, uniques et pour communiquer le médecin doit entrer dans le monde de l'autre et l'inviter à entrer dans le sien. La relation entre deux personnes implique la réciprocité. Dans les entretiens effectués les médecins mettent l'accent sur l'importance de l'accueil, du premier échange, de l'examen et sur l'importance des mots à la fin de la consultation.

L'accueil du patient

Une médecin péruvienne (M6) explique que l'accueil du patient est primordial. Le mouvement d'aller au-devant de lui avec un geste d'ouverture plutôt que de l'attendre derrière le bureau est une des clés. Dans cette phase de la rencontre les gestes et attitudes du patient traduisent son inquiétude, son sentiment d'impuissance. Des vêtements peuvent être brusquement enlevés ou rajoutés, le sac posé sur les genoux diminue l'accessibilité au corps, le corps tendu comme un ressort laisse entrevoir un mouvement de fuite. Un regard absent, tourné ailleurs, la coloration de la peau, les

sueurs, le hochement de tête, le recroquevillement, le tonus musculaire tendu ou flasque, les larmes apparentes ou réprimées, les raclements de gorge et autres bruits corporels, l'arrêt de la parole, l'hésitation, le silence : ces signes traduisent des émotions intenses, parfois si intenses que celui qui les vit n'en a pas pleinement conscience. La part non verbale est la plus importante dans ce qui est transmis et la parole est nécessaire à la prise de conscience. Faire passer un message du non verbal au verbal, encourager le patient à mettre des mots sur le vécu émotionnel dans l'instant présent c'est lui donner une chance de retrouver ses moyens et son autonomie. Par exemple : « Je vous vois en colère est-ce que je me trompe ? » (M5). Cette phrase a été employée par un médecin d'origine indienne exerçant au Chili pour désamorcer une situation d'angoisse où le patient ne répondait pas aux questions du médecin.

Le premier échange avant l'examen

Dans les entretiens analysés, les exemples de situations décrites par les médecins comme des consultations où la communication n'a pas été bonne présentent souvent des manquements dans le premier échange. Parfois le médecin s'enferme d'emblée dans le dossier sans avoir invité le patient à dire deux ou trois mots pour expliquer sa venue. D'autres fois pendant les échanges de paroles l'organisation du questionnement ne laisse pas le temps au patient de s'exprimer. L'installation au bureau du médecin, sa façon de se placer derrière son ordinateur fait partie de la communication non verbale.

L'examen

L'étape de l'examen est un moment important décrit souvent brièvement par les médecins interrogés. En effet ce n'est pas à ce moment-là que l'art de la parole est le

plus important. L'étape de l'examen n'est souvent pas contée en détail. Comme si les médecins interrogés pensent que je sais. Un médecin (M15) souligne qu'en invitant le patient à se déshabiller, il faut penser à mettre en place une séparation pour que ce dernier puisse se sentir en sécurité, l'ouverture de cette séparation sera faite par le patient lui-même s'il le souhaite. L'examen clinique est commencé par une approche générale et non pas par l'examen d'emblée de la lésion pour montrer que l'on s'intéresse à l'ensemble du patient. Le regard est un moment essentiel pour un patient. Ce regard ne doit être ni surpris, ni inquiet, ni méprisant, ni reprochant ... En effet, un patient connaît sa pathologie et il attend un avis d'un professionnel. Un regard qui pourrait être inquiet ou étonné pour une lésion cutanée par exemple, déstabiliserait de façon définitive le patient non seulement au niveau de sa future prise en charge mais aussi et de façon beaucoup plus grave dans toute son image corporelle et son identité. Il y a des mots qui tuent mais aussi des regards qui tuent ! La parole vient en renfort du regard et des gestes pour expliquer et commenter le déroulement de l'examen.

La fin de la consultation

Si la parole est nécessaire pour commenter et expliciter, elle ne peut être isolée et il est indispensable de s'appuyer sur deux autres éléments dont les médecins interrogés se servent tous comme l'utilisation de schémas pour que l'on puisse se comprendre ou une démarche de réexpression des mots.

La fin des consultations décrites se terminent souvent par un petit mot gentil, une poignée de main, un regard bienveillant.

DISCUSSION

5. DISCUSSION

5.1. Les limites de la recherche

Plusieurs critiques peuvent être formulées à l'encontre de mon étude ; elles concernent le questionnaire en lui-même, ses modalités, le peu d'expérience de l'enquêteur et l'échantillon de la population.

5.1.1. Les limites liées aux médecins

Cette étude est une étude qualitative. Ce sont les médecins généralistes interrogés qui donnent leurs opinions sur la parole qu'ils ont en pratique et la façon dont ils cultivent leur art de la parole. Les questions ne recueillent que le résultat d'une observation effectuée par le sujet sur ses propres conduites. Les principales limites de ce mode de questionnaire concernent, en effet, la mesure de certains discours en consultation qui seraient difficilement avouables, bien que j'aie voulu adopter une attitude de non jugement, les médecins ont pu avoir des réserves concernant leurs réponses. Certaines façons de parler « désirables » vont donner lieu à une surestimation. A l'inverse, un art de la parole « indésirable » aura tendance à être sous-estimé, le répondant ayant le souci de se conformer aux stéréotypes sociaux, voire de se valoriser en donnant de lui une image flatteuse. Il est naturellement difficile d'admettre qu'on ne fait pas habituellement ce qui est socialement attendu. Il est par exemple plus embarrassant de reconnaître qu'on est un robot posant des questions stéréotypées à notre patient sans le considérer comme une personne avec qui la communication et l'écoute doit être au centre du soin, que de se donner l'image de quelqu'un de tolérant, à l'écoute, prêt à prendre du temps pour parler avec son patient. C'est ce qu'on appelle le « biais de conformisme social » ou « biais de désirabilité sociale »

L'utilisation de questions ouvertes à l'avantage indéniable de laisser le médecin vagabonder dans un récit et d'oublier au bout d'un moment qu'il discute avec un enquêteur. Ceci lui permettant de laisser aller son discours en s'affranchissant de ce fameux « biais de désirabilité sociale ». Ce type d'étude, par les questions qu'elle pose, ou qu'elle ne pose pas, oriente sans aucun doute les réponses vers ce qu'elle cherche. Pour tous mes entretiens (réponse écrite ou orale) l'ordre dans lequel se succèdent les thèmes abordés peut influencer les réponses données. Dans mon étude, j'ai commencé par interroger les sujets sur une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle le médecin avait bien communiqué avec le patient, peut-être aurais-je obtenu des résultats légèrement différents si j'avais commencé par demander de me raconter une expérience de mauvaise communication. Enfin, même si l'heure avait été définie avec le médecin afin de ne pas le déranger dans son emploi du temps souvent chargé, certains entretiens étaient parfois écourtés par manque de temps des médecins interrogés.

5.1.2. Les limites liées à l'entretien

La principale limite de mes entretiens concerne la qualité du recrutement puisque les médecins avec qui l'entretien a pu avoir lieu sont ceux ayant répondu à mon premier mail et donc ayant un minimum d'ouverture d'esprit sur le sujet que je venais de leur présenter. En effet un médecin introverti, n'aimant pas parler, n'aura pas répondu à mon mail et à ma demande d'entretien et je n'aurai donc pas recueilli sa version des faits. De même, les médecins vivants dans des zones reculées et ayant peu d'accès à internet n'ont pas été joignables aussi facilement que les médecins américains (nord) ou européens où la couverture internet excelle. Enfin, les médecins ne comprenant ni l'anglais, ni l'espagnol, ni le français n'étaient pas susceptibles de répondre à mon mail et encore moins à mon questionnaire édité uniquement dans ces trois langues.

Une autre limite repose sur le mode d'entretien qui n'a pas été identique pour tous les participants. Les médecins interrogés étant répartis dans le monde entier, les entretiens en face à face (ceux étant souvent les plus riches d'informations) ont été limités. Autant que possible nous avons réalisé des visios (face à face via internet), cependant des problèmes de connections fréquents ont transformé l'entretien oral par un entretien écrit. Ces derniers étaient soit un dialogue messenger (me permettant ainsi de rebondir aux réponses des médecins interrogés), soit un questionnaire envoyé au médecin par mail (ne permettant aucune interaction, donnant lieu à des réponses brèves, peu intéressantes et enlevant alors tout l'intérêt de la recherche inspirée du récit de vie). Enfin en période de pandémie COVID je n'ai pas pu réaliser en face à face live de nombreux entretiens même pour les médecins étrangers résidants en France.

5.1.3. Les limites liées à mon échantillon

D'abord la petite taille de l'échantillon constitué de vingt-trois médecins limite la portée des résultats. D'autre part mon échantillon comporte une surreprésentation de médecins africains (8 entretiens sur 23). Ceci s'explique sans doute par le fait que beaucoup de médecins africains travaillent en France (lien indéniable postcolonial) et que beaucoup de pays d'Afrique parlent français, ce qui a facilité la prise de contact. De plus l'Europe géographique n'est représentée que par trois nationalités (arménienne, espagnole et française). Le continent américain n'est représenté que par les nationalités américaine, argentine et péruvienne trois fois. Le Mexique, l'Amérique Centrale et le Canada ne sont donc pas représentés tout comme de nombreux autres pays d'Amérique du Sud. Le Moyen-Orient est représenté par deux nationalités (libanaise et syrienne). Les seuls représentants du continent Asie que j'ai pu interroger étaient indiens et népalais, ainsi je n'ai obtenu aucun récit provenant de Russie, d'Asie

orientale et d'Asie du Sud-Est. Enfin aucun entretien avec un médecin provenant du continent Océanie n'a été réalisé (aucune réponse au premier mail envoyé pourtant à plusieurs reprises).

Concernant le profil des médecins interrogés, ces derniers sont presque autant d'hommes que de femmes (13 hommes et 10 femmes). La moyenne d'âge est de 36 ans. Ce jeune âge peut être lié à une aisance plus importante des jeunes médecins avec internet par rapport aux médecins plus âgés. Il peut aussi être lié au fait que les jeunes générations sont peut-être plus réceptives à des recherches portant sur l'importance de la parole en médecine (sujet de plus en plus évoqué au cours des études).

5.1.4. Les limites liées à l'enquête de terrain

Le but de l'enquête de terrain n'est pas de vérifier une ou des hypothèses posées a priori (comme nous l'avons vu dans la partie méthode) mais de décrire un phénomène, de chercher à en comprendre le fonctionnement interne et d'élaborer un modèle de ce fonctionnement sous la forme d'un corps d'hypothèses plausibles. Dans cette étude, les informateurs (médecins généralistes dans le monde) et l'enquêteur (moi future médecin généraliste) appartenons au même monde social. Ceci constitue sans doute un biais car lors des entretiens, je suis sans doute moins étonnée par certains comportements que le serait un autre enquêteur n'appartenant pas au monde social médical. Des aspects qui auraient alerté un chercheur neutre ont pu passer inaperçus à mes yeux. Le sujet de cette recherche étant très vaste, des entretiens supplémentaires auraient pu apporter de nouvelles informations (notamment en obtenant un échantillon plus varié avec des médecins de tous les pays du monde). Les récits recueillis m'ont permis de remonter du particulier au général grâce à la mise en rapport de cas particuliers en mettant en évidence des récurrences d'un entretien

à l'autre. La généralisation des résultats de cette enquête de terrain gagnerait en vraisemblance si le microcosme étudié relevait d'une institution nationale imposant partout les mêmes règles de fonctionnement. Mais il y a dans chaque pays des lois différentes et un ministère de la santé différent. En revanche des organismes comme l'AMM ou l'OMS s'efforcent d'uniformiser la pratique médicale à travers le monde, ainsi les réponses apportées par quelques dizaines d'entretiens m'ont permis d'avoir tout de même des éléments de réponse intéressants. Le nombre de personnes interrogées ne permet cependant pas de généraliser les résultats, une étude ultérieure avec un plus grand échantillon pourrait y contribuer.

5.1.5. Les limites liées à l'enquêteur

Mon inexpérience en tant qu'enquêteur a constitué un biais dans le recueil et l'analyse des données. La grille d'entretien a évolué, enrichie des idées apportées par les premiers entretiens. Ainsi, certaines questions ont été reformulées et des relances ont pu être faites dans les derniers entretiens, les rendant plus riches d'informations. Des informations intéressantes ont donc probablement été omises dans les premiers entretiens par manque d'expérience de ma part. La communication non verbale n'a pas été retranscrite dans la plupart des entretiens ce qui a été une erreur majeure dans cette étude. L'absence de triangulation a également pu limiter la validité interne de l'étude.

5.1.6. Comment se sont passés les entretiens selon mon point de vue ?

Je rejoins le point de vue d'une de mes collègues, Amandine Clavilier ayant réalisé une thèse sur l'incertitude diagnostique en médecine générale. Elle dit dans son analyse⁶³ (et je me retrouve totalement dans ses propos) que « la thèse qualitative n'a pas encore beaucoup d'adeptes. Lorsqu'on présente notre sujet lors des entretiens

mais aussi lorsqu'on en parle à des médecins avec qui nous travaillons, on nous dit « Ah, c'est bien qu'ils vous laissent travailler sur des choses comme ça », sous-entendu sur autre chose que de la médecine ». Mon sujet suscitait souvent de l'enthousiasme chez les personnes travaillant complètement en dehors du domaine médical et de l'étonnement chez les personnels soignants à qui je l'exposais. Raconter une situation de mauvaise communication n'est pas un exercice facile. Au début des entretiens je manquais clairement d'assurance notamment lorsque je devais communiquer avec des médecins ne parlant qu'anglais ou espagnol. Transmettre mon intérêt pour la question en anglais ou en espagnol était très difficile. Je me suis améliorée au fur et à mesure des entretiens, comme c'est souvent le cas dans la recherche par récit de vie. Parler de sa culture est souvent agréable, les médecins n'hésitaient pas. Parler de religion peut en revanche être plus compliqué. Un médecin a été choqué et a levé les yeux en répondant « *pas du tout* » à la question « Est-ce que la religion peut selon vous interférer avec la parole du médecin dans votre pays ? ». Il est difficile d'accepter que nous sommes parfois hésitants dans notre façon de nous exprimer à l'autre. Certains médecins ont heureusement su exposer leur vulnérabilité et ont eu suffisamment de confiance pour se livrer sur leurs craintes et leurs difficultés. J'ai beaucoup aimé faire ces entretiens, j'ai à chaque fois pris beaucoup de plaisir à reprendre les verbatims, comme un chercheur d'or dans un tas de sable à la recherche d'une pépite.

5.2. Références conceptuelles

L'analyse des entretiens a permis de rédiger les résultats de cette étude. Il me semblait cependant nécessaire de consacrer une partie à l'approche conceptuelle de l'art de la parole, à ses origines et à sa définition. Cette partie a été rédigée suite à des lectures de livres essentiellement mais aussi d'articles ou d'autres thèses.

5.2.1. Qu'est-ce que l'art de la parole ?

Avant de définir ce qu'est l'art de la parole, il convient de préciser le sens du mot « parole ». Au sens premier du terme, la parole est le langage articulé humain destiné à communiquer la pensée. Cette parole consiste à former des signes audibles, les syllabes formant les mots qui constituent des symboles. La parole est donc le message individuel produit par des individus et reçu par d'autres. Elle est le langage incarné de l'homme. Métaphoriquement, la parole est devenue toute communication s'adressant à l'esprit (parler avec le regard, parler avec des gestes, faire le silence...). Par extension donc la parole ne se limite pas à un ensemble de mots prononcés. La littérature par exemple et tous les écrits en général sont d'une certaine manière une parole. La parole et l'écriture, le langage parlé et le langage écrit constituent deux formes différentes du langage. Une parole peut donc être orale ou écrite dès le moment où elle est l'expression d'une voix particulière. En effet, à travers toute parole, nous nous engageons en tant que personne, en tant qu'entité, en tant que nation...

La parole permet d'exprimer des besoins, des pensées, des sentiments, des aspirations du locuteur. Elle peut aussi constituer une observation plus ou moins subjective des faits ou encore être la formulation d'une demande. Dans tous les cas, la parole nous engage et elle est un parfait vecteur pour l'acquisition et la transmission du savoir⁷. Notons également que la parole est le signe distinctif de l'homme. Le langage est un élément parmi tous ceux qui caractérisent la culture humaine c'est-à-

dire ce que l'homme « ajoute à la nature ». Il ne le reçoit donc pas par hérédité biologique. Chaque génération doit s'initier à cet apprentissage. Les mots que nous apprenons dès notre plus tendre enfance sont en réalité des entités ou des signes. Ces signes sont une réalité à double face. D'une part, ils émettent un son appelé par les linguistes le signifiant (ou expression phonique). D'autre part, le signe a le pouvoir d'évoquer quelque chose, de désigner. C'est le signifié. Tous les mots d'une langue sont donc l'union d'un signifiant et d'un signifié. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la pensée individuelle est en quelque sorte façonnée par le système linguistique que le sujet utilise. Tous les hommes vivent leur langue comme s'ils en étaient les auteurs alors qu'ils ont commencé par rentrer dans un système symbolique pour lequel leur langue les prédispose. La langue est donc en quelque sorte extérieure à l'individu. Les mots sont appris, compris ou mal compris. Les obligations et les interdits auxquels nous devons nous soumettre sont d'abord des paroles que nous entendons dès notre enfance. Nous devons à Freud d'avoir découvert que la plupart des symptômes humains constituent des nœuds de paroles en souffrance. La psychanalyse et plus tard les psychothérapies sont autant de méthodes et de techniques permettant de libérer cette parole inédite voir interdite. Aujourd'hui les thérapies par la parole essaient de déchiffrer les messages de souffrance à travers des symptômes. L'hypnose thérapeutique effectuée bien entendu par des médecins fait appel également à la parole et aux traumatismes refoulés. Les cabinets de médecins généralistes (même s'ils ne sont pas formés directement pour cela) sont des endroits propices pour libérer la parole et rassurer le malade. Mais pour qu'advienne une parole vraie chez le patient, il doit se sentir très écouté. Il faut aussi que le patient ressente l'authenticité et la sincérité de son médecin qui va l'inciter à se livrer sans artifices. La parole vraie est aussi une parole « d'amour ». L'amour de la vérité qui motive le thérapeute et amène

le patient à découvrir la sienne ; celle qui donne du sens à son histoire et lui donne envie de s'accepter un peu mieux pour se reconnaître. A partir de cette précision des sens du mot « parole », on peut définir plus facilement l'art de la parole. On peut dire qu'il n'est pas inné mais s'apprend. Il peut être aussi un art oratoire nommé rhétorique. La rhétorique est l'art de bien parler grâce à la maîtrise des techniques oratoires. Au départ, cet art est enseigné et développé dans l'antiquité pour défendre et communiquer des idées, pour convaincre un public en se mettant au service de la vérité. Par la suite, il a aussi été utilisé à des fins beaucoup plus manipulatrices. Mais à travers les siècles, l'art de la parole a évolué. Les rhéteurs romains cherchaient à guider spirituellement les hommes alors qu'au Moyen âge l'art de la parole s'est plus tourné vers la religion. A la renaissance il a servi surtout à argumenter tandis qu'à l'âge classique, un homme accompli se devait tout simplement d'être à l'aise à l'oral⁴.

Aujourd'hui, la prise de parole quelque que soit le support pour l'exprimer (oral, gestuel, écrit...,) semble donner un certain pouvoir à celui qui l'utilise. Le pouvoir de la parole sera d'autant plus efficace qu'il s'agit d'une parole réfléchie et non d'une parole spontanée. Ainsi une bonne connaissance du public visé, une maîtrise de la langue, une argumentation juste, une parfaite compréhension du sujet traité donneront plus de chances d'arriver à ses fins. Que ce soit pour plaire, convaincre, dissuader, dominer, questionner ou émouvoir.

5.2.2. Origine de l'art de la parole

Même si Homère avec quelques poèmes avait déjà évoqué cet art au VIII^{ème} siècle avant JC, c'est dans la Grèce antique que l'art de la parole s'est vraiment développé. Grâce à des auteurs comme Platon⁸, l'art de la parole connaît dans toute la Grèce le plus grand succès. Les professeurs de rhétorique qui enseignaient l'art de bien parler s'appelaient des sophistes. Platon s'éleva violemment contre les meilleurs sophistes

de l'époque, à savoir Gorgias (qui a donné son nom à l'œuvre de Platon du même nom) et Protagoras. En effet, pour Platon ces orateurs ne cherchaient pas la vérité mais seulement à convaincre grâce à des procédés qu'ils avaient lancés. Pour lui, l'art de la parole n'était donc que flatteries et mensonges. D'autant plus qu'à cette même période, la médecine prenait un caractère nouveau, plus scientifique. Grâce à Hippocrate, médecin d'une île toute proche de l'Asie mineure, les choses se mettaient à changer. Pour la première fois, les symptômes étaient comparés, notés et faisaient l'objet d'un diagnostic. La médecine devenait enfin une discipline plus scientifique, plus rigoureuse qu'auparavant. Hippocrate a apporté cette science nouvelle à la même période que les sophistes ont apporté l'art de la parole. Platon oppose donc les vraies disciplines qui cherchent la vérité et le bien commun comme la médecine et les arts trompeurs qui ne songent qu'au succès comme la rhétorique.

Si Platon montre une opposition entre la médecine et l'art de la parole c'est aussi parce qu'il est obsédé par les orateurs pervers qui n'utilisent la rhétorique que pour leur propre succès⁷. Dans un autre dialogue, le Phèdre, il esquisse pourtant ce que serait une vraie rhétorique. Une rhétorique méthodique, soigneuse, qui ferait l'inventaire de tous les procédés et chercherait lesquels doivent être appliqués dans quels cas. Or pour rendre compte de ce modèle, il cite justement Hippocrate. Pour lui, c'est la médecine méthodique, savante qui vient réparer la mauvaise rhétorique. Platon pense donc qu'il faudrait fonder un art de la parole fidèle au modèle médical.

Dans une petite phrase du Gorgias²³ (pourtant autant critiqué par Platon) il semble qu'une réconciliation s'annonce pourtant entre la médecine et l'art de la parole : « *Il m'est souvent arrivé d'accompagner mon frère, médecin chez un malade qui refusait de prendre une drogue ou de se faire opérer par le fer ou par le feu ; et je les persuadais là où les exhortations du médecin étaient demeurées vaines* ». Comme on

le voit ici, il peut donc exister un art de la parole qui ne soit ni mensonge ni flatterie mais qui sert la vérité. Il y a une façon d'exposer la vérité, de l'expliquer, de la commenter qui est le prolongement même de la connaissance la plus rigoureuse. Ceci est surtout vrai pour la médecine qui est finalement une science de l'homme qui doit connaître la nature de l'homme.

Le médecin aurait donc besoin dans l'exercice de son métier de l'art de la parole. Et le patient lui n'attend pas de beaux discours mais d'abord la clarté.

La Grèce antique a fait la part belle à la médecine. La Grèce a vu naître la rhétorique. Des auteurs de l'époque avaient déjà compris que des problèmes pouvaient naître entre ces disciplines et les opposer. Une réconciliation est pourtant possible lorsque la parole intervient sans mensonge, en distinguant, diagnostiquant et soignant.

5.2.3. Quelques figures de rhétorique essentielles

J'ai beaucoup lu de livres concernant la rhétorique⁶. Après avoir rédigé toute une partie sur la rhétorique antique et les grands discours à travers les siècles, je me suis rendue compte que la conversation, la narration libre ou contée, etc. ne sont pas moins valables que la rhétorique, qui est une branche institutionnelle de l'art de la parole. De plus l'art de la parole utilisé en médecine de nos jours appartient peu à la rhétorique. J'ai donc simplement retiré cette partie de ma thèse pour la mettre en annexe 8. Je reprends cependant ci-après quelques figures de rhétorique employées spontanément en consultation.

Les figures de rhétorique sont nombreuses et permettent de donner une expressivité particulière aux propos souhaités. Le syllogisme, la métaphore, l'antithèse, l'allégorie étaient déjà utilisés par les orateurs antiques. Aujourd'hui, on les écoute surtout dans des discours (politiques ou autres) ou dans des articles, des essais, des textes littéraires. Toutefois on retrouve quelques figures de style dans le langage courant.

Elles sont parfois utilisées spontanément, soit pour imaginer un propos, soit pour susciter un deuxième degré. D'abord la comparaison reste très utilisée dans le langage quotidien. Un médecin peut être amené à s'en servir pour mieux expliquer un symptôme, une maladie, un traitement. C'est une façon d'imager au service d'une meilleure compréhension. De même, l'euphémisme sert à atténuer l'expression d'une réalité brutale ou blessante. Il peut être également utilisé dans un cabinet médical pour parler de sujets comme la mort, la vieillesse, la maladie. Par exemple en s'adressant à une personne âgée, on peut lui dire « Vous n'avez plus vingt ans, c'est normal que vous ne puissiez plus courir un marathon ! ». Enfin, un médecin peut facilement utiliser la litote en s'adressant à son patient. Par exemple en lisant des résultats d'analyses sanguines, s'il dit « Ah ce n'est pas mal ! » cela sous-entend qu'il est content et que les résultats sont plutôt bons (en disant moins pour suggérer plus).

5.2.4. L'art de la parole de nos jours

Le XXI^{ème} siècle va hériter de tous les siècles de réflexion et de propositions contradictoires (annexe 8) au sujet de la rhétorique⁹. L'art oratoire s'enrichit aussi des autres disciplines : la psychologie ; la sociologie ; la pédagogie ; l'ethnologie ; le discours juridique et scientifique...

L'art de bien parler⁸ va de plus en plus couvrir le champ immense de la pensée non-formalisée. Un bon discours rhétorique ou une prise de parole efficace s'appuie sur l'orateur lui-même¹¹, son discours et l'auditoire, sur la qualité de sa voix, sa bonne gestuelle et sa personnalité. Avec internet, la communication connaît aujourd'hui une explosion sans précédents. Les discussions publiques sur Facebook façonnent notre quotidien et les autres médias sociaux favorisent les échanges et les débats. Pour la première fois nous devons faire face aux idées des autres avec beaucoup de rapidité et d'instantanéité. Ce foisonnement d'idées, de débats et de discussions nous oblige

à faire encore davantage preuve de discernement. Pour y arriver, mieux vaut avoir une bonne culture générale et surtout une grande maîtrise du sujet. Enfin il est important de connaître les grands principes de l'argumentation et de la rhétorique. Aussi à l'heure où l'omniprésence des messages SMS peut nous faire craindre l'appauvrissement de notre langue, à l'heure où l'information (voir la désinformation !) envahit nos écrans et nos portables, la vigilance de chacun doit être de rigueur. A cette surabondance d'informations se greffent également fakes news, médisance, calomnie et parfois dérives verbales. Pour ces raisons et plus que jamais, le développement de la culture, du mot juste et son corollaire celui de l'esprit critique sont des enjeux de société. Ils sont l'antidote non seulement à ces déviations de l'information mais aussi de la pensée unique, du totalitarisme, du barbarisme. C'est là où le rôle de la rhétorique peut être déterminant. Sans parler véritablement de rhétorique, il existe aujourd'hui des prises de paroles constructives, éducatives, humanistes.

Le plaisir des mots ne se limite pas aux joutes verbales enflammées ou aux chicanes rhétoriques. Il est aussi esthétique. La poésie, le rap, les textes de chanson sont autant de prises de parole qui nous font réfléchir ou qui nous procurent tout simplement de la joie. Des chansons engagées ou porteuses d'un message sont toujours l'occasion de nous questionner sur un problème. La peinture contemporaine, le récent mouvement street art sont également des prises de parole sur des sujets qui nous touchent tous (pauvreté, guerre, abus sexuels, réchauffement climatique...). Le dessin humoristique, l'émergence et développement de la BD, le théâtre¹², le cinéma tout un ensemble d'activités culturelles s'offrent à nous aujourd'hui. Des acteurs comme Fabrice Luchini prennent souvent plaisir à citer les grands auteurs et sont des orateurs qui manient superbement la langue. Des émissions culturelles sur France culture essaient de redonner à notre langue française toutes ses lettres de noblesse. Il y a aussi un retour

aux concours d'éloquence dans les lycées et facultés de France pour accéder à un bon niveau de langage. Les entreprises d'ailleurs donnent parfois des cours d'éloquence pour permettre d'acquérir une aisance en public et d'aborder l'oral d'une autre manière. Aujourd'hui les principes du marketing et ceux de la rhétorique coïncident parfaitement. Mais hélas (comme dans ce dernier cas) le retour à l'éloquence n'est pas forcément au service du bien-être et du bonheur de l'homme. L'intérêt, le profit se servent souvent malhonnêtement des mots, et du parler qui « émeut ». Il suffit d'écouter les discours politiques d'aujourd'hui, de prêter attention aux discours démagogiques des partis populistes pour comprendre que la rhétorique est encore souvent utilisée de façon malsaine.

Dans le livre¹³ « La guerre des intelligences », le docteur Laurent Alexandre, urologue dit : « *Il faut travailler sur le sens, l'empathie des compétences que le système éducatif ne développe pas alors que l'esprit critique est plus que jamais utile. Il faut donner bien sûr une culture numérique de base à tous les enfants mais il est plus crucial encore de former leur esprit critique ce qui les protégera de la concurrence de l'intelligence artificielle* ». Dans cet esprit, plusieurs philosophes ont déploré la suppression en 1902 de la rhétorique qui fut une catastrophe pédagogique. Selon toute vraisemblance, le retour de cette discipline permettrait un meilleur niveau de communication et surtout de nous armer afin de ne pas tomber trop vite dans les déviances des manipulations sous toutes leurs formes (fakes news ; complotisme ; fanatisme...).

Le livre¹⁴ de Bertrand Périer, avocat et professeur d'art oratoire à Science Po et HEC Paris « la parole est un sport de combat » montre que la façon dont on maîtrise l'oral est un véritable indicateur social. Il écrit : « *Je mets aujourd'hui un point d'honneur à transmettre l'art de bien parler aux jeunes pour qu'ils se libèrent des déterminismes*

sociaux, "les mots pour s'émanciper et refuser l'aliénation", "les mots pour débattre, plutôt que se battre" ».

« *C'est dans les mots que nous pensons* » Hegel

5.2.5. L'art de la parole en médecine

Il est important pour parler de l'art de la parole en médecine¹⁵ de revenir au texte de Platon « le Gorgias ». Pour Platon, la rhétorique n'est qu'un art illusoire et trompeur qui ne cherche qu'à convaincre comme nous l'avons déjà dit en parlant des premiers philosophes antiques. Néanmoins il semble bien comme d'autres philosophes l'ont montré plus tard, que la rhétorique ne puisse être réduite uniquement à un art de l'illusion et qu'elle puisse être au service de la vérité. L'éloquence peut permettre de donner une forme claire à un discours vrai.

La médecine aujourd'hui est l'un des domaines de prédilection de la Vérité, car elle concerne la vie des humains, leur bien-être, leur longévité. Le « prendre soin » et la quête du vrai vont ensemble. En médecine générale, le dialogue et les échanges se font le plus souvent entre deux personnes et non pas entre un orateur et un nombreux public. Il s'agit là d'un tout autre rapport : un rapport de confiance qui s'instaure entre deux êtres humains. Mais la grande spécificité de ce lien est qu'une des deux personnes est vulnérable par rapport à l'autre. Il y a eu pendant très longtemps le « dominateur », celui qui soigne et qui détient la connaissance, la technique de soins et le « dominé » qui souffre, qui dépend du médecin et qui attend un diagnostic ou un traitement.

Le malade

C'est l'être humain qui souffre, atteint d'une ou plusieurs maladies ou traumatismes. Il reçoit le soin. C'est le patient. On peut dire qu'il a beaucoup évolué depuis des siècles

mais en lui perdurent des constantes : son corps ; sa physiologie, son patrimoine génétique, ses émotions, ses croyances, son affectivité²⁴. Ce qui a changé par contre ce sont ses liens avec la nature, son environnement, son mode de vie, son niveau socio-culturel et professionnel. Il vit plus longtemps, il est plus citadin et surtout plus consommateur. Globalement sa personnalité est plus complexe que ses ancêtres. Il est en général moins crédule et moins religieux mais peut parfois croire en d'autres choses (guérisseurs ; superstition ; complots ; OVNIS...). Il dispose d'internet et surtout d'un accès pléthorique à toutes sortes d'informations parfois au détriment de sa clairvoyance. Par contre, sa santé le préoccupe plus que ses anciens et il est plus désireux de se soigner.

Le médecin

Son rôle est de soigner, de prendre soin et de soulager la souffrance. Il se doit de donner sans compter pour ses malades. Il agit avec scrupules, pertinence, efficacité et probité. Il a de l'empathie pour ses patients²⁵. Tenu par le serment d'Hippocrate (en Europe), il a des règles à respecter (voir serment d'Hippocrate après les annexes).

Aujourd'hui les bienfaits de la médecine sont mondialement reconnus et ressentis par les malades. Pour cela il a fallu que ses prédécesseurs se battent contre l'ignorance, les superstitions, les croyances et les mensonges. Il a fallu lutter pour l'hygiène, découvrir les microbes, l'asepsie, les analgésiques, créer de nouvelles techniques, transmettre les nouveaux savoirs. Ainsi, pour leur immense majorité, les médecins ont fait et font encore honneur à leur profession et les malades leur en sont reconnaissants²⁶.

La relation médecin-malade

A partir de cette relation particulière du soignant au soigné, il existe un droit à la vérité²⁷ aussi bien du côté du médecin que de celui du patient qui ne doit rien omettre pour être correctement traité. La loi du 4 mars 2002 rapportée par Anne Laude, concerne le devoir d'informer du professionnel de santé et le droit d'être informé du patient. L'information porte sur la maladie et son évolution attendue. Elle concerne aussi la nature des soins envisagés, leur administration et les précautions à prendre. Quelle que soit l'information donnée, elle doit être claire et très précise. Le malade a en effet besoin d'une information utile, lui permettant de comprendre et de connaître l'essentiel. Le praticien quant à lui doit adapter l'information aux capacités intellectuelles et au niveau socioculturel du malade. Cette contrainte du médecin vis-à-vis de celui qui l'écoute est extrêmement importante car ne pas se mettre à la portée de chaque malade (selon ce qu'il est capable de comprendre) peut être un premier frein dans la confiance que le soigné va avoir à l'égard du médecin²⁸. La loi insiste également sur le fait de ne pas traumatiser le malade par une révélation brutale d'un diagnostic péjoratif. Cet aspect douloureux a été remarquablement développé dans le livre¹⁶ du docteur Anne-Marie Merle Béral psychiatre et psychanalyste « Docteur, ne me dites pas tout ! ». Elle montre que parfois, les spécialistes d'organes ne sont pas toujours assez délicats dans les annonces et que peu de choses suffiraient pour adoucir des paroles qui peuvent effrayer, meurtrir ou blesser. Certaines personnalités très sensibles ou hypocondriaques ne peuvent pas tout entendre d'un seul coup. C'est alors au médecin de dire (ou ne pas dire tout de suite) selon le moment et selon le patient. Enfin la loi ajoute l'obligation de transparence et d'accès au dossier médical par le malade et /ou une personne désignée par lui. Le médecin se doit de respecter les volontés du patient notamment celle du refus de savoir. On comprend donc tout

« l'art d'annoncer » qui incombe au médecin²⁹. Les mots, le ton employé, le moment et la façon de dire les choses sont d'une extrême importance pour son malade. Le malade a donc aujourd'hui le droit d'être totalement informé. Il connaît sa maladie, son diagnostic et parfois son pronostic. Hélas, sur internet, il trouve tout et son contraire et le vertige de la surinformation peut survenir. Face à ces nouvelles situations, il a besoin de médecins empathiques, attentifs, prudents et modestes, aptes à expliquer, accompagner et si possible rassurer. Les mots sont ici d'une grande importance et parler devient tout un art pour le soignant. Lorsqu'un spécialiste d'organe montre une imagerie, un résultat biologique ou autre à un malade il est souvent difficile pour lui de comprendre. C'est là que le médecin doit adapter son vocabulaire. Il doit être honnête et sincère, informer sans agresser, discerner ce que le patient veut et est capable d'entendre sans trop de dommages. Il faut aussi le laisser s'approprier la vérité à son rythme avec son entourage. Rien de pire que l'énoncé d'un diagnostic redoutable sans ouvrir une porte pour l'espoir¹⁷. « Certains mots peuvent guérir les maux ».

Si en médecine le mensonge est rejeté pour des considérations éthiques, la vérité doit toujours être délivrée avec la manière³⁰. Hélas l'art de dire les choses avec tact, gentillesse et empathie n'est pas enseigné. Comment, dans un cursus aussi lourd et complexe que celui de la médecine enseigner la perspicacité, la délicatesse, le courage et la compassion ?

En schématisant, il y a deux conceptions philosophiques de délivrer la Vérité. Celle de Descartes, représentative qui produit le « discours vrai », indiscutable, soutenu par la transcendance et celle de Spinoza, dynamique où la Vérité se crée progressivement depuis soi-même et se conforte au fil du temps. Dans la façon de Descartes, le médecin est celui qui sait, qui annonce et qui dresse un portrait dans lequel le malade ne se reconnaît pas. Avec Spinoza, le médecin dialogue, suggère et aide son patient

à trouver sa Vérité à travers sa propre histoire. Médecine et vérité sont un vieux couple dont l'entente s'améliore au fil du temps. Le médecin reste celui qui sait mais il est aussi celui qui aime et qui protège. Ses mots peuvent avoir un poids inimaginable. C'est pourquoi la vérité peut parfois attendre un peu dans le couloir pour laisser au malade le temps de l'apprivoiser et de se l'approprier. Tout cela implique donc que le médecin ait globalement une certaine maîtrise de la communication qui reste un exercice subtil. Il lui faut trouver un discours approprié au patient et adapté pour la prise en charge médicale. C'est là qu'entre en jeu l'éloquence du médecin.

L'éloquence du médecin

Selon Cicéron, pour revenir à l'antiquité romaine (voir détails en annexe 8), l'éloquence est composée de quatre qualités : clarté ; élégance ; correction et pertinence. Le médecin éloquent est celui qui doit délivrer l'information avec clarté, justesse et vérité dans le but de convaincre son patient. Le convaincre d'abord des principes de prévention et de dépistage mais aussi de l'importance de suivre un traitement de manière optimale. Ici son art de persuader et ses explications précises ne doivent pas pour autant se cacher derrière un langage trop technique, trop médical. Si le vocabulaire et la syntaxe sont difficilement compréhensibles, si les mots ne sont pas justes, si le ton utilisé ne crée pas une relation de confiance alors le patient risque de partir dans un processus de soin mal adapté. Mais l'éloquence du médecin est utile également dans la relation qu'il entretient avec ses pairs dans la transmission d'enseignements. Enseignements de la médecine et communications orales scientifiques font partie intégrante de la profession médicale et contribuent à perpétuer la mise à jour des connaissances avec les dernières avancées. La communication par les médias, les chaînes d'information continues et les réseaux sociaux mettent en jeu

des spécialistes qui peuvent faire passer des messages forts à un très large public sans pour autant transmettre des messages validés. En tant de crise sanitaire (il suffit de regarder la surinformation du Covid 19 sur les différentes chaînes de télévision), des messages scientifiques sont exposés au public afin d'expliquer, de sensibiliser et de protéger la population. Hélas, trop souvent, des théories s'opposent et le grand public se perd dans la sémantique. La rhétorique employée pour transmettre ces informations a une importance capitale et les enjeux sont majeurs. Plus que dans n'importe quel autre domaine, le discours médical risque de changer avec le développement des technologies nouvelles et l'intelligence artificielle. La robotisation, la numérisation vont forcément faire évoluer le rapport soignant-soigné. Des questions nouvelles se posent. Le marketing des laboratoires pharmaceutiques a rebattu les cartes. Toutes ces évolutions bouleversent la condition humaine et ont un impact mondial. Elles exigent donc une révolution du discours bien au-delà des simples ajustements. Et c'est parce que le médecin sera dépositaire de l'art de l'éloquence, parce qu'il ne sera pas simplement le savant face à l'ignorance, mais aussi celui qui maîtrise les formes du discours, qu'il pourra produire une médecine pédagogique.

Après avoir dans cette première partie défini l'art de la parole et repris de manière historique l'importance de cet art de la parole et son lien avec la médecine, nous allons dans le paragraphe suivant aborder la parole du médecin et sa place dans la société (française et dans le monde) au fil des siècles.

5.3. Le médecin et la valeur de sa parole

D'Hippocrate (quatre siècles av. J.-C) à la médecine du XXIème siècle, la représentation populaire du médecin et de la médecine a oscillé entre dédain et admiration, mépris et crainte, et cela en parallèle avec les changements de la société et les progrès de la science. L'image du médecin et la valeur donnée à sa parole⁶¹ a souvent souffert de critiques acerbes, en particulier de la part des intellectuels, quelle que soit l'époque (voir détails en annexe 8).

5.3.1. La place du médecin dans la société de l'antiquité à aujourd'hui

On ne dispose pas de données fiables pour savoir quand a débuté l'usage des plantes à des fins médicinales (phytothérapie). Selon Biraben, on ne sait à peu près rien des conditions sanitaires, et encore moins des idées médicales des premiers hommes (genre Homo) du début du pléistocène, il y a plus d'un million d'années. D'autres chercheurs disent qu'il serait probable que la recherche de la guérison remonte aux premiers temps de l'humanité. En effet, un instinct de soigner serait propre aux mammifères, voire propre à presque tous les vertébrés. Ainsi les géniteurs doivent prendre soin de leur progéniture pour les nourrir, les protéger et les élever. Le soin des humains est alors un habitus qui ne relèverait spécifiquement ni de la nature, ni de la culture. L'organisation en « société » est la règle pour la plupart des mammifères, le soin est une nécessité absolue pour la survie de l'espèce. Refuser la pratique du soin, c'est mettre l'autre en danger et fragiliser son propre groupe. Les recherches en neurosciences montrent que le genre humain n'est pas le seul à pratiquer l'altruisme et l'empathie. Les premiers médecins furent des sorciers ou des prêtres. La connaissance du corps humain se limitait au squelette (traitement des fractures, trépanations crâniennes). Les trépanations retrouvées dans plusieurs pays d'Europe, semblaient être réalisées dans le cadre d'un rituel mystique destiné à permettre au

démon responsable des maux de s'échapper par l'orifice de trépanation. Dans l'antiquité, médecine et religion seront bien longtemps indissociables. En Assyro-Babylonie (1900 av. J.-C) la maladie était la conséquence d'une faute morale ou religieuse. Il existe alors deux types de médecine, l'une pratiquée par le « magicien » muni de ses amulettes, potions et incantations, l'autre faite de l'utilisation de « médicaments » d'origine végétale, minérale ou animale et de la pratique d'interventions chirurgicales comme le suggèrent les scalpels et autres instruments chirurgicaux retrouvés. La première législation réglementant la profession médicale est instaurée en 1900 av. J.-C comme en témoigne le Code d'Hammourabi dans lequel sont énoncées les sanctions infligées aux chirurgiens maladroits mais aussi les honoraires des médecins. En Egypte, le plus vieux « traité » de médecine connu, date de 1500 ans av. J.-C (papyrus d'Eberth) et contient des centaines d'ordonnances, de prescriptions, de drogues, témoignant de l'importance croissante des connaissances thérapeutiques, bien que médecine et magie restent profondément indissociables.

Au cours des 3000 ans que dura la civilisation égyptienne, l'exercice médical devint très structuré avec la naissance de nombreuses spécialités comme la chirurgie, la gynécologie, l'ophtalmologie, l'urologie. Il existe aussi des médecins affectés à un groupe d'individus : les médecins des cultivateurs attachés à un domaine, les médecins du palais, les médecins militaires. Ils jouissent d'une bonne réputation mais ont peu de reconnaissance financière par rapport aux autres professions telles que les scribes ou les potiers. Dans la Grèce antique (700 à 400 av. J.-C) de nombreux dieux et demi-dieux jouent un rôle dans la survenue des maladies et leur guérison. Apollon, fils de Zeus, est le dieu de la médecine, des arts et de la poésie. Asclépios, représenté avec son bâton de pèlerin et le serpent qui s'y enroule, restera le symbole de la médecine. Deux de ses filles occupent une position importante, la déesse Hygie

représentant la médecine préventive et la déesse Panacée, la médecine curative. La pratique de la médecine à cette époque est basée sur la consultation des oracles. A partir du VI^{ème} siècle av. J.-C, l'esprit rationnel voit le jour. Ce sont les débuts de la médecine d'observation et c'est aussi l'époque des grands penseurs : Thalès, Pythagore, Héraclite, Socrate, Platon, Aristote (dont nous avons parlé précédemment concernant leurs travaux sur la parole). Les critiques envers les médecins fusent. Héraclite : « Si l'on excepte les médecins, il n'y a rien de plus sot que les grammairiens » ; Socrate : « Le médecin a-t-il pour objet de gagner de l'argent ou de soigner les malades ? ». Puis vient l'époque d'Hippocrate (460-377 av. J.-C). Il marque un tournant majeur dans l'histoire de la médecine : la maladie est un phénomène naturel et non divin, elle a une cause, une pathogénie, une évolution et un traitement. Le médecin est laïc et appartient à la classe des artisans, il exerce dans un cabinet où il est itinérant et se déplace de marché en marché. La pensée logique et rationnelle se développe. Hippocrate dispose d'une pharmacopée végétale et minérale plus variée mais les succès médicaux restent minces. On trouve encore de nombreux charlatans, tout le monde pouvant prétendre au titre de médecin jusqu'en 300 av. J.-C. On doit également à Hippocrate les grands préceptes de la déontologie inscrits dans le célèbre serment qui porte son nom ainsi que le développement d'écoles médicales au premier rang desquelles se trouve l'École de Cos. Les Romains (27 av. J.-C. et 476 ap) furent de remarquables hygiénistes (évacuations des eaux usées, construction d'aqueducs et de bains publics) mais d'assez piètres médecins. Au début de l'Empire, ils considéraient la médecine comme un art mineur réservé aux esclaves grecs et ils étaient très méfiants vis-à-vis de cette discipline. Pline (23 – 79), traitait les médecins grecs de malhonnêtes, de cupides, d'incompétents et regrettait dans l'Histoire naturelle « qu'il n'y ait pas de loi pour punir les médecins ignorants et que la peine capitale ne

leur soit pas appliquée ; pourtant ils apprennent par nos souffrances et expérimentent en nous faisant mourir ». Le statut médiocre dont jouissent les médecins va peu à peu s'améliorer. Galien (129-201 après. J.-C), grec de naissance puis installé à Rome, fut un médecin célèbre à l'autorité indiscutée malgré ses erreurs qui pesèrent pendant des siècles sur l'évolution de la médecine (il est à l'origine de la théorie de la génération spontanée, théorie qui perdure jusqu'à Pasteur). Au Moyen Age (fin du V^e siècle à la fin du XV^e siècle), avec la montée du christianisme, la médecine connaît une période de stagnation et même de régression puisque religion et médecine sont à nouveau intimement liées. La maladie est un châtement de Dieu, le médecin est un usurpateur qui va à l'encontre de la volonté divine. La loi interdit la dissection de cadavres qui est considérée comme une profanation. La Renaissance (XIV^e - fin du XV^e siècle) est marquée en 1434 par une découverte primordiale qui allait permettre la diffusion du savoir médical : l'imprimerie. Les dissections sont de nouveau autorisées permettant les progrès de l'anatomie. C'est l'époque d'Ambroise Paré, chirurgien des rois. La pharmacopée s'enrichit de plantes rapportées du Nouveau Monde. La profession médicale est désormais réservée aux laïcs titulaires d'un doctorat. Le statut des médecins est codifié, ils appartiennent à la bourgeoisie et gagnent correctement leur vie. Ils sont rémunérés par leurs riches patients et délivrent des soins gratuits aux plus pauvres. Les charlatans n'ont pas disparu et la médecine connaît comme à chaque époque son lot de critiques. Pour Erasme, la médecine n'est que « l'art de jeter de la poudre aux yeux ». Le XVII^e siècle est celui où le médecin devient un acteur de la vie quotidienne pour la population la plus aisée. La médecine reste néanmoins inefficace sur le plan thérapeutique et fait l'objet de nombreuses moqueries par les intellectuels de l'époque. Molière (1622-1676) accabla à maintes reprises les médecins de son temps. Le siècle des Lumières (de 1715 à 1789) est marqué par le

développement des connaissances en anatomie, physiologie et anatomopathologie grâce à la découverte du microscope. La clinique reste par contre archaïque. Le tarif de la consultation est le reflet de la notoriété du médecin et les consultations par correspondance sont fréquentes. Le médecin est un notable bourgeois mais il n'occupe jamais le haut de la hiérarchie sociale ou politique. Voltaire (1694-1776) écrit « l'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit ». Au XIX^{ème} siècle on assiste à trois transformations concernant l'organisation de la médecine : le titre de médecin est maintenant reconnu sur le plan national (en France), le médecin parle désormais la langue du malade puisque le latin est abandonné et on assiste à une laïcisation des hôpitaux et du personnel soignant.

Le XIX^{ème} siècle est aussi le siècle des grandes avancées médicales. L'essor de la clinique avec Bichat et Laennec et de la médecine expérimentale avec Claude Bernard et Pasteur met en évidence le rôle des agents pathogènes et l'importance de l'hygiène. La médecine est une science reconnue dans laquelle tous les espoirs sont permis mais malgré ses énormes progrès, elle reste peu efficace. Le médecin, quant à lui, devient un notable craint et respecté. Il occupe une place de plus en plus visible dans la société. Le malade se plie à ses ordres. C'est l'âge d'or du paternalisme, les critiques se font plus rares.

5.3.2. La valeur de la parole du médecin généraliste des années 1900 à 2021, en France

Au début du XX^{ème} siècle, une part de plus en plus importante de la population peut accéder aux soins médicaux grâce à la création de l'Assistance Médicale Gratuite (en 1893) pour les plus démunis. Le médecin gagne bien sa vie, il est autoritaire, rassurant, compatissant et jouit globalement d'une bonne image dans la population, ce qui n'est pas toujours le cas dans la littérature, comme en témoigne la pièce de théâtre de Jules

Romain, « Knock », qui peint le médecin sous les traits d'un charlatan cupide. Les « Trente Glorieuses » (1945-1973) sont marquées par la naissance de la Sécurité Sociale. La recherche médicale avance à grands pas, les découvertes thérapeutiques majeures se multiplient. Les techniques d'imagerie progressent. A cette époque, le médecin généraliste est souvent l'unique lien avec le monde médical, pour une grande partie de la population. Il suit les patients toute une vie et son image est globalement très positive. A partir des années 1970, le progrès se démocratise. On guérit plus, on diagnostique mieux et plus vite. On explore le corps humain sans l'ouvrir, parfois à distance. La construction de grands CHU permet, grâce à un maillage de l'ensemble du territoire, l'accès pour tous aux soins spécialisés les plus pointus. La médecine n'a jamais été aussi performante et efficace que ces dernières décennies et l'on accorde à la recherche médicale un pouvoir quasi mystique. Alternativement méprisé, respecté, ou craint, le médecin ne laissera jamais ses contemporains indifférents. Peu à peu, dans la deuxième moitié du XXème siècle, les patients ont pris la parole et demandé à être informés sur leur maladie, à être consultés dans les options thérapeutiques. Ces bouleversements dans la relation ont de multiples origines : l'évolution des mentalités, la démocratisation des études supérieures, mais aussi l'augmentation des pathologies chroniques et des cancers. Des malades au long cours acquièrent, de fait, une expertise et des compétences complémentaires à celles des médecins. Le développement d'internet a par ailleurs permis aux patients de s'informer sur leur santé. Puis la loi Kouchner (2002) a formalisé ces évolutions sociétales, reconnaissant le rôle et les droits des patients dans leur parcours de soins. Désormais acteurs du système de soins, les patients participent activement à l'alliance thérapeutique avec les équipes médicales. La relation entre un patient et un médecin est le fondement de l'exercice médical de nos jours. Il s'agit toujours d'une rencontre

singulière et imprévisible, qui se construit autour du double langage, de la parole mais aussi du corps. La parole porte en elle un formidable pouvoir structurant, rassurant, mobilisateur de ressources ou au contraire source de frustrations, de colère, de revendications. Aujourd'hui plus qu'avant le médecin doit peser ses mots, il doit mettre des mots sur les maux de ses patients. Sans mots, pas de concepts donc pas de raisonnements, ni d'expression des émotions.

5.3.3. Place de la parole médicale dans le monde

N'ayant pas eu beaucoup d'entretiens avec des médecins asiatiques, je développe ci-après, l'exemple de l'Asie du Sud-Est à partir de deux articles^{31, 32}. Des entretiens et bibliographies sud-américains³³ et africains³⁴, il ressort toujours que les médecines traditionnelles s'opposent à la médecine conventionnelle que nous connaissons, nous français.

Les recherches concernant la médecine et son évolution en Asie du Sud-Est³¹ opposent les historiens qui se spécialisaient dans l'étude des médecines savantes à tradition écrite et les ethnologues qui décrivaient les médecines populaires, aux pratiques plus localisées et de tradition orale. La question de la définition respective et des interrelations entre médecine savante et médecine populaire s'est d'ailleurs posée. Les formes « traditionnelles » de représentations des maladies et des soins ont été bouleversées par la médecine scientifique d'origine occidentale. L'histoire coloniale de l'Indochine a engendré des situations de pluralité thérapeutique. Il existe aussi une dimension sociale des maladies. Par exemple, les attaques en sorcellerie sont souvent réputées provoquer des troubles physiques ou mentaux impossibles à soigner par les thérapeutiques somatiques. Ces attaques en sorcellerie nécessitent un traitement rituel particulier. La maladie résulte souvent d'un déséquilibre entre l'individu malade et son environnement. La médecine occidentale en Asie du Sud-Est

a été introduite au cours des colonisations dont la dimension médicale reste insuffisamment étudiée. L'Asie du Sud-Est à la révolution pastorienne naissante constituait un vaste laboratoire de pathologies tropicales permettant à l'occident d'approfondir ses connaissances, mais nous ne savons rien de l'impact qu'a pu causer la médicalisation occidentale sur le niveau général de santé des populations colonisées. Il est certain que la révolution pastorienne a profité de ce « vaste champ d'expérience » qu'a constitué l'Indochine, autant sur le plan de la découverte d'agents infectieux, la mise au point de vaccins et le rôle qu'ont pris les Instituts Pasteur indochinois. De là à affirmer que les systèmes de santé coloniaux destinés aux indigènes, mis en place au début du XX^{ème} siècle, ont été des facteurs majeurs de la réduction de la morbidité et de la mortalité des populations soumises, les avis divergent. L'historien Peter Boomgaard conclut à un bilan globalement positif concernant Java tandis que la démographe Magali Barbieri, examinant, dans un travail préliminaire, la situation du Viêt Nam colonial, conclut que la hausse démographique, imputée à l'amélioration des conditions de vie et des mesures prophylactiques, a été en réalité très modeste. Le taux de mortalité dû aux principales pathologies infectieuses et la mortalité infantile, critères importants d'avancée sanitaire, sont restés très élevés, relativisant la « mission civilisatrice » dans sa dimension médicale. Après les indépendances dans les années 1960, les systèmes de santé mis en place par les jeunes États indépendants (ex-Indochine française : Vietnam, Laos, Cambodge) ont été confrontés à de nombreuses questions liées à l'intégration des médecines locales. L'intégration officielle des médecines locales s'est posée de différentes façons selon les orientations idéologiques des États. Dans les pays communistes comme le Viêt Nam, le Laos et le Cambodge, et suivant le mot célèbre de Ho Chi Minh, la médecine nationale devait contribuer à l'édification du communisme. Elle se basait sur les

principes « scientifiques, nationaux et populaires » (Guénel 1996), après avoir servi les troupes combattant pour l'indépendance et gagné ainsi une légitimité idéologique basée sur l'autosuffisance et l'autochtonie des savoirs traditionnels. De fait, les médecines fondées sur les pharmacopées traditionnelles sont assez rapidement tombées en désuétude dans les services publics, surtout au Laos (Hours 1997) et au Cambodge (Guillou 2009) pour se développer très fortement au contraire dans l'offre de soins privés (libéralisation économique).

L'importance ou non accordée à la parole du médecin généraliste dans le monde dépend aussi de sa culture et de celle du patient³⁵. De nombreux articles scientifiques^{36,37,38,39} confirment qu'instinctivement les patients sont davantage attirés par des médecins d'une culture identique. La parole d'un médecin d'origine africaine aura plus de valeur aux yeux d'un patient d'origine africaine. Il en est de même pour un patient d'origine hispanique avec un médecin hispanique etc. En Afrique c'est même l'origine ethnique du médecin qui influencera la confiance accordée par le patient à ce médecin ou non⁴⁰.

Les entretiens ont démontré que la parole des médecins dans le monde était assez similaire. Cela n'est pas étonnant puisque les personnes choisissant de se consacrer à la médecine ont souvent le même profil. Ce sont des personnalités empathiques et qui aiment l'autre. Ainsi, il n'est pas étonnant de voir une volonté à bien communiquer. Actuellement on remarque une volonté d'uniformisation de la médecine au niveau mondial à l'image de la mondialisation déjà bien connue dans tous les domaines (économiques, culturels, culinaires...). Une organisation internationale de médecins a été fondée le 17 septembre 1947 et nommée Association Médicale Mondiale. L'AMM

est alors constituée de médecins de vingt-sept pays qui se réunissent en première assemblée générale à Paris avec pour objectif d'assurer l'indépendance des médecins et les plus hautes normes possibles en matière d'éthique et de soins (des mesures particulièrement importantes pour les médecins après la seconde guerre mondiale). L'AMM a toujours été une confédération d'associations professionnelles libres. Elle est financée par les contributions annuelles de ses membres dont le nombre s'élève aujourd'hui à 115 pays membres. L'AMM constitue pour ses associations membres un forum de libre communication et de coopération active dont le but est de parvenir à un consensus sur les plus hautes normes d'éthique médicale et de compétences professionnelles et de promouvoir l'indépendance professionnelle des médecins. En facilitant l'accès à des prestations de soins de très haute qualité dans un environnement sain, cette association unique permet d'améliorer la qualité de la vie de tous les peuples du monde. L'AMM a pour objectif de servir l'humanité en s'efforçant d'atteindre les plus hautes normes internationales en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art médical, d'éthique médicale et de soins de santé pour tous les peuples du monde. L'organisation élabore sous la forme de déclarations, de résolutions ou de prises de position, des recommandations éthiques pour les médecins. Ces directives s'avèrent également très utiles pour les associations médicales nationales, les gouvernements et les organisations internationales du monde entier. Ces textes traitent une multitude de questions, notamment les droits du patient, la recherche sur les sujets humains, les soins en temps de conflit armé, la torture des prisonniers, l'utilisation et l'abus des médicaments, le planning familial et la pollution. L'AMM contribue à la formation médicale continue des médecins. Ces ressources électroniques et en version papier sont facilement accessibles sur le site de l'AMM et gratuites. Le serment d'Hippocrate

bien connu des étudiants français n'est pas prononcé partout dans le monde, puisque très occidental. L'association médicale mondiale approuve la déclaration de Genève. Ce serment mondial fait explicitement référence au respect de l'autonomie du patient. Il comporte également une obligation de respect entre les professeurs, les collègues et les étudiants et une obligation pour les médecins de partager leurs connaissances médicales au bénéfice des patients et pour faire avancer les soins de santé. La déclaration de Genève comporte une autre exigence pour les médecins : celle de veiller à sa propre santé, à son bien-être et à ses aptitudes, afin de prodiguer des soins de la meilleure qualité possible. La Déclaration de Genève a été créée dans le but d'être prononcée par les médecins du monde entier. Dans de nombreux pays, elle fait partie intégrante du code déontologique professionnel. Dans d'autres pays, en revanche, elle n'est pas utilisée. L'AMM espère aujourd'hui que le serment deviendra un code éthique mondial pour tous les médecins. Ce texte est devenu depuis un élément essentiel de l'éthique médicale et une version moderne du serment d'Hippocrate, qui a 2500 ans.

Si la parole du médecin dans le monde était extrêmement plurielle avant les années 1900, elle a lors des cent dernières années été révolutionnée. Les formations des médecins à la communication avec leurs patients tendent à s'uniformiser dans le monde (à l'instar de la globalisation que nous connaissons). L'art de la parole en médecine serait donc universel, bien que la communication non verbale reste emprunte des cultures diverses.

5.4. L'art de la parole et ses limites

5.4.1 Religion et médecine

Au fil des siècles, la médecine et la rigueur des médecins dans la guérison des malades ont fait leurs preuves. Mais dans la lutte contre la maladie, médecine et religion ont été plus souvent mêlées, associées plutôt qu'opposées.

Des bons principes de vie prônés par la médecine contemporaine étaient apparus dans l'Antiquité, dans les textes religieux. Le maître mot dans le Coran c'est la tempérance, le prophète a dit : "Nous sommes la religion du juste milieu". Il faut manger mais pas trop, il faut boire modérément, il faut faire de l'exercice de même qu'il faut faire l'amour avec modération. Hippocrate disait qu'il faut quitter la table en ayant un peu faim. Tout cela est issu de la tempérance de la Grèce antique et de l'islam.

Jusqu'au XVII^e siècle, la médecine occidentale et musulmane sont issues des mêmes sources. On soignait de la même manière à Londres, Bagdad, Damas ou Paris.

Les écrits saints insistent beaucoup sur la propreté, sur les ablutions (avant de manger et après manger), sur l'hygiène dentaire qui prévient les caries.

Dans la France du XIX^e siècle par exemple, le rôle joué par les religieuses dans la distribution des soins était crucial. Loin de dispenser une anti médecine, les religieuses s'étaient faites les vecteurs de la médecine. Dans les hôpitaux, les dispensaires, les communes rurales ou les quartiers ouvriers, les religieuses sont plus souvent les compléments, les substituts, les auxiliaires des médecins que leurs concurrents.

D'autre part, la présence des confessions religieuses est aussi manifeste dans le domaine hospitalier. Dans l'histoire de la psychiatrie, les chercheurs ont bien fait apparaître le rôle des ordres ou congrégations dans la création des asiles. Un exemple est l'ouverture d'asiles psychiatriques et leur gestion par les sœurs de Sainte-Marie de l'Assomption de Clermont-Ferrand. Mais aussi, les premiers asiles de vieillards étaient

tenus par des congrégations comme les Petites Sœurs des Pauvres.

On sait aussi que, depuis fort longtemps, les couvents avaient leur médecin, leur apothicaire et leur jardin médicinal.

Mettre en relation la médecine et la religion permet de mieux appréhender certains patients dans leurs choix et leurs convictions.

En tant que médecin généraliste, nous sommes confrontés à une mixité de population importante. Connaître les cultures⁴¹ et les religions aide à mieux comprendre les prises de position de certains patients par rapport à la maladie.

Le médecin doit s'adapter à la religion de son patient, il doit savoir prescrire des traitements en une ou deux prises par jour pendant le ramadan (pas le midi) afin de faciliter l'observance. Le médecin doit aussi être capable d'expliquer aux patients sérieusement malades que le Coran ne leur demande pas de faire ce jeûne.

5.4.2 Représentations et médecine

Une grande série de travaux de recherche sur les représentations de la maladie physique ont été publiées dans la littérature depuis les années 1980. Un modèle⁴² explore la manière dont un individu perçoit son atteinte physique. Il part du principe que les individus construisent des représentations et des connaissances en réponse à une maladie et créent des processus d'ajustement psychologique face à un événement critique ou une menace. Les individus réagissent de manière émotionnelle et les représentations vont moduler significativement l'adhérence au traitement, la modalité d'expression de la plainte et le type de demande d'aide. Ces représentations incluent les cinq dimensions suivantes : l'identité, la cause, la temporalité, les conséquences, le traitement et le contrôle de la maladie. L'approche de la maladie par les représentations met le patient au centre des soins comme vecteur de sa guérison.

L'exploration des représentations de la maladie permet une meilleure compréhension de son patient et de l'expérience de sa maladie visant au final à améliorer la cohérence du projet de soins.

1. *Identité*: quels sont les principaux symptômes liés à votre maladie?
2. *Temporalité*: combien de temps estimez-vous que votre maladie va durer?
3. *Traitement*: pensez-vous que le traitement proposé puisse vous aider?
4. *Conséquences*: de quelle manière votre maladie affecte-t-elle votre vie?
5. *Contrôle*: quelle possibilité de contrôle avez-vous sur votre maladie ?
6. *Emotions*: vous sentez-vous émotionnellement affecté par votre maladie? Par exemple: est-ce que la maladie vous met en colère, vous effraie, vous contrarie ou vous déprime?
7. *Cause*: à quoi attribuez-vous votre maladie? Avez-vous identifié une ou plusieurs raisons qui auraient provoqué votre maladie?

Figure 9 : guide de sept questions pour le patient et le clinicien permettant de mettre du sens à la maladie (Elodie Girard)

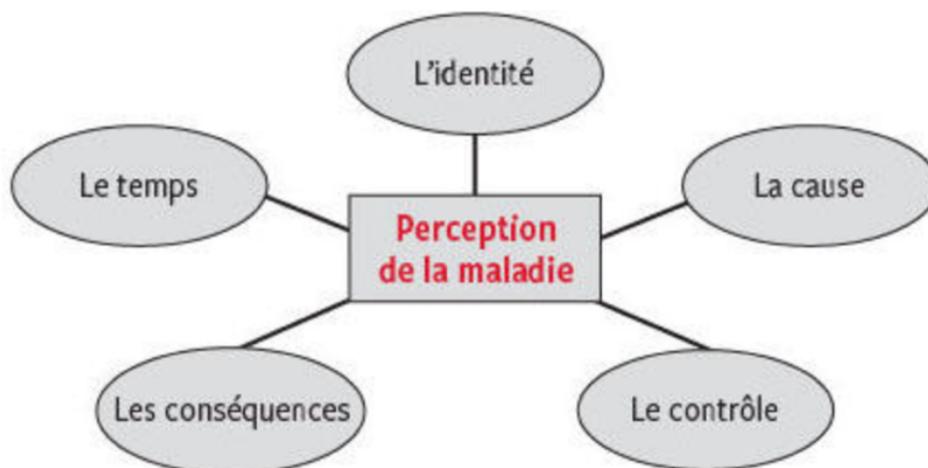


Figure 10 : les représentations de la maladie (Elodie Girard)

5.4.3 Communiquer avec des confrères

La communication avec les confrères est parfois compliquée quand il existe des conflits d'intérêt, des conflits d'obtention de poste, des conflits d'obtention de matériel par l'établissement pour les services respectifs des médecins confrères. Maîtriser l'art

de la parole est une clé pour bien communiquer avec ses confrères. Comme nous le disions précédemment, il faut s'intéresser aux gens authentiquement. Si le médecin ne le fait pas, sa parole est fautive. Il doit donc s'intéresser à ses confrères comme à ses patients. C'est parce qu'il pense les choses que sa parole porte. Si le médecin adopte une parole standardisée, plastifiée, la personne face à lui (patient, confrère) sentira qu'il est indifférent, alors la parole du médecin restera vaine et inefficace. Au moment où il parle, le médecin doit être sincère et authentique et ce n'est que de cette façon qu'il permettra à ses confrères ou à ses patients d'exprimer ce qu'ils veulent lui dire.

5.4.4. Les patients étrangers

Le médecin doit parfois s'adapter à des patients de langues complètement étrangères⁶⁰. Souvent, ces patients ont dans leur entourage des amis, de la famille pouvant servir d'interprètes. Depuis quelques décennies, le médecin est davantage confronté aux patients étrangers. Les déplacements des populations se faisant plus facilement, l'immigration⁴³ est plus importante qu'avant. Mais ces dernières décennies ont aussi vu naître internet et avec, son lot d'outils utiles (logiciels d'aide à la traduction) pouvant permettre au médecin de communiquer. Dans ces situations là nous ne pouvons plus parler d'art de la parole. Le médecin doit aller à l'essentiel, se faire au minimum comprendre. N'oublions pas d'être bienveillant et patient envers ces patients qui viennent avant tout chercher du réconfort dans nos cabinets et qui ne veulent pas nous déranger. Rien ne sert de s'agacer, le médecin trouvera toujours des solutions pour faire passer le message. Et n'oublions pas non plus que nous sommes tous l'étranger de quelqu'un⁴⁴.

5.4.5 Le choc des cultures

La façon de montrer ses émotions diffère énormément selon les cultures⁴⁵. Dans certains pays il n'est pas rare de montrer ses sentiments et ses émotions alors que dans d'autres, ils sont tout simplement cachés. Lors d'un décès dans la culture bouddhiste, on ne doit surtout pas pleurer le mort sous peine que son âme reste sur terre, alors qu'en Europe par exemple, il est fréquent de pleurer et de se montrer triste. Aux États-Unis, il est courant même d'organiser un repas avec de nombreuses victuailles après l'enterrement. En ce qui concerne le comportement dans les espaces publics, les émotions ne se montrent pas non plus de la même façon selon les régions du globe. En Amérique latine les émotions sont exprimées directement : joie, peine ou colère. Les latinos sont très expressifs et réagissent rapidement. Même les marques d'affection se font dans la rue. Au Royaume-Uni, les émotions sont généralement maîtrisées en public. En Chine, s'il est bien accepté de montrer sa joie, les critiques, les peines et les colères sont à l'inverse cachées. Au Japon et en Thaïlande, pas question de montrer ses émotions en public. Se tenir la main et s'embrasser sont des gestes à proscrire. De la même manière, les signes de la communication non verbale peuvent différer d'un pays à l'autre (voir annexe 7). Si certains signes sont propres à un seul pays ou peuvent signifier des choses différentes selon les cultures, d'autres sont universels. Il existe une « grammaire gestuelle » inconsciente et universelle, basée sur des signaux ancestraux et qui a perduré à travers les millénaires. Ainsi, nous avons sept émotions qui s'expriment de la même manière à travers le monde : la joie, la tristesse, la colère, le dégoût, la peur, la surprise et le mépris. Ces émotions se manifestent surtout sur le visage : un sourire de joie, des yeux écarquillés de surprise, une bouche tordue de dégoût, un visage triste...et seront interprétées de la même façon que l'on soit en Amazonie, en Australie ou en Europe. C'est un langage

non verbal plus fort encore que les langues écrites ou orales capable de créer un lien implicite entre les hommes du monde entier. Cependant, il existe des variantes de la communication non verbale selon les pays. Chaque pays, chaque peuple possède environ 200 éléments de langage corporel. Certains sont communs à plusieurs pays mais d'autres sont très spécifiques, parfois même à l'échelle d'une région. La main et les doigts sont fréquemment utilisés pour signifier des choses très différentes et particulières selon l'endroit du globe où l'on se trouve. Par exemple, le geste chez nous qui veut dire « mon œil, je ne te crois pas » en plaçant son index sous la paupière inférieure est un geste typiquement français. Il ne sera pas compris partout. De même, les italiens en joignant les doigts et déplaçant la main de haut en bas veulent dire « Quoi ? Qu'est-ce que tu dis, qu'est-ce que tu veux ? ». Le pouce levé qui pour nous indique que tout va bien peut être très insultant pour des brésiliens ou des japonais. Il vaut mieux aussi éviter de montrer le chiffre 5 en ouvrant la main en grand, la paume face à notre interlocuteur en Grèce ou au Pakistan car ceci évoque pour eux une malédiction. De même, le V de la victoire lorsque nous sommes fiers de quelque chose ne passera pas au Royaume-Uni. Pour les anglais, ce signe nous fera passer pour un vainqueur insultant et méprisant. Enfin, lorsque nous croisons les doigts (index et majeur), nous nous souhaitons bonne chance. Au Vietnam, ce croisement est perçu comme obscène puisqu'il symbolise le vagin d'une femme. On pourrait multiplier les exemples tant les différences sont nombreuses entre les peuples. Tous ces gestes sont bien souvent intraduisibles par les mots mais expriment soit une humeur (fatigue...), soit un commentaire vis-à-vis d'un tiers (il est fou, ivre...) soit le contrôle sur autrui (menaces, refus, excuses, ordres). Alors il ne faut jamais oublier qu'une gentillesse chez nous en France peut devenir une méchanceté, une insulte ailleurs ! La communication non verbale est extrêmement riche. C'est une langue à elle seule !

5.4.6 Ouverture

La relation médecin–patient est fondée sur le partage d’émotions dont la communication non verbale⁴⁶ est un vecteur essentiel. Que devient ce mode de communication lorsque la relation se déroule à distance et quand l’interface n’est que numérique ? Le parallèle avec l’enseignement à distance développé au sein de l’éducation nationale permet une première approche en insistant sur le rôle des émotions dans le transfert d’information et en soulignant la différence entre information et formation. L’évolution de la relation patient–médecin dans le contexte de la médecine connectée impose de nouvelles postures qui devront intégrer le rôle de la communication non verbale pour conserver le sens des émotions et la qualité des échanges. D’autres études seraient intéressantes pour approfondir l’importance de cultiver de manière saine cet art de la parole plurielle (verbale et non verbale) en médecine générale.

5.5 Comment améliorer sa pratique en consultation

L'analyse de pratiques est née de situations de formations professionnelles individuelles où un tuteur « expert » devait mettre en retrait son savoir, pour aider l'auteur de la pratique « novice » à verbaliser son action afin qu'il améliore sa pratique.

L'objectif est d'une part d'informer le tuteur de la pratique de l'apprenant, mais surtout d'informer l'apprenant sur son action pour la lui rendre intelligible et compréhensible⁴⁷.

Le concept « d'approche compréhensive » des pratiques s'est ensuite généralisé aux situations d'élucidation des pratiques en groupe.

Son principe s'applique aujourd'hui à des pratiques professionnelles au sens large.

Pour exemple, les GEASE (Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Éducatives) sont devenus des GEASP (Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles). Bien que ce concept puisse être appliqué à des fins diverses et variées (évaluation des compétences, démarche réflexive...), l'analyse de pratiques évoque aujourd'hui prioritairement un dispositif de formation en groupe, dont il existe de nombreuses variantes (cadre, durée de la séance, degré de volontariat et expérience préalable des participants). Les formateurs s'accordent à dire que l'amélioration des pratiques passe par une analyse réflexive de tous leurs déterminants et qu'elle est favorisée par le travail de groupe. Puisqu'il ne peut y avoir aucune influence sur les situations, la modification des pratiques ne peut se faire que par la modification de la réflexion des praticiens.

5.5.1 Les groupes d'inspiration psychanalytique

En 1957, au Royaume-Uni, Michael Balint⁶, psychanalyste d'origine hongroise émigré en 1939 en Angleterre, créait des groupes de parole, d'abord avec des travailleurs sociaux (dans le cadre du Family Discussion Bureau) puis sous forme de groupes de

recherche-formation pour des médecins généralistes. Ces derniers pouvaient ainsi apprendre à intégrer la dimension relationnelle dans la relation thérapeutique, notamment avec une réflexion sur leur implication dans celle-ci, sous le contrôle d'analystes, à la Tavistok clinic. Les études médicales étaient à l'époque orientées sur l'acquisition des connaissances scientifiques et n'assuraient que partiellement un enseignement des aptitudes pratiques et encore moins des aptitudes relationnelles. Balint pensait que la relation médecin-malade était déterminante pour la guérison des patients et organisa donc les fameux "groupes Balint" où des omnipraticiens, conscients de cette interaction, se réunissaient pour des séances d'études de cas (case work) pendant lesquelles ils s'exprimaient librement, notamment sur la relation médecin-malade et le contre-transfert du médecin envers le patient⁴⁸. Un peu plus tard dans les années 1975 en France, dans le milieu de l'éducation, se développe parallèlement trois méthodes d'analyse s'aidant de la psychanalyse :

- Jacques Levine (Docteur en Psychologie et Psychanalyste) démarre ce qui deviendra les « Groupes de Soutien au Soutien » (GSAS). A court terme, ils ont pour but de soutenir le praticien qui a lui-même la tâche de soutenir l'élève. A long terme, l'objectif est de rétablir chez le praticien l'équilibre entre le « moi émotionnel » et le « moi professionnel », et lui permettre de prendre conscience de son mode de fonctionnement professionnel. Un psychanalyste (ou une personne connaissant suffisamment l'inconscient) anime ces groupes de parole où chacun essaie de rendre intelligible une situation exposée par un participant désireux d'affronter et de résoudre ses difficultés⁴⁸.

- André De Peretti (Docteur en Lettres et Sciences Humaines, ancien directeur du département de Psychosociologie de l'Education à l'Institut National de Recherche Pédagogique) s'inspirant du travail de Balint, développe des GAP (Groupes

d'Approfondissement Professionnel). L'animateur, non nécessairement expert, intervient surtout pour faire respecter le cadre afin que les participants puissent, dans un premier temps, rendre explicites et intelligibles les composantes du problème professionnel exposé, et à terme prendre pleinement conscience de l'implicite de ce dernier⁴⁹.

- Aussi, durant cette période, des "Groupes et séminaires Balint-enseignants" ont été mis en place, par exemple à l'IUFM (Institut Universitaire de Formation des Maîtres) de Versailles, ou encore à Montpellier avec les Groupes de Recherche et d'Action Pédagogique des Inspecteurs de l'Education Nationale (qui à ce jour n'existent plus). Une situation d'enseignement difficile vécue par un des participants est sélectionnée par le groupe. Celui-ci va étudier le champ des affects en rapport avec la situation, à des fins de formation et d'information sur les processus inconscients mis en jeu. Chacun des enseignants construira ses propres réponses et modèles, si besoin en s'aidant des pistes données par l'animateur.

Francis Imbert (maître de conférences à l'IUFM de Créteil et psychanalyste) est aujourd'hui une référence de ces dispositifs à qui l'on doit de nombreux travaux et écrits sur le sujet. Ces différents regroupements professionnels travaillaient sur les affects relationnels avec références psychanalytiques.

5.5.2 Les groupes d'analyse de pratiques et de situations professionnelles

Les GEASE

Dans les années 1985, l'université de Toulouse-Mirail a mis en place des groupes d'écoute et de parole entre pairs, s'inspirant des règles des groupes Balint, mais sans référent psychanalytique⁵⁰. La loi d'orientation Jospin (loi n° 89-486 du 10 juillet 1989) préconise, à l'instar de l'élève acteur de ses apprentissages, l'enseignant auteur de sa

formation. La conclusion du “Référentiel des compétences professionnelles du professeur des écoles stagiaire en fin de formation initiale” énonce trois principes⁵¹ :

- « *il n’y a pas de véritable professionnalisation sans souci permanent d’acquérir de nouvelles compétences, de renouveler et de mettre à jour ses connaissances, de remettre en question ses habitudes et ses manières de faire.* »

- « *il est primordial de s’attacher à développer chez tous les futurs enseignants à la fois les capacités à analyser et à évaluer sa pratique professionnelle et le goût de poursuivre sa propre formation.* »

- « *il faut progressivement se forger une identité professionnelle pour exercer un métier en constante évolution et assumer la diversité des élèves et des situations d’enseignement.* »

Adaptant le travail de l’université de Toulouse-Mirail, le département des Sciences de l’Education de l’Université Paul Valéry de Montpellier et en particulier Claude Vincens (professeur des écoles, psychologue scolaire chargé d’enseignement au département des Sciences de l’Education), Alain Lerouge (enseignant-chercheur, Docteur en Sciences de l’Education et spécialiste de la didactique des mathématiques), Yveline Fumat et Jean-Bernard Paturet (professeurs en Sciences de l’éducation), s’essayaient au GEASE (dispositif père du GEASP), ici créés pour les étudiants de l’enseignement et proposaient pour la première fois en 1994 ses principes fondateurs.

Les GAPP

Dans les années 1990, Jacques Nimier (ancien Directeur adjoint de l’I.U.F.M. de Reims et Professeur honoraire de Psychologie clinique à l’Université de Reims) et d’autres formateurs ont mis en place des GAPP (Groupes d’Analyse de Pratiques Professionnelles). Dans ce modèle le rôle de l’animateur est d’amener les futurs

enseignants au savoir-analyser et à construire eux-mêmes, par leurs propres moyens, leur formation et leurs outils d'enseignement. Le groupe permet à l'étudiant de comprendre par lui-même la difficulté dont il leur fait part, en l'incitant à s'exprimer de la façon la plus claire et exhaustive possible. Ceci lui sera bien plus profitable que des solutions-conseil impersonnelles de ses pairs. C'est aussi un espace de parole libre favorisant l'apprentissage de la communication et un lieu de pratique du jeu de rôle. L'adhérence au dispositif requiert de la part des étudiants une mise en danger lorsqu'ils doivent « déconstruire » leurs savoirs sans l'appui de certitudes ou d'experts qui les rassurent⁵².

Mais distinguons un peu l'analyse de pratiques (GAPP) et l'analyse de situations professionnelles (GEASE, GEASP).

L'Analyse de Pratiques Professionnelles (APP) connaît certains écueils :

- tout d'abord, pour pouvoir analyser une pratique, il faut maîtriser un minimum l'analyse de situation. En effet si les éléments de la situation sont mal appréhendés la pratique ne sera pas correctement compréhensible.
- ensuite, il faut nécessairement disposer d'un référentiel validé de la pratique étudiée.
- enfin, il y a un biais important faussant l'analyse par des pairs qui réfléchissent « à froid » dans un contexte minorant les difficultés effectives rencontrées sur le terrain de l'action.

Dans l'analyse de situations professionnelles, l'analyse est centrée sur la situation. Les groupes d'analyse de situations, tels que les GEASP, emmènent celui qui y participe à une réflexion. C'est-à-dire qu'à partir d'une situation, les participants réfléchissent et construisent leurs propres références, qu'ils jugent adéquates, pour faire face à une situation future similaire.

L'analyse de situations est plus adaptée aux étudiants en médecine par rapport à l'analyse de pratiques parce que :

- avant d'agir il faut comprendre et pour comprendre il faut savoir analyser efficacement les différentes composantes d'une situation.
- une fois la complexité d'une situation assimilée, il faut avoir les connaissances requises pour résoudre le problème posé.
- l'analyse de situations ne souffre pas des écueils de l'analyse de pratiques professionnelles (même si à terme l'analyse de situations amène à l'analyse de pratiques).

L'analyse de situations professionnelles est une démarche de formation professionnalisante. Cette position de réflexion vis-à-vis de situations professionnelles ressenties comme difficiles permet dans un premier temps l'élaboration d'hypothèses de compréhension et d'action. A terme, elle permet le développement de compétences et l'amélioration des pratiques. C'est pourquoi elle connaît un véritable essor depuis les années 2000 et se pratique notamment à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand où les GEASP participent à la formation de tous les internes en médecine générale.

Les GEASP

Les GEASP ont pour objectif d'améliorer la formation des futurs médecins généralistes. L'acquisition d'une démarche réflexive leur permet d'identifier les compétences à mettre en œuvre pour la gestion de situations qu'ils sont ou seront amenés à rencontrer. Ces GEASP sont aussi l'occasion d'initier les internes de médecine générale à l'analyse de pratiques. Une situation professionnelle vécue par un des internes présents est analysée par le groupe selon un cheminement précis.

Les étudiants s'entraînent au questionnement tout en s'auto-évaluant. Ils comprennent leurs faiblesses voire leurs lacunes par rapport à ce type de situation.

Trois règles sont primordiales :

- la confidentialité, pour ne pas manquer au secret professionnel, mais aussi pour ne pas risquer d'inhiber l'étudiant qui s'expose avec la crainte de colportage de son récit.

- la bienveillance, car le jugement de valeur n'a aucune place dans le GEASP. Le travail se fait sur la situation rencontrée par l'exposant et non sur l'individu lui-même.

La personne narratrice assume ses actes sans avoir à se sentir coupable, elle n'est pas là pour être jugée.

- la participation des étudiants est primordiale pour que la séance « décolle ». Si la motivation manque, l'analyse ne sera pas productive.

Les situations professionnelles présentées parlent souvent de difficultés concernant l'art de la parole en consultation.

On considère que le GEASP se déroule en 5 phases

- 1^{ère} étape : initialisation et choix d'une situation : 5 à 10 minutes.

Chaque étudiant expose rapidement (2 minutes) la situation qu'il a été amené à gérer et qu'il souhaiterait analyser. Le choix revient à l'animateur qui tiendra compte des éventuels désirs et besoins du groupe. Un étudiant est secrétaire de séance. Il est chargé de prendre des notes pour établir un compte rendu de la séance.

- 2^{ème} étape : phase d'exposition de la situation : 10 à 15 minutes.

Les participants sont invités à écouter le narrateur développer sa situation et à prendre des notes concernant les éléments rapportés.

- 3^{ème} étape : phase de questionnement par le groupe : 20 à 30 minutes.

Comme dans le GEASE, les questions sont toujours uniquement informatives et concernent les procédures et non l'acteur lui-même.

- 4^{ème} étape : phase de formulation des propositions : 30 à 40 minutes.

Le narrateur ne peut intervenir durant cette étape. Il peut éventuellement prendre des notes. Les participants sont invités à énoncer, par des propositions explicatives, ce qu'ils comprennent de la situation et des raisons qui ont amené l'auteur à agir ainsi. Les participants élaborent ensuite des propositions alternatives.

- 5^{ème} étape : phase de synthèse et de formulation d'objectifs d'apprentissage et de recherche : 10 minutes. Le groupe fait une synthèse des connaissances nécessaires et des compétences à mobiliser. Le narrateur s'exprime sur les propositions faites par ses pairs et énonce ce qu'il se propose d'effectuer pour se perfectionner dans la gestion de ce type de situation.

5.5.3. Réflexion sur l'importance de la maîtrise de la parole en médecine générale

Les médecins généralistes, par la singularité de leur relation avec leur patientèle, sont soumis à une charge émotionnelle importante à laquelle ils se disent tous peu préparés. Les études de médecine qui valorisent le prestige et l'excellence peuvent expliquer que les médecins se cantonnent à cette idée et ne sont pas conditionnés à communiquer sur leurs difficultés. Étant donné l'impact émotionnel et l'importance des affections qui peuvent en découler, il paraît primordial de sensibiliser et de former à cette relation les futurs praticiens dès leurs études⁵³.

Des formations continues et des séminaires sont proposés dans le domaine de la gestion de la relation médecin-patient. L'évolution de cette relation, des meurs, des attentes, l'augmentation de l'agressivité physique et verbale sont aussi des facteurs

pouvant contribuer au mal-être des médecins. Il existe aussi des organismes d'écoute comme l'AAPML (Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux) fondée en 2005. Elle propose un service téléphonique (sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre) d'écoute et de soutien psychologique dédié aux médecins libéraux. Il est essentiel de savoir parler à la fois à ses patients mais aussi à ses pairs. Romain Rolland (écrivain français, lauréat du prix Nobel de littérature de 1915) disait « *L'art et la parole sont les deux organes du progrès humain. L'un fait communier les cœurs et l'autre les pensées* ».

CONCLUSION

6. CONCLUSION

Cette thèse inspirée des études par récit de vie, m'a permis d'étudier un segment particulier de réalité sociale : l'art de la parole en médecine générale dans le monde. Les entretiens narratifs ont été orientés vers la communication lors des consultations et l'usage ou non des mots. Le petit nombre raisonnablement varié de récits de vie recueillis auprès d'informateurs issus des quatre coins du monde m'a permis d'obtenir des informations clés. Les récits en tant que témoignages, se recoupent, se consolident mutuellement, se confirment. Une interprétation de cette étude est que l'art de la parole en médecine générale dans le monde est le même : les médecins cherchent tous avec leurs mots à informer, être patient, écouter, rassurer. Les médecins cherchent aussi à anticiper les choses et à s'adapter. Ils reconnaissent que l'art de la parole nécessite du temps. Les généralistes se remettent en cause et essaient de se former à cet art de bien parler à leurs patients (formations qui tendent à s'uniformiser dans le monde).

En tant que médecin généraliste, nous sommes confrontés à une diversité de population importante. Connaître les cultures, les rituels, les religions, les représentations de chacun aide à mieux comprendre certains patients dans leurs choix, leurs convictions, leurs prises de position par rapport à la maladie. Les médecins généralistes soulignent tous que l'art de la parole passe d'une part par les mots mais qu'ils peuvent aussi communiquer sans les mots. Peut-être que cette communication non verbale est quant à elle singulière. Elle varie dans le monde car elle est empreinte du culturel de chacun. C'est une communication extrêmement importante dans une consultation, sans doute plus importante que les mots eux-mêmes. Cela pourrait expliquer le choix que font les patients d'aller vers un médecin souvent de même origine culturelle ou ethnique qu'eux lorsqu'ils le peuvent. Cette communication non

verbale permet aussi de communiquer avec l'autre, l'étranger, le "différent" (patient sourd...). Elle est extrêmement riche. C'est une langue à elle seule. Une thèse entière pourrait être dédiée aux spécificités de la communication non verbale dans le monde.

Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



Le Président du Jury

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "J. P. ...", is written below the text "Le Président du Jury".

BIBLIOGRAPHIE

7. Bibliographie

(norme Vancouver)

Livres :

1. Martin Winckler. *Le Choeur des femmes*, Montréal : Gallimard ; 2009
2. Daniel Bertaux. *Le récit de vie*. 4^{ème} édition. Armand Colin ; 2016
3. Geoffroy Michel. *Un bon médecin. Pour une éthique des soins*. Paris, La Table Ronde ; 2007
4. Louis Girault. *Kallawaya, guérisseurs itinérants des Andes : recherches sur les pratiques médicales et magiques*. IRD Éditions ; 1984
5. Moussa Maman Bello, Agnès Giannotti, *Renaitre en Pays Dendi, Couvade et possession au nord Bénin*. Grandvaux ; 2017
6. Mickaël Balint. *Le médecin, son malade et la maladie*. 3^{ème} édition. Payot ; 2003
7. Christelle Laizé, Philippe Guisard. *L'art de la parole : pratiques et pouvoirs du discours*. Ellipses ; 2009
8. Cyril Delay. *L'art de la parole*. 2^{ème} édition. Dalloz ; 2020
9. Collection littéraire Lagarde et Michard. *Du XVI^{ème} au XX^{ème} siècle*. Bordas ; 1993
10. Olivier Reboul. *Introduction à la rhétorique*, P.U.F coll. « Premier Cycle », 1991
11. Emmanuelle Danblon. *L'homme rhétorique - culture, raison, action*. Humanités, cerf ; 2013
12. J.P Assal, M.Durand, O.Horn. *Le théâtre du vécu : art, soin, éducation*. Editions Raison et Passions ; 2016
13. Dr Laurent Alexandre. *La guerre des intelligences*. JC Lattès ; 2017
14. Bertrand Périer. *La parole est un sport de combat*. JC Lattès ; 2017
15. Joël Coste, Danielle Jacquart, Jackie Pigeaud. *La rhétorique médicale à travers les siècles*. Hautes études médiévales, Droz ; 2013

16. Anne-Marie Merle Béral. *Docteur, ne me dites pas tout ! - Le malade, ses médecins et la vérité* Essai ; 2014
17. Yannick, Jaffré, et Jean-Pierre Olivier de Sardan. *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Hommes et sociétés. Karthala ; 2003
18. Pierre Chiron. *Manuel de rhétorique - comment faire de l'élève un citoyen*. Les Belles Lettres ; 2018
19. Jean Claude Kaufmann. *L'entretien compréhensif*. 4^{ème} édition. Armand Colin ; 2016

Articles de revues scientifiques :

20. *Parler, écouter, écrire : l'art de communiquer en santé, Guide de pratique clinique*.
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. 2015
21. Jean-François Malherbe. *Pour une éthique de la médecine*. Horizons philosophiques. Printemps 1994 ; Vol 4 (n° 2) : p 207
22. Cofreces Pedro, Ofman Silvia Deborah, Stefani Dorina - *La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010*.
Universidad Complutense de Madrid ; Revista de Comunicación y Salud ; Junio 2014 ;
vol 4 : p 19-34
23. Jacqueline de Romilly. *La médecine et l'art de la parole. Conférence d'honneur*.
Journal des maladies vasculaires. Masson, 2001 ; Paris Vol 26 (n°3) : p 157-159
24. Jean-François Malherbe. *Souffrance et parole dans l'art médical*. Revue
Internationale d'éthique sociétale et gouvernementale. 2006 ; Vol 8 (n°2)
25. Kahn, Axel. *La part de l'humain dans la médecine de demain*. Médecine/sciences.
1 avril 2018 ; Vol 4 : p 283-84

26. Emma Warnecke. *The art of communication*. Australian Family Physician Journal. March 2014 ; Vol 43 (n°3) : p 156 – 158
27. Pablo González Blasco, Vitor Hugo Boso Vachi, Pedro Subtil de Paula, Lucas José de Antonio, João Godoy. *Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina : una experiencia de dos décadas en Brasil – Educación Médica*. October–December 2017 ; Vol 18 (n°4) : p 276-284
28. Trung Quang Tran, A. J. J. A. Scherpbier, Jan van Dalen, Dung Do Van & Elaine Pamela Wright. *Nationwide survey of patients and doctors perceptions of what is needed in doctor - patient communication in a Southeast Asian context*. In: BMC Health Services Research. October 2020; vol 20 (n°1)
29. Isabelle Moley-Massol. *L'annonce de la maladie : une parole qui engage*. Santé Éducation. Avril, mai, juin 2014 ; Vol 02 : p 30
30. Ferguson WJ, Candib LM. *Culture, Language, and the Doctor-Patient Relationship*. Fam Med. 2002 ; vol 34 (n°5) : p 353-361
31. Claramita, M., Nugraheni, M.D.F., van Dalen, J. et al. *Doctor–patient communication in Southeast Asia: a different culture?* Adv in Health Sci Educ. February 2012; Vol 18: p 15-31
32. Anne Yvonne Guillou, Évelyne Micollier. *Anthropologie et santé en Asie du Sud-Est* ; revue Moussons ; 2010 ; p 177-19
33. Uranga Washington. *Comunicacion y salud en la Argentina*. Revista de Comunicación y Salud. Universidad Nacional de La Plata. 2012 ; vol 2 (n°2) : p 99-101
34. Jan De Maeseneer and Maaike Flinkenflögel, *Primary health care in Africa: do family physicians fit in?* - British Journal of General Practice. 2010; vol 60 (n°573): p 286-292

35. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. *Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar*. Medigraphic Artemisa en línea - Archivos en Medicina Familiar. 2006; Vol.8 (n°2) : p 137- 143
36. Lisa A. Cooper, Debra L. Roter, Rachel L. Johnson, Daniel E. Ford, Donald M. Steinwachs, *Patient- Centered Communication, Ratings of Care, and Concordance of Patient and Physician Race*. Annals of Internal Medicine. January 2004; Vol 139 (n°11): p 907-915
37. Saha S, Komaromy M, Koepsell TD, Bindman AB. *Patient-Physician Racial Concordance and the Perceived Quality and Use of Health Care*. Arch Intern Med.1999; vol 159 (n°9): p 997–1004
38. Saha S, Arbelaez JJ, Cooper LA. *Patient–Physician Relationships and Racial Disparities in the Quality of Health Care*. American Journal of Public Health. October 2003; Vol 93 (n° 10): p 1713-1719
39. Manassis, K. *The effects of cultural differences on the physician-patient relationship*. Canadian family physician Medecin de famille canadien. 1986; Vol 32: p 383-389
40. Miller AN, Kinya J, Booker N, Kizito M, wa Ngula K. *Kenyan patients' attitudes regarding doctor ethnicity and doctor-patient ethnic discordance*. Patient education and counseling. Feb 2011 ; vol 82 (n°2) : p 201-206
41. Barbara C.Schouten Ludwien Meeuwesen - *Cultural differences in medical communication : A review of the literature* - Patient Education and Counseling. December 2006; Vol 64 (n°1–3) : p 21-34
42. Elodie Girard, Les représentations de la maladie : quelle démarche utile pour le clinicien ? Revue médicale Suisse, 10 février 2016

43. Ursula Goth, John Berg, Haci Akman. *The Intercultural Challenges of General Practitioners in Norway with Migrant Patients*. International Journal of Migration, Health and Social Care. 26 July 2010 ; vol 6 (n°1) : p 26-33
44. María Jozam. *De exilios y destinos. El extranjero, un sujeto fuera de lugar*. Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. 2013 ; n°9 : p 42-43
45. Jonathan Matusitz & Jennifer Spear. *Doctor-Patient Communication Styles : A Comparison Between the United States and Three Asian Countries*. Journal of Human Behavior in the Social Environment. 16 Jun 2015; vol 25 (n°8): p 871-884
46. Dr Madeleine Rüedi-Bettex. *La communication non verbale dans la relation de soins, Médecine de la Personne*. 61e rencontre internationale, Unteröwisheim ; 21 au 24 juillet 2009
47. Lamy M. « Aperçu sur la place d'un travail en analyse de pratiques dans la construction des compétences professionnelles », 2000, 3p
48. Robo P, *L'analyse de pratiques professionnelles : différentes modalités*. Octobre 2002
49. Levine J, Altet M, Perrenoud P et al. *Fiche synthétique présentant le travail du GFR (Groupe de Formation à la Recherche) "analyse de pratiques professionnelles"* décembre 2003
50. Lamy M. « Propos sur le GEASE », Expliciter Journal de l'Association GREX, 2002, (janvier), n°43, 1-13
51. Référentiel des compétences professionnelles du professeur des écoles stagiaire en fin de formation initiale. Annexe III de la note de service 94-271 du 16 novembre 1994 Ministère de l'Education Nationale.

52. Nimier J. *Groupe d'Analyse de Pratiques Professionnelles. G.A.P.P. Qu'est-ce que c'est ?*
53. Mock Donato Manuel. *La vocación del profesional de la medicina y la relación con el paciente en el contexto nacional panameño. Aportes para una humanización de la práctica médica.* Masters thesis, Universidad de Panamá. 2018.
54. Rossi Ilario. *La parole comme soin : cancer et pluralisme thérapeutique.* Anthropologie & Santé. 15 avril 2011 ; Vol 2
55. Jouanna Jacques. *Rhétorique et Médecine dans la collection Hippocratique. Contribution à l'histoire de la rhétorique au Ve siècle.* In : Revue des Études Grecques. Janvier-juin 1984. Tome 97, fascicule 460-461 : p 26-44
56. Goulet Denis, Gagnon Robert. *William Osler : The Principles and Practice of Medicine In Monuments intellectuels de la Nouvelle-France et du Québec ancien. Aux origines d'une tradition culturelle.* Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2014
57. Dr Madeleine Rüedi-Bettex. *La communication non verbale dans la relation de soins.* Médecine de la Personne, 61e rencontre internationale, du 21 au 24 juillet 2009, Unteröwisheim
58. J.C Weber. *Soigner sans, avec ou dans la parole : le paradigme de l'étranger.* Conférence Nationale sur L'interprétariat médical et social professionnel – ENA Strasbourg, 14 novembre 2012
59. Nour Sultan. In : Pr Goupy et Pr Le Jeune. *La médecine narrative, une innovation pédagogique ?* Med-line éditions, Paris 2017

Thèses :

60. Sophie Auge, Marine Gonsolin. *Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient*. Thèse université Aix-Marseille ; Mars 2020

61. Aurianne BAUDAT RAVAUD. Étude historique et observationnelle du rôle du médecin dans la société à travers le regard de son patient, de l'antiquité à nos jours. Thèse ; 29 août 2014

62. Cahn Jordan. *Comunicación entre Personal Médico y Pacientes Indígenas un Estudio de la Medicina Intercultural en Huancarani*. Cusco, Peru. SIT Graduate Institute, SIT Study Abroad. Fall 2012

63. Clavilier Amandine. *Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale*. Clermont Ferrand : université d'Auvergne ; 2021

Page web :

64. Mutuelle du médecin. Femmes-Médecins.com. Section portrait : De Paris à Bello-Tounga ; Agnès, médecin et auteur-photographe.

ANNEXES

8. ANNEXES

ANNEXE 1 : grille d'entretien initiale

Quelle est votre situation professionnelle ? Quel est votre âge et votre sexe ?
Avez-vous une activité urbaine, semi-rurale ou rurale ?
Quel est votre pays d'origine (nationalité) et le/les pays dans le(s)quel(s) vous avez exercé la médecine ?

Pouvez-vous me raconter une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle vous avez bien communiqué avec le patient ?

Pouvez-vous me raconter une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle cette fois-ci vous avez mal communiqué avec le patient ?

Avez-vous déjà eu en consultation des patients ne parlant pas votre langue ?
Comment faites-vous avec eux ? (pour les rassurer, pour leur expliquer etc).

ANNEXE 2 : grille d'entretien révisée

Quelle est votre situation professionnelle ? Quel est votre âge et votre sexe ?
Avez-vous une activité urbaine, semi-rurale ou rurale ?
Quel est votre pays d'origine (nationalité) et le/les pays dans le(s)quel(s) vous avez exercé la médecine ?

Pouvez-vous me raconter une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle vous avez bien communiqué avec le patient ?

Pouvez-vous me raconter une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle cette fois-ci vous avez mal communiqué avec le patient ?

Avez-vous déjà eu en consultation des patients ne parlant pas votre langue ?
Comment faites-vous avec eux ? (pour les rassurer, pour leur expliquer etc.)

Pensez-vous que la parole peut avoir un effet presque magique⁵⁴ chez certains patients ? Pouvez-vous me donner votre avis à l'aide d'exemple(s).

Existe-t-il des médecines parallèles à la médecine conventionnelle dans votre pays et vos patients ont-ils recours à ces pratiques ? Donnez-moi des exemples.

Quelle est la religion principale dans votre pays ? Vos patients sont-ils très pratiquants ? Pensez-vous que leur vécu de la médecine peut être influencé par leur pratique religieuse ?

Quelles sont vos sources d'inspiration en médecine ? (une personne, une série TV, un livre etc.)

Comment cultivez-vous cet art de la parole en médecine ?

Existe-t-il des lieux ou des groupes de pairs avec qui vous pouvez parler de vos consultations dans votre pays ?

Avez-vous des passions dans la vie en dehors de la médecine ?

ANNEXE 3 : entretien avec un médecin libanais ayant exercé au Liban, au Sénégal et en France

**Quelle est votre situation professionnelle ? Quel est votre âge et votre sexe ?
Avez-vous une activité urbaine, semi-rurale ou rurale ?
Quel est votre pays d'origine (nationalité) et le/les pays dans le(s)quel(s) vous
avez exercé la médecine ?**

Je suis médecin généraliste, mais j'ai en consultation énormément d'enfants m'étant tourné davantage vers la pédiatrie. J'ai exercé en semi-rural puis en milieu urbain et je suis d'origine libanaise avec double nationalité désormais franco libanaise. J'ai aussi exercé au Sénégal.

Pouvez-vous me raconter une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle vous avez bien communiqué avec le patient ?

Lors d'une première consultation d'un enfant de 5 ans amené par sa maman, nous faisons connaissance, déroulé habituel d'une première consultation : interrogatoire, antécédents, etc...La maman m'informe qu'elle vivait en Italie avec son mari duquel elle se sépare et qu'elle arrive dans la région. Dans le même temps, je feuillette les pages du carnet de santé du petit garçon. Je m'aperçois qu'aucune vaccination n'a été réalisée à ce jour et pas de suivi médical régulier et pas de vit D donnée et une alimentation particulière inadaptée à un enfant.

J'ai posé la question suivante à cette jeune femme : « Avez-vous des craintes, des réticences sur ces vaccinations ? » Sa réponse ne m'a pas surpris puisqu'elle a sorti les différents discours ambiants et les polémiques actuelles sur les vaccins. Pour l'alimentation l'enfant ayant une croissance staturo pondérale dans les courbes cela ne l'a pas inquiétée.

J'ai réagi de manière très calme et pédagogique avec distinction et sans être distant en lui demandant qu'elle fût ses sources d'informations en dehors du net et des blogs anti vaccinaux. Elle n'avait reçu aucune information médicale et personne durant ces cinq années n'a tenté de l'informer et de la faire adhérer au programme vaccinal, ni de l'informer sur les besoins nutritionnels qualitatifs de l'enfant et la nécessité de la vit D.

Cette mère « hors-la-loi » si l'on se réfère aux pages de vaccinations du carnet de santé ne demandait qu'à être informée. Elle a parfaitement rétabli une alimentation qualitativement saine et réalisé un rattrapage vaccinal total en moins de 6 mois.

Ne nous cachons pas derrière des jugements et restons vigilants à ce qu'ils ne nous déshumanisent pas et nous fassent basculer dans une indifférence.

Pouvez-vous me raconter une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle vous avez mal communiqué cette fois-ci avec le patient ?

Lors d'une consultation d'un enfant de 3ans ½ amené par ses 2 parents pour toux traînante traitée pour un asthme viro induit. Il a déjà été vu par plusieurs médecins.

Lors de mon questionnaire sur l'éventuel contrôle de l'asthme j'ai posé plusieurs questions sur la technique des réalisations des bouffées dans la chambre d'inhalation. Je me suis rendu compte des erreurs commises par la maman. En la reprenant je n'ai pas pressenti la susceptibilité maternelle qui s'est sentie tout de suite agressée et diminuée et que je la rendais responsable de l'état de son enfant. Elle a quitté immédiatement le bureau de consultation en disant des grossièretés. J'ai pu me ressaisir avec le papa et poursuivi l'éducation thérapeutique et au retour de la maman, clarifier le malentendu survenu.

Pour éviter de telles situations, j'aurais dû rester alerte afin d'identifier précocement les situations potentielles où la maman risque d'être irritée et de ne plus pouvoir garder son calme. Elle n'avait pas reçu initialement l'information adéquate.

Il est important de rappeler que dans tout problème de communication, il y a deux interlocuteurs. Ainsi, il faut définir la source du problème. Parfois, c'est le médecin lui-même qui cette fois était désireux de donner des informations très précises pour la réussite du traitement. En d'autres occasions, le patient peut être impertinent, exigeant, incapable de bien formuler. Il ne faut pas rompre la confiance mutuelle.

Avez-vous déjà eu en consultation des patients ne parlant pas votre langue ? Comment faites-vous avec eux ? (pour les rassurer, pour leur expliquer etc.)

Il s'agit d'une situation très pénible car la base de la pédiatrie est une relation triangulaire dont les parents sont souvent les principaux acteurs qu'il faut rassurer et informer. En l'absence d'outil de communication verbale l'exercice devient fastidieux. Dans ces conditions j'utilise la gestuelle et les dessins ou schémas et dans la mesure du possible un interprète à distance par téléphone (parents, amis ou professionnels).

Pensez-vous que la parole peut avoir un effet presque magique chez certains patients ? Pouvez-vous me donner votre avis à l'aide d'exemple(s)

En cas d'angoisse extrême ou de situation préalable imprécise la parole peut être à l'origine d'un réconfort pour les parents d'une acceptation et/ou résignation. Une grande partie des plaintes des parents viendra du manque de communication, de tact ou d'empathie. Celui qui parle porte l'entière responsabilité des paroles qu'il profère.

Existe-t-il des médecines parallèles à la médecine conventionnelle dans votre pays et vos patients ont-ils recours à ces pratiques ? Donnez-moi des exemples

J'ai eu à exercer dans plusieurs pays dont la majorité en France. En Afrique les tradithérapeutes font partie intégrante des solutions médicales parallèles ou concomitantes du parcours de soins de certains patients. Le Pr COULOMB en psychiatrie dans les années 80 dans les services de psychiatries au CHU de FANN au Sénégal travaillait en très étroite collaboration avec les marabouts, les tradithérapeutes au sein même de l'hôpital. Ainsi, plus proche des us et coutumes des patients, la thérapie de collaboration fonctionnait, sans bousculer ni rebuter certains patients.

Quelle est la religion principale dans votre pays ? Vos patients sont-ils très pratiquants ? Pensez-vous que leur vécu de la médecine peut être influencé par leur pratique religieuse ?

Les pays que j'ai connus sont multiconfessionnels avec une ou deux religions prédominantes. Les religions étaient souvent mélangées à des us et coutumes locaux. Au Sénégal la religion prédominante était l'islam mais pratiquée d'une manière que je qualifierais d'un peu de sectaire puisque la population se divise en deux. Les MOURIDES (affiliés à un marabout de la famille M'BACKE. La chefferie de la confrérie se passe de père en fils)) et les Tijanis affiliés à un courant venu du sud algérien et la famille Sy. L'influence des confréries est très importante dans ce pays. Les diolas en Casamance dans le sud du pays sont chrétiens ou anémistes avec beaucoup de rituels religieux et thérapeutiques. Quant au Liban il existe 13 confessions et la religion est moins influente sur la santé mais elle induit un fatalisme parfois délétère pour l'observance thérapeutique.

Quelles sont vos sources d'inspiration en médecine ? (une personne, une série TV, un livre etc.)

Essentiellement des livres

Comment cultivez-vous cet art de la parole en médecine ?

Par la lecture essentiellement, par l'écoute, par le vécu et par l'empathie qui doit rester une composante vitale de notre métier. La sagesse n'est pas dans les mots mais dans le sens qu'ils contiennent.

Existe-t-il des lieux ou des groupes de pairs avec qui vous pouvez parler de vos consultations dans votre pays ?

Très probablement mais que je ne connais pas

Avez-vous des passions dans la vie en dehors de la médecine ?

La lecture, le Volley Ball et les voyages.

ANNEXE 4 : entretien avec un médecin congolais ayant exercé en RDC, en Egypte et en France

Dans quels pays avez-vous pratiqué la médecine ? Dans quel pays la pratiquez-vous actuellement ? Quelle est votre langue maternelle ?

J'ai pratiqué la médecine générale tour à tour en RD Congo, en Egypte et en France
Actuellement je suis en France.

De part mon éducation j'ai deux langues maternelles : le français que mes parents, l'école et l'Eglise m'ont appris, et le swahili apprise grâce à ma nourrice, mes amis d'enfance et la rue.

Toutefois en RD Congo j'ai eu à consulter des malades en swahili, lingala, mashi, kihavu et il fallait parfois recourir à des traducteurs ou chercher l'équivalent d'une terminologie médicale dans les langues locales (adapter ma médecine apprise en français au patient qui ne comprend rien du français) et en Egypte, faire la gymnastique inverse : intégrer un monde arabe avec un peu d'anglais et y pratiquer ma médecine apprise en français.

Pouvez-vous me raconter une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle vous avez bien communiqué avec le patient ?

Un Monsieur de 72 ans hypertendu connu est venu au cabinet parce que « il avait la pression ». En effet, hypertendu depuis vingt ans, ces chiffres tensionnels étaient contrôlés jusqu'à Novembre dernier. Depuis on a changé deux fois les antihypertenseurs sans pouvoir contrôler la tension. Le médecin traitant qui recevait la femme de mon patient a dit à cette dernière que lors de la dernière visite, le médecin avait oublié de dire à mon patient de voir un cardiologue pour sa tension.

Ne pouvant avoir un RDV avec le cardiologue, mon patient est venu stressé au cabinet car ses chiffres tensionnels montaient (170/95 mm Hg à l'admission sans signe clinique) et qu'il n'arrivait pas à avoir un RDV avec un cardiologue avant longtemps.

Il a donc fallu échanger avec le patient sur l'HTA et sa mise au point, en mettant l'accent sur la classification et l'intérêt de rechercher les retentissements de l'HTA sur les différents organes et ainsi lui expliquer pourquoi il devrait voir un cardiologue tout en le rassurant que son pronostic vital n'était pas engagé. A la fin de notre entretien sa TA était 145/89 mm Hg.

Pouvez-vous me raconter une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle vous avez mal communiqué cette fois-ci avec le patient ?

Lors d'une de mes gardes lorsque j'étais interne, aux urgences, j'ai reçu un patient pour des douleurs abdominales dans le cadre colique, rythmées par le péristaltisme, distension abdominale avec régression des gaz, constipation depuis 2 jours. Il a fallu évoquer des hypothèses diagnostiques dont le plus à craindre était une occlusion intestinale. Il m'a fallu faire un ASP en urgence qui montrait une aérocolie à droite avec ce qui semblait être un niveau hydro-aérique et de là un scanner abdominal qui nous a permis d'exclure une occlusion. Il fallait donc faire sortir ce fécalome.

Nous avons essayé, un lavage simple, un lavage avec sonde, des laxatifs per os... Au vu des échecs de nos lavages et suite aux douleurs abdominales, le patient a transposé sa colère, ses douleurs sur ma personne et s'est énervé, m'a agressé verbalement et surtout ce qui lui faisait vraiment mal c'est le fait que je garde mon sang froid.

Avez-vous déjà eu en consultation des patients ne parlant pas votre langue ? Comment faites-vous avec eux ? (pour les rassurer, pour leur expliquer etc.)

Oui, d'une part en RD Congo dans un village où on parlait le Kihavu, langue que je ne parle pas, j'ai dû recourir à une infirmière pour la traduction et aussi m'adapter à la terminologie médicale locale comme par exemple malaria pour dire fièvre.

En Egypte, j'ai dû fournir plus d'efforts pour apprendre à consulter les patients en arabe : il m'est arrivé lors de mes stages de résident là-bas d'aller voir le même malade 3 à 4 fois pour être sûr d'avoir bien saisi l'histoire de la maladie. Ce qui m'avait valu d'être considéré comme meilleur résident junior vu l'attention particulière que je portais aux malades. Pour être franc, je revenais vers ces malades pour essayer de comprendre au mieux leurs plaintes et par conséquent éviter des erreurs. Aussi j'utilisais une application pour mieux comprendre et traduire.

Pensez-vous que la parole peut avoir un effet presque magique chez certains patients ? Pouvez-vous me donner votre avis à l'aide d'exemple(s)

Oui, je le pense sincèrement. La relation médecin malade est d'abord et avant tout une relation de confiance. Cette confiance s'établit dans les quelques premières minutes que le médecin et le malade passent ensemble. Or cela est souvent dû à nos paroles ou à la manière et les gestes avec lesquelles nous les prononçons.

Existe-t-il des médecines parallèles à la médecine conventionnelle dans votre pays et vos patients ont-ils recours à ces pratiques ? Donnez-moi des exemples

En RD Congo, la population, généralement constituée des bantus, qui bien que majoritairement chrétiens, ont le sens de la vitalité. Toute baisse de la vitalité et tout ce qui va avec s'explique par des forces surnaturelles, des gens aux intentions impures. Ainsi la pauvreté, la maladie, l'impuissance... sont dans le commun de la population facilement liées à la sorcellerie, à des complots de jaloux... bref à des forces négatives. Ainsi il est plus facilement accepté que l'on a été empoisonné, ensorcelé que d'admettre qu'on a un ulcère gastrique, un diabète ou une épilepsie.

Le schéma classique de l'histoire de la maladie pour les malades graves : début de la symptomatologie → automédication → persistance/aggravation → Centre de Santé (infirmier) → persistance/aggravation → Hôpital périphérique → persistance/aggravation → persistance/aggravation → chambre de prière ou médecine traditionnelle où on parle poison → persistance/aggravation → Hôpital tertiaire comme le nôtre

Quelle est la religion principale dans votre pays ? Vos patients sont-ils très pratiquants ? Pensez-vous que leur vécu de la médecine peut-être influencé par leur pratique religieuse ?

La RD Congo est actuellement le deuxième pays le plus catholique au monde. Et il y a des chrétiens non catholiques et une petite portion des musulmans, brahmanistes... En tout cas il y a très peu d'athées.

Et la maladie est parfois perçue comme un malheur, une punition ou une épreuve. Ainsi tout ce que le médecin pourra ou pourrait faire, c'est par « la grace de Dieu ».

D'une part il y a cet espoir de survivre, que tout ira mieux, ou l'acceptation des diagnostics lourds qui « sont la volonté de Dieu » et par conséquent les gens sont psychologiquement et moralement un peu moins stables, mais d'autre part beaucoup d'erreurs médicales, des négligences sont commises et le retentissement est tout aussi interprété comme la volonté de Dieu.

Aussi il arrive souvent que nous soyons en train de donner au malade des traitements mais soit il ne les prend pas au profit des prières car un faux pasteur leur a certifié qu'il guérit complètement le diabète sucré, le VIH, le cancer... soit que c'est un exorciste ou un tradipraticien qui lui fait boire des produits de nature non connues en même temps ou à la place de son traitement médical. Il faut noter que cela arrive même en hospitalisation avec la complicité de la famille.

Quelles sont vos sources d'inspiration en médecine ? (une personne, une série TV, un livre etc.)

Une personne, un médecin qui malheureusement vient de nous quitter début 2021, le Dr Kanakarho Bahaya Prosper

Quand j'étais plus jeune, mon père a été diagnostiqué d'un diabète sucré, ce qui lui a valu plusieurs séjours hospitaliers et cela me rendait « malade » de le voir ainsi et de devoir le visiter à l'hôpital, endroit d'où je revenais complètement KO.

Pendant ce temps, mon oncle Prosper, le Dr Kanakarho (gynécologue) s'était proposé pour nous déposer à l'école et venait nous prendre entre deux césariennes. Sa personne et son dévouement pour les malades, de longs appels téléphoniques où il émettait des avis... ont fait germé en moi cette envie d'être médecin.

Actuellement, je suis inspiré par 3 sources différentes :

- soit des patients atypiques, ou dont la gestion ou la prise en charge « n'a pas été bien claire » qui, comme mon père dont je ne comprenais à l'époque rien à la maladie, me poussent à me documenter d'avantage afin d'être paré au mieux à répondre à leurs besoins ;
- soit par mes collègues, jeunes ou vieux, ou un personnage de télé en médecine qui fait preuve de qualités remarquables ou d'un savoir particulier ou tout simplement d'une dextérité ou force morale inaccoutumée ;
- soit des vidéo-conférences, reportages, parfois des publications (mais beaucoup plus tout ce qui est audiovisuel) sur les connaissances actuelles et avancées dans le domaine de la médecine.

Comment cultivez-vous cet art de la parole en médecine ?

D'abord et avant tout en essayant au mieux d'expliquer clairement la situation, la maladie et les options thérapeutiques aux patients, tout en restant vigilant sur leur réceptivité, ce qui me permet d'acquérir suffisamment d'expérience humaine pour améliorer mes communications futures ;

Ensuite en continuant à observer la manière dont mes pairs communiquent avec leur patient.

Ensuite en développant l'art de la parole en dehors de la relation médecin patient : échanges avec étudiants, professeurs ; conférences avec les noms médicaux ; art dramatique, etc.

Je pense que tout cela donne plus d'assurance et permet de trouver les mots justes pour discuter adroitement avec les patients, les collègues, et leur apporter autant que possible du réconfort.

Existe-t-il des lieux ou des groupes de pairs avec qui vous pouvez parler de vos consultations dans votre pays ?

Dans mon pays, partout s'organisent des staffs médicaux qui permettent un échange à la fois scientifique, académique et clinique sur la situation des patients. En plus chacun des médecins, contacté individuellement, répond spontanément et s'il y a échanges ils sont souvent ouverts au débat.

En Egypte, nous étions dans un centre de formation en médecine générale et d'urgence, comportant des internes juniorissimes aux seniors les plus avancées, et même des PhD et professeurs. Dans ce sens nous avions à présenter nos malades et faire des comptes rendus et un groupe WhatsApp avait été créé pour les cas intéressants (avec des avis immédiats), de même qu'un groupe sur Facebook réunissant tous médecins de la région où nous abordions les cas les plus complexes. Bien plus, tous les mardis, nous nous retrouvions en réunion de médecine générale pour pouvoir échanger sur différentes pathologies et les cas les plus saillants de la semaine.

Avez-vous des passions dans la vie en dehors de la médecine ?

Je suis passionné par l'art dramatique ; théâtre, poésie, ballet, comédie et one man show.

En parallèle à mes études de médecine j'ai évolué dans un groupe culturel moderne, le ballet culturel renaissance africa où j'ai tour à tour été acteur-danseur, scénariste, chorégraphe, metteur en scène et directeur artistique.

J'adore le cinéma : films fantastiques et de science-fiction, voyager, faire de nouvelles connaissances, faire de la natation et du volley ball.

Une autre passion ce sont les gens, plus particulièrement les personnes âgées et les enfants : j'aime bien écouter leurs points de vue ou leurs histoires, qui sont parfois assez surprenants.

ANNEXE 5 : entretien avec un médecin français ayant exercé en Afrique sahélienne et en France

Dans quel pays avez-vous pratiqué la médecine ? Et dans quel pays la pratiquez-vous actuellement ? Quelle est votre nationalité, votre situation professionnelle, votre âge ?

J'ai exercé la médecine en France et en Afrique Sahélienne. Je suis de nationalité française, je suis médecin généraliste, j'ai 62 ans et j'exerce en France (...) et je me suis installée ici exprès parce qu'il y avait beaucoup d'immigrés.

Pouvez-vous me raconter une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle vous avez bien communiqué avec le patient ?

Je ne répondrais pas ça comme ça. Je répondrais que déjà c'est dans l'accueil général du patient que tout se joue. C'est-à-dire la façon de dire bonjour. Par exemple si tu as un patient africain si tu lui demandes des nouvelles de sa famille, ce n'est pas quelque chose qu'on fait à un français mais c'est quelque chose qui montre au patient africain que tu prends en compte son univers social. Or un africain n'existe que par sa famille et son univers social donc je dirais moins que c'est une consultation dans laquelle je peux bien communiquer que l'ensemble de la relation médecin-patient que tu as su instaurer au fil du temps. Après il y a des consultations plus spécifiques où les étiologies traditionnelles, où les problématiques culturelles vont intervenir plus et ce qu'il faut quand tu as des patients d'autres cultures c'est de prendre en compte d'abord quelque chose qui est le respect de cette culture. Quand j'étais jeune je voulais être médecin pour expliquer et donc l'idée c'était plutôt d'expliquer pour que la personne prenne mon cadre interprétatif que j'avais à lui dire. Maintenant j'explique toujours mais à la limite je m'en fiche qu'ils prennent mon cadre interprétatif ce qui va compter c'est qu'ils se sentent mieux et qu'ils comprennent les enjeux et qu'ils fassent des choix éclairés.

Pouvez-vous me raconter une consultation qui a eu lieu récemment et au cours de laquelle cette fois-ci vous avez mal communiqué avec le patient ?

Là encore je ne parlerais pas d'une consultation mais d'un moment. En ce moment ça ne va pas et je deviens agressive avec les patients à cause du covid. Tu as une pression démographique telle, je suis dans le quartier de la goutte d'or et je suis sur un mode d'exercice sans rendez-vous, parce que c'est un mode de consultation adapté à ma patientèle qui n'arrive pas à prendre de rendez-vous. Les collègues généralistes qui sont tous sur rendez-vous ne voient pas ces patients-là et donc comme ils ne les voient pas, ils ne voient pas qu'ils ne les voient pas (*rire*).

Et donc quand tu arrives le matin et que tu as quinze personnes qui t'attendent devant la porte tu te dis non mais attend je repars. On a une remplaçante qui dit qu'elle ne peut pas continuer comme ça c'est trop dur et comme on ne peut pas tous les faire entrer dans la salle d'attente du coup ils attendent dehors. Ils deviennent agressifs, nous on devient agressifs aussi. Donc la pression fait qu'on n'a pas le temps et quand on a trop de pression et pas le temps, on ne prend plus en compte les gens et on travaille mal. Donc l'époque fait qu'en ce moment je trouve que je communique mal. Il

faut avoir du temps, avoir envie d'être avec les gens et quand tu as trop de pression et que toi-même tu n'en peux plus, tu ne peux pas être à l'écoute et cela rend les choses compliquées.

Et justement pour rebondir sur ce que vous avez dit précédemment pourquoi ce type de patientèle n'arrive pas à prendre de rendez-vous ?

Programmer les choses, programmer des rendez-vous ce n'est effectivement pas dans la culture. Et à cela s'ajoute le fait que quand tu es dans la précarité, en plus, tu vois tes impératifs au jour le jour, tu as du mal à te projeter et donc tu vas te dire « ah bein oui je n'ai plus de médicaments, ah zut j'ai oublié d'aller voir mon médecin ». Donc c'est un ensemble de choses qui font que, en plus de la culture, plus tu es précaire, plus c'est compliqué de prendre rendez-vous. Pour les vaccins par exemple pour les rappels de moderna on a dû programmer exceptionnellement les jours du rappel, en plus il faut ouvrir des flacons de 20 doses, et bien tu passes un temps fou, car les patients ne viennent pas et ce mode de fonctionnement n'est pas adapté.

Mon mode d'exercice est sans rendez-vous mais ce n'est pas du SOS médecin, c'est de la médecine générale où tu dois prendre le temps, faire du suivi de pathologies au long cours. Mais tu fais autrement et tu t'adaptes à la patientèle. S'adapter à la patientèle c'est quelque chose qui n'est pas à la mode, à mon avis on y reviendra parce que c'est quelque chose d'essentiel. Des collègues disent « on va les éduquer » tu vois dans cette posture là c'est toi qui a la connaissance, c'est toi qui sais comment il faut faire et tu vas les éduquer, moi je n'ai pas cette vision-là. Il faut aussi s'adapter mais en effet peut être que ce système au bout d'un moment ne marche plus, notamment s'il n'y a plus assez de médecins (comme en ce moment). Donc il faut réfléchir à tout ça mais est-ce que c'est tout le temps au patient de s'adapter au médecin, ça je ne suis pas très sûre.

Avez-vous déjà eu en consultation des patients ne parlant pas votre langue ? Comment faites-vous avec eux ?

Oui tous les jours, mais la majorité des patients que je vois sont quand même francophones. J'ai deux fois où j'ai été aux limites de ce qu'on pouvait faire.

Un monsieur qui était du Mali je crois d'un petit village, qui était sourd et muet, mais sourd et muet avec le langage des signes de son village, pas le langage des signes officiel en France, et à qui il fallait que j'annonce une séropositivité, et qui ne pouvait comprendre que les gens de son village donc là vas-y, tu me dis comment tu fais, comment tu gères en plus le secret professionnel s'il vient avec un traducteur de son village qui habiterait aussi dans le quartier mais que ce patient ne connaît pas forcément bien !?

Et une autre fois une dame chinoise qui est venue avec son bébé qui m'a mis son bébé dans les bras, elle ne parlait pas un mot de français mais sinon à part ces cas extrêmes, la plupart du temps on se débrouille parce que ce qui compte le plus, à mon avis, c'est la qualité relationnelle entre le patient et le médecin. Même si tu vas moins dans les détails, parce que tout le monde dit c'est mieux dans la langue maternelle, c'est les souvenirs de l'enfance tout ça, ok si on a ce luxe-là pourquoi pas, mais je pense que si tu as réussi à instaurer une relation médecin-patient de bonne qualité tu te débrouilles avec la langue. Je pense que c'est en numéro deux, ça vient après. Mais tu vois hier aussi j'étais en panne parce que j'ai eu un monsieur Afghan qui parlait presque pas français qui avait une gale et le traitement de la gale tu sais bien à quel

point il est super compliqué à expliquer et ce patient a appelé un autre copain pour qu'il l'aide au téléphone mais le copain parlait pas mieux, je lui ai dit « venez accompagné » il m'a dit « non », enfin c'est rare mais de temps en temps on est au bout du truc.

Pensez-vous que la parole peut avoir un effet presque magique chez certains patients ?

Ah bein c'est évident ! Ca c'est absolument évident, j'ai travaillé avec les guérisseurs pendant des années en Afrique, je dis tout le temps aux patients « on ne peut pas couper la tête et le corps » tout ça, ça marche ensemble donc évidemment que même pour les choses les plus somatiques, l'aspect psychologique il est majeur et quand on prescrit un médicament il y a non seulement le substrat organique du médicament, de la substance chimique que la personne va prendre mais il y a surtout la confiance, c'est un objet transitionnel comme les gri-gri. C'est-à-dire que quand le patient va prendre son médicament à la maison il va prendre le médicament que toi tu lui as prescrit donc c'est un peu comme une potion magique de ta capacité de prescription et de la confiance qu'il a en toi qui va faire que ton traitement il va être plus ou moins opérationnel. Et les gens souvent ils viennent me voir en me disant « oui mais vous, vous donnez des bons médicaments », mes bons médicaments c'est du paracétamol ou de l'amoxicilline hein, je ne fais rien de mieux que mes confrères, mais ils sont bons parce que dans l'image du patient qui me dit ça c'est le fait que le médicament est le support de la relation qu'on a établi tous les deux.

Donc oui oui c'est absolument essentiel la parole en médecine générale, le fait de faire adhérer les gens à une démarche, de l'entraîner, à la fois de l'écouter, c'est dans les deux sens, c'est absolument essentiel. C'est l'outil principal du généraliste.

Existe-t-il des médecines parallèles à la médecine conventionnelle dans le pays dans lequel vous exercez et vos patients ont-ils recours à ces pratiques ? Est-ce que pour vous votre façon de pratiquer la médecine conventionnelle est entravée par ces médecines-là ?

Ta question pour moi elle est mal posée parce que les patients africains qui vont voir le guérisseur, c'est la médecine traditionnelle de chez eux. La médecine traditionnelle en France c'est la médecine occidentale, celle que toi tu as appris à la fac de médecine et que tu appelles conventionnelle. Et donc la médecine homéopathique etc. les médecines parallèles d'ici ce n'est pas la tradition médicale. Donc tu vois il ne faut pas confondre des choses qui sont à un niveau différent. Donc moi ma patientèle, ils ne vont pas voir les acupuncteurs, les homéopathes les trucs. Par contre tous mes patients africains iront voir un guérisseur un jour ou un autre et ce qu'il faut c'est leur dire « on a besoin de la médecine des plantes, de la médecine traditionnelle, il n'y a pas de problème, par contre vous me dites juste, vous me tenez au courant et moi je m'adapte ». Parce que les guérisseurs en Afrique soignent le diabète et on peut imaginer qu'entre des tisanes et mes médicaments il peut y avoir une interaction. La plupart du temps ce n'est que symbolique, donc le symbolisme, tout ce qui va aider le patient à aller mieux ça me va ! Quand tu dis au patient « moi ça ne me dérange pas du tout, au contraire, le guérisseur peut être qu'il saura donner du sens à ce qui vous arrive. Parce que moi je sais vous dire comment vous avez attrapé le truc mais je ne sais pas vous dire pourquoi. Hein pourquoi c'est vous et pas celui d'à côté ? C'est à ça que les guérisseurs répondent et nous on ne répond pas à cette question-là. Les

guérisseurs c'est l'équivalent, beaucoup, d'une prise en charge psychologique en fait. Donc il faut juste être dans la complémentarité, dans le respect il ne faut pas dire c'est que des conneries parce que de toute façon ils iront le voir. Beaucoup de médecins occidentaux pensent que les patients étrangers ne vont pas voir les guérisseurs mais ils se mettent le doigt dans l'œil. C'est juste que si le patient se sent juger il ne dira pas à son médecin qu'il est allé voir un guérisseur. Il ne faut pas juger les gens. On travaille de façon complémentaire et donc je parle des thérapies traditionnelles dans les pays d'origine. Je ne parle pas des pratiques loufoques qui existent en France, bon mais qui sont aussi des pratiques de nature psychothérapeutique.

Pour vous est-ce que la religion des patients peut interférer dans leur relationnel à leur médecin et à leur confiance en la médecine ?

Non ça n'interfère pas du tout ! Là où ça peut jouer, c'est par exemple dans le cas où une patiente femme ne voudrait pas être soignée par un médecin homme. Mais quelle que soit la religion cela existe. Il y a autant de femmes françaises, chrétiennes que de musulmanes qui vont préférer une gynécologue femme par exemple et je pense que le fond de ce souhait n'est pas toujours religieux.

Et puis les patients de toute façon choisissent leur médecin traitant et vont aller vers celui avec lequel ça accroche bien donc heureusement que quelque part il y en a entre guillemets pour tous les goûts c'est-à-dire qu'on aura plus de facilité relationnelle avec celui-là ou avec l'autre. Il y a des patients qui ont besoin de médecins rigides d'autres de médecins souples, et au-delà de la religion. Franchement moi je n'ai que des patients de religions différentes de la mienne et ça, ça ne joue vraiment pas. Sauf peut-être dans l'a priori du médecin, une femme en tchador qui entre dans ton bureau c'est toi qui a des a priori plus qu'elle.

Pensez-vous que les représentations de la santé varient dans le monde ?

Ah oui ça aussi c'est évident, tu as trois jours d'entretien devant toi pour qu'on en parle (*rires*).

La santé par exemple en Afrique c'est un équilibre entre la famille, le groupe social, c'est un équilibre global alors que dans la culture occidentale, la santé c'est (si tu réduis au maximum) c'est l'hyperspécialisation sur un organe donc tu as deux visions complètement opposées. Mais si tu regardes au fond des choses il y a les deux choses partout mais c'est dans la façon d'interpréter les choses que ça varie. C'est pour ça qu'en fait un africain qui te dit je suis possédé par un esprit il n'est pas délirant, c'est son cadre interprétatif à lui. Sauf que si tu as une lecture avec un cadre interprétatif purement occidental tu vas te dire il délire. Mais si un bon européen te dit mon inconscient m'a fait faire un acte manqué et bien cela t'étonnera moins, tu ne te diras pas qu'il délire. Mais en fait l'esprit de l'africain c'est la même chose. Sauf qu'en Europe tu appelles ça l'inconscient et en Afrique tu appelles ça l'esprit. Donc c'est ton cadre de référence qui va te faire nommer les choses différemment et les mettre dans un cadre de compréhension différent. Mais en fait c'est la même chose, l'être humain est le même sur toute la terre hein (*rire*).

Comment cultivez-vous votre art de la parole au cabinet ?

Alors quand j'ai le temps j'adore ça. D'abord le sourire et la plaisanterie et d'être agréable pour les gens c'est aussi à toi d'être bien dans ta consultation quand tu n'as pas trop de pression (on en a parlé tout à l'heure). Et il faut s'intéresser aux gens authentiquement. Si tu ne t'intéresses pas aux gens ta parole elle est fautive. C'est parce qu'on pense les choses que la parole elle porte. Si tu as une espèce de parole standardisée, plastifiée où la personne elle sent que tu ne t'intéresses pas à elle, alors ta parole elle ne vaut rien. Donc il faut qu'au moment où tu parles à la personne tu sois sincère et authentique et à partir de là tu peux y aller. Et que tu permettes aux gens d'exprimer ce qu'ils veulent te dire. Les gens ils vont tout te raconter les patients, il faut juste les autoriser à le faire. Donc en ouvrant les portes, en disant « comment ça se passe chez vous ? » « racontez-moi quand vous étiez petit » ils vont tout te raconter hein mais il faut avoir le temps.

Pensez-vous que la parole du médecin généraliste diffère dans le monde ?

Mais qu'est-ce que c'est un généraliste !? En Afrique le généraliste c'est le guérisseur ou c'est le médecin qui est au centre de santé ?

Moi : celui au centre de santé

Agnès : et bien je dirais que non, parce qu'en plus dans ces pays-là où tu as un médecin au centre de santé pour 100 000 habitants, il ne fait pas la même médecine générale qu'en France donc tu superposes des choses non superposables.

Quelles sont vos sources d'inspiration en médecine ?

Oui, l'autre, l'interculturel.

Avez-vous des passions dans la vie en dehors de la médecine qui selon vous font que vous êtes le médecin généraliste que vous êtes aujourd'hui ?

Oui, ma vie a fait que j'ai rencontré l'autre, que j'ai un conjoint africain, que j'ai travaillé avec les guérisseurs, je vais voir si je ne peux pas te faire un cadeau, donc j'ai aimé la photo, j'aime bien créer des choses et ce qui te permet de faire ça dans une démarche de vie, parce que c'est un parcours de vie en fait, c'est d'accepter de ne pas maîtriser les choses, parce qu'on est éduqué dans un mode où il faut qu'on apprenne à tout maîtriser. Et pour avoir accès à un univers qui n'est pas le tien il faut d'abord laisser tous ses préjugés, toutes ses lectures a priori, tu lâches tout et tu te dis si je ne comprends pas ce n'est pas grave j'y vais, je partage un moment et puis on verra bien. Et se laisser faire, abandonner ses propres défenses (parce que c'est défensif quand on veut tout maîtriser, tout analyser) permet d'avoir accès à des choses qu'on comprend plus tard, mais il ne faut pas forcément poser des questions. En France les enfants ils apprennent en posant des questions, en Afrique les enfants ils ne posent pas de questions, ils regardent. Et ce mode d'apprentissage aboutit à des manières d'être différentes. Donc s'immiscer, partager des moments avec les gens.

elle s'éloigne...et revient avec un livre qu'elle m'offre

ANNEXE 6 : manières non verbales de dire bonjour dans le monde

Tout le monde ne se salue pas de la même façon aux quatre coins du globe ! Il semblerait qu'il y ait autant de manières de se dire bonjour que de pays dans le monde... Si le contact physique est courant dans les pays latins, dans d'autres il l'est peu. Voici seize façons de se saluer, en fonction de la culture de chaque pays.

Mains jointes en Inde, au Népal

Joignez vos mains en signe de prière et élevez-les près de votre visage en déclarant "Namaste".



Langue tirée au Tibet

Avant de se saluer, les Tibétains tirent légèrement la langue. Cela pour montrer qu'ils n'ont pas la langue noire, caractéristique d'un roi tibétain tyrannique du 9^{ème} siècle.



Tapotement d'épaule en Grèce

Au pays de Dionysos, on se tape légèrement l'épaule de la main.

Frottement de nez en Arabie Saoudite

Étrange rituel que ce salut : une poignée de main suivie d'un frottement de nez.
Évidemment cela ne vaut que pour la rencontre entre deux hommes.



Saut en hauteur au Kenya

Pour introduire un nouveau membre, les guerriers de la tribu Massaï forment un cercle et sautent chacun du plus haut qu'il leur est possible.



Salut de vive voix aux USA

Au pays de l'Oncle Sam, on se dit bonjour vocalement, en évitant tout contact humain.
Une allusion à l'hygiène démesurée qui leur est chère.



Les Américains lèvent la main
en disant "hi" ou "hello".

Offrir une écharpe en Mongolie

En Mongolie, on a pour habitude d'offrir une écharpe, le "hada", en signe de salutation.



Bisou esquimau au Groenland

Ce n'est pas pour rien qu'on qualifie de "bisou esquimau" ce frottement de nez : les populations des igloos auraient pour habitude de se réchauffer le nez pour se saluer !



Paume contre cœur en Malaisie

Le salut malaisien consiste à effleurer les doigts de son interlocuteur puis de placer sa paume contre son cœur.



Des étreintes violentes en Russie

Secousses intenses lors de la poignée de main ou étreinte corsée. En Russie, on ne rigole pas avec le salut !

Inclinaison au Japon

S'incliner respectueusement tête vers le bas, voilà la façon de dire bonjour au Japon.



Chaude accolade en Amérique latine

Les pays chauds réservent un accueil qui ne l'est pas moins : une accolade digne d'une amitié de longue date.



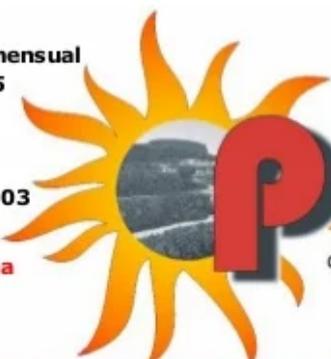
La bise d'un, de deux ou de trois côtés en France

Nous en sommes plus qu'habitué, en France la bise est reine ! Et en fonction des régions elle se décline en plusieurs versions !

ANNEXE 7 : première page d'un journal bolivien

Periódico mensual
Marzo 2015
Qollasuyu
Bolivia
Año 9
Número 103

pukara
cultura, sociedad y política de los pueblos originarios



Conferencias sobre
CHAMANISMO AMAZÓNICO
y presentación del libro
DEJA QUE SUCEDA
El camino de las Plantas Maestras de la Amazonía
de Josep Vila Tronchoni



TURISMO CHAMÁNICO. En la amazonía peruana se vive la eclosión de un turismo en busca de salud y exotismo, lo que aprovecha una nueva serie de empresarios. En Bolivia, personajes similares buscan más bien tener influencia política en el gobierno.

ANNEXE 8 : analyse conceptuelle sur la rhétorique

La rhétorique antique

Rhétorique fondamentale, base incontestée

La rhétorique ou l'art de l'éloquence et de la persuasion a bien commencé dès l'antiquité Grecque⁵. Historiquement, cet art de la parole est associé à l'art de bien parler. Il ne s'agit pas de parler en général mais de façon efficace. Dès le Vème siècle donc, les sophistes enseignaient les astuces qui permettent de bien argumenter et de mettre en valeur le discours surtout par le biais de figures de style (répétition, musicalité.). Il se développe alors un art de la séduction par le discours qui passe autant par la forme que par le fond.

Notons au passage que l'avènement de la rhétorique à cette époque est associé à la fin de la tyrannie. La culture orale était très valorisée d'autant que l'écrit n'était pas valorisé comme aujourd'hui. Sur l'agora d'Athènes ou le forum romain, au tribunal les occasions de prendre la parole en public sont nombreuses dans ces démocraties naissantes. Les orateurs défendent leurs idées avec éloquence ! La rhétorique devient donc un art majeur au cœur de la vie politique. Malheureusement, les sophistes eurent rapidement mauvaise réputation et de nombreux philosophes de l'époque s'opposèrent à eux. Platon les dénonça comme des imposteurs ne cherchant qu'à manipuler leurs interlocuteurs par leur discours, au lieu de les amener à chercher la vérité et la sagesse. Il préférait comme son maître Socrate l'art de la maïeutique qui visait à faire accoucher les esprits de la vérité par la parole. Par la suite, Aristote, autre grand philosophe Grec (384-322 av JC) opéra une sorte de consensus et reconnut à l'art oratoire sa spécificité⁵⁵. Il est en effet le premier à en exposer les grands principes dans un traité intitulé « La Rhétorique ». Isocrate et Démosthène apportèrent également leur pierre à l'édifice.

Par la suite, la rhétorique¹⁰ a continué de fleurir durant l'antiquité romaine. Elle atteint même son apogée avec un orateur hors pair, considéré comme le théoricien de rhétorique le plus influent : Cicéron.

Cicéron (106 av JC-43 av JC) écrit de nombreux ouvrages dans lesquels il traite des principes de la rhétorique, des bases de l'éloquence, des valeurs civiques et citoyennes à la base de tout discours¹⁸. Le style et les principes mis en lumière par Cicéron, ont constitué les fondements (avec Aristote et Quintilien) de l'art rhétorique en Europe. Son œuvre influença même le droit américain et le droit germano-romain. Grand homme d'état, philosophe et bien sûr brillant orateur, son style impressionne. Grâce à lui, la rhétorique devient un art très puissant et réglé avec une technique précise proche de la perfection. « Rien ne me semble plus beau que de pouvoir, par la parole, captiver l'attention des hommes rassemblés, charmer les esprits, pousser ou ramener à son gré toutes les volontés. »

L'Antiquité classique a donc posé les bases de la rhétorique, qui font référence encore aujourd'hui. D'Athènes à Rome, elle est au centre de l'espace public et de la vie politique où la défense des idées et le goût du débat sont hissés au rang d'art. Le discours est devenu une arme.

La rhétorique est née et surtout elle a déjà été portée à son apogée.

Depuis les Grecs, où l'art rhétorique était avant tout un moyen d'enseignement ainsi qu'un outil politique, cet art oratoire a tour à tour concerné la littérature, le théâtre, la vie sociale, la philosophie, la poésie. Certains écrivains et orateurs latins comme Horace, Ovide ou Plutarque se sont donc inspirés de l'art oratoire pour se tourner vers d'autres formes d'art^{5,8}.

Au fil des siècles suivants, l'art de bien parler et de convaincre ont considérablement évolué. Nous verrons dans un paragraphe prochain les grands changements à travers

les siècles et les nouvelles disciplines qui se sont inspirées de la rhétorique pour séduire davantage.

Les règles d'un discours réussi

Cicéron est à l'origine de plusieurs ouvrages fondamentaux concernant la rhétorique.

Il a formulé les cinq préceptes indispensables dans l'élaboration d'un bon discours⁶.

L'inventio (l'invention)

C'est la capacité à trouver des idées et arguments qui vont être percutants auprès de son auditoire. Le but ici est d'appuyer son propos en faisant appel à sa créativité mais aussi à sa culture et à ses connaissances. D'où l'intérêt de faire preuve de curiosité et de prendre soin d'entretenir sa culture générale pour ne pas se retrouver à court d'arguments.

La dispositio (l'organisation)

C'est la capacité à assembler les idées pour créer un discours cohérent. Ce dernier s'articule autour d'une argumentation parfaitement structurée soutenue par des connecteurs logiques explicites (« de plus », « au contraire », « en admettant que », « par exemple ») ou implicites (pause, alternance des temps, succession logique d'arguments...)

L'elocutio (le style)

L'elocutio implique l'utilisation d'images, de mots, de tournures de phrases et de figures de style adaptées (voir plus loin le paragraphe sur les figures de style les plus utilisées.). Pour Cicéron, l'elocutio se caractérise par quatre qualités : la correction, la clarté, l'élégance et la pertinence. Bien entendu le style employé (simple, moyen ou élevé) doit être adapté aux circonstances et au public.

L'actio (l'action oratoire)

C'est la manière de mettre en geste son discours, de l'incarner devant son auditoire. Par la modulation de la voix, l'intonation et la gestuelle, l'orateur doit ainsi démontrer sa conviction afin de maintenir l'intention et atteindre son objectif. Si l'actio fait défaut l'argumentaire perdra inexorablement en efficacité, d'où l'importance de prendre la peine de bien travailler ce point en particulier.

La memoria (la mémorisation)

C'est la capacité à retenir son discours (informations, étapes, arguments...) sans avoir besoin de s'aider de notes. Pour y parvenir, l'orateur peut user de diverses techniques, à l'image des moyens mnémotechniques dont Cicéron s'aidait pour retenir des discours parfois longs et complexes.

Ces cinq parties étaient les rudiments de la rhétorique systématiquement utilisés à l'époque.

Les trois méthodes de persuasion

En plus des cinq parties d'un discours réussi, le génie des philosophes Grecs a clairement identifié trois fondamentaux de la nature humaine qui vont servir de socle pour mettre au point trois méthodes de persuasion¹⁸. Trois langages différents vont donc permettre de toucher les hommes : la logique, l'éthique et la psychologie. Par la logique la rhétorique touche la raison. Par l'éthique la rhétorique touche les valeurs. Enfin, la psychologie fait appel aux affects et aux sentiments.

La logique est essentielle et va permettre au discours d'être crédible et persuasif. On retrouve la logique dans des concepts comme le syllogisme.

Mais un discours parfaitement logique qui violerait manifestement l'éthique perdrait toute crédibilité.

Enfin une communication strictement logique et éthique s'avèrerait d'une grande sècheresse psychologique dans la mesure où elle ne toucherait pas les affects. C'est

là où les figures de rhétorique, les grandes oubliées de l'art oratoire d'aujourd'hui jouent pleinement leur rôle, notamment les métaphores et les images. Les figures de rhétorique ne sont pas de simples ornements du langage comme on a voulu les réduire à certaines époques mais bien au contraire des clés qui en facilitent la compréhension.

Les figures de rhétorique

Ce qui concerne le style, est parfois considéré comme un apport mineur de la rhétorique, un simple ornement du langage comme les figures de rhétorique⁶. Pourtant, celles-ci ont été conçues de telle manière qu'elles permettent de s'adresser aux trois modes de perception (aux trois langages : logique, éthique et psychologie) cités précédemment. En effet nombre de figures de rhétorique procèdent de la logique et permettent de s'adresser à la raison. Mais nombreuses aussi sont celles qui procèdent de la psychologie et permettent de toucher les affects. On dénombre environ deux cents figures de rhétorique mais soixante seulement sont fréquemment utilisées notamment les figures de pensée et d'animation telle la métaphore, l'anaphore et les images. Ces soixante figures couramment utilisées sont celles dont les effets logiques ou psychologiques sont manifestes. A l'inverse, l'usage des cent quarante autres figures semble réservé en raison de leur subtilité à un public très cultivé. L'orateur doit non seulement faire un excellent discours mais il doit aussi se mettre à la portée de son auditoire.

L'art de la parole à travers les siècles

De l'antiquité à nos jours, de très nombreux philosophes et auteurs se sont inspirés des règles ou procédés de la rhétorique ancienne. Selon les époques et les courants littéraires, le pouvoir de la parole³ et des mots a beaucoup évolué et a pris des formes très diverses.

Au Moyen âge en Europe, la rhétorique est une discipline faisant partie des arts libéraux. Les arts libéraux⁵ étaient l'ensemble des matières dispensées dans les écoles supérieures. On incluait donc à ces arts libéraux (grammaire ; géométrie ; arithmétique ; musique...) un enseignement pour bien parler. Essentiellement oral, cet enseignement rhétorique est dispensé par des professeurs qui s'opposent aux écoles ecclésiastiques. En enseignant l'art de comprendre et de se faire comprendre, d'argumenter, de construire d'écrire et de parler la rhétorique permettait d'évoluer avec aisance dans la société et de dominer par la parole⁴. C'est à son école que se formaient les hauts fonctionnaires, les magistrats, les médecins, les diplomates, les dignitaires de l'église en un mot les cadres. La rhétorique est surtout utilisée par les clercs pour l'élaboration des sermons et des prêches et nécessite une bonne connaissance du latin et des auteurs antiques qu'il s'agit d'imiter. Elle est cependant peu utilisée jusqu'à la Renaissance.

Dans le monde arabo-musulman du moyen âge, le philosophe Farabi a écrit des traités de rhétorique fondé sur la pureté du langage et le choix du bon mot ainsi que sur la clarté de la syntaxe.

A la Renaissance (XVIème siècle) c'est la dialectique qui prend le pas sur la rhétorique. L'argumentation va naître comme une discipline autonome et va influencer la naissance de la grammaire. Néanmoins, dès le XVIème siècle, la rhétorique va prendre une place considérable dans le savoir religieux jouant un rôle dans tous les domaines liés de près ou de loin au sacré. Erasme écrivit des manuels de base sur le sujet et donna de nombreuses recettes pour éviter les répétitions, la paraphrase. L'éloge de la folie (Erasme) eut une influence considérable sur l'enseignement de la rhétorique à la fin du XVI ème siècle par l'utilisation qui en est faite de l'allégorie et de l'ironie. Les écoles jésuites vont être les principaux vecteurs de l'enseignement

rhétorique durant toute la période classique en Europe et en France. Cependant on peut dire que la rhétorique comme discipline maîtresse est terminée. On utilise désormais les figures de style, on soigne l'élocution, on affine le style. Chacun s'approprie tel ou tel « chapitre » de la rhétorique en fonction des courants et des époques même si les références à la rhétorique antique reviennent constamment. Parfois même des auteurs condamnent la rhétorique où ils n'y voient que mensonge. Dans tous les cas, ce rapport à la rhétorique (qu'il soit reconnu comme positif ou négatif) a fait naître des styles très différents.

Montaigne dans ses essais qualifie la rhétorique d'art piperesse et mensongère. Il a horreur de toute parole qui cache la vérité. Il parle donc sans aucun artifice, il privilégie le dire vrai au bien dire et revendique toujours sa bonne foi. D'ailleurs, il évoque la trop grande présence du verbiage dans les textes et ses phrases sont souvent courtes pour donner un caractère modéré à la parole. Cette exigence du mot juste lui fait dire aussi que le silence est une force supérieure aux paroles.

Pierre de Ronsard, poète de la Renaissance fait partie du groupe de poètes de la Pléiade qui se forme au XVIème siècle. Il refuse la littérature médiévale au profit d'une grande admiration de l'antiquité. Ses poèmes s'inscrivent donc dans le domaine lyrique avec utilisation fréquente d'images et de métaphores.

Racine, comme tout auteur classique (XVIIème siècle) a étudié la rhétorique à l'œuvre dans ses tragédies mythologiques et bibliques dans lesquelles les héros sont victimes du destin et de la passion amoureuse. Dans l'une de ses rares comédies « les Plaideurs », il utilise des répétitions anaphoriques, il déforme des mots. Certains discours des personnages se fondent sur des effets de grossissement et de décalages qui crée le comique.

De même Corneille dans le Cid utilise de nombreuses figures de rhétorique lorsqu'il met en scène le dilemme de Rodrigue, écartelé entre son amour pour Chimène et son devoir qui le pousse à venger l'honneur de son père.

Molière utilise beaucoup l'art de la parole à travers les personnages de ses comédies. Il montre souvent la difficulté d'une parole vraie en société. Dans « Le Misanthrope », il y a une opposition entre le langage vrai recherché par Alceste et un langage artificiel de séduction. Alceste finira d'ailleurs par quitter la scène car il n'arrive pas à s'habituer à une société qui emploie un langage artificiel. Avec le personnage de Dom Juan, la parole est un enjeu de pouvoir. En effet, le séducteur peu scrupuleux est capable de faire l'éloge des pires défauts pour arriver à ses fins. Les autres personnages se retrouvent incapables de manier la langue comme lui. Ils sont donc manipulés par les mots et par la parole donnée que Dom Juan ne tient jamais. Mais Molière met également en lumière la valeur qu'on donne aux paroles religieuses, prière ou blasphème, nous amenant à réfléchir au poids des mots. Dans « le médecin malgré lui », Molière se sert des personnages pour faire une satire de la médecine de l'époque. En effet, Sganarelle en employant un langage qui se veut très soutenu, avec des mots français qu'il ne comprend pas veut jouer à la perfection son rôle en imitant le comportement et le langage du médecin.

Notons qu'au XVII^{ème} siècle⁵, la langue et la rhétorique deviennent le moyen d'intégration sociale et l'outil d'existence du courtisan. Se développe alors une « rhétorique de cour » en France et en Europe. Avec la fondation de l'Académie française en 1635, grâce à la volonté de Richelieu, on ne défend plus une rhétorique qui cherche à convaincre ou persuader. L'ambition est plutôt d'offrir une vitrine à la politesse française et de représenter la bienséance et l'autorité monarchiques. Avec elle le conformisme devient la règle. Prônée par René Bary avec sa « rhétorique

française » en 1653 et surtout par le poète Nicolas Boileau. « L'Art poétique » de Boileau est un véritable manifeste de la rhétorique classique dont le but est d'abord de plaire et de toucher. La rhétorique a ici pour but de fortifier et de promouvoir notre langue nationale. La conception classiciste d'une langue claire et d'une rhétorique à la faveur du pouvoir royal (celui de Louis XIV) s'institutionnalise.

Le père Bernard Lamy, oratorien de renom publie en 1675 « L'Art de parler » qui expose une conception de la rhétorique à la charnière entre acquis classiques et lucidité moderne. En réalité, Bernard Lamy est le premier à exprimer une réflexion non plus sur la forme mais sur le langage en lui-même. Vision qui influencera après lui de nombreux auteurs (dont Diderot et Rousseau. Voir plus loin).

Blaise Pascal (1623-1662) est connu pour son génie en mathématiques, pour sa courte vie consacrée aux sciences, mais aussi pour son engagement au service de la religion : il entreprit une Apologie de la religion chrétienne, œuvre inachevée qui s'intitulera les Pensées. Pascal défend la raison dans les sciences, mais souligne par ailleurs les limites de la raison face aux mystères que seule la religion peut révéler selon lui. L'autorité de la parole doit donc être pour lui le propre de la religion. Pour parvenir à son but (mener les incroyants vers Dieu), Pascal devait donc argumenter en touchant à la fois la raison et le cœur de son lecteur. N'oublions pas que Pascal est l'un des auteurs majeurs du classicisme dont la devise était « Plaire et instruire ». Il y a donc un besoin de convaincre incontestable chez lui mais son esprit méthodique et son argumentation logique ne diminue en rien son art de la persuasion pour lequel il excelle.

Jean de La Fontaine est peut-être celui qui a le mieux utilisé l'art de la parole à travers ses fables. Dans « le corbeau et le renard », le renard n'a eu recours ni à la violence, ni à l'intimidation, pas même au chantage pour bernier sa victime. Tout repose sur l'art

de flatter. L'art de bien parler devient alors l'art de « bien flatter. » Par le langage, l'ordre social peut être renversé et celui qui détenait tout n'a plus rien pendant que celui qui ne possédait rien détient tout. La Fontaine a usé des figures de style et des procédés rhétoriques pour mettre en scène ses personnages. Il sait aussi que l'attention à l'auditoire et aux circonstances au cours desquelles s'effectue la prise de parole est la première des lois de l'éloquence. Il est très proche dans sa manière de manipuler la parole des grecs de l'antiquité. Il s'est inspiré des grands principes de cet « art de l'adaptation » à savoir que la rhétorique procède avant tout de cet oubli de soi-même au profit de la connaissance et de la reconnaissance des autres.

Le XVIIIème siècle est marqué par la création de l'Encyclopédie qui est une œuvre gigantesque de 28 volumes. Ce projet pharaonique pour l'époque cherchait à rassembler l'ensemble des connaissances acquises par l'humanité et à favoriser l'accession du peuple au savoir. Ce gigantesque « arbre de savoir » se voulait rationnel, rigoureux et sincère. Pas de place aux superstitions et aux phénomènes indémonstrables. Tout devait être précis et donner la vérité aux hommes. Dans ce contexte du « siècle des Lumières » on voit donc mal comment l'art de la parole pouvait avoir sa place auprès des grands philosophes de l'époque.

Pourtant, Diderot qui dirigea cette Encyclopédie a écrit parallèlement des « salons », sorte de critique d'art, dans lesquels il cherchait des procédés de style pour tenir son lecteur en haleine. De plus, certaines catégories et valeurs rhétoriques continuèrent d'avoir cours comme en témoigne entre autres l'encyclopédie (voir chapitre « la rhétorique des anciens dans l'encyclopédie »). Même Rousseau, chantre de la vérité et de la sincérité ne s'éloigne guère d'un parcours balisé par des siècles de culture rhétorique. Lui qui était par principe hostile à l'artifice aurait dû détester la rhétorique. Pourtant il ne la condamnait pas si elle procédait du cœur et portait les marques de la

sincérité. Certains philosophes de l'époque interviennent d'ailleurs dans des affaires judiciaires. Voltaire défend entre autres Calas, un protestant injustement accusé d'avoir tué son fils. Il faut donc utiliser et maîtriser l'art de la parole pour sensibiliser et convaincre l'opinion publique.

Le XIXème siècle est caractérisé par le mouvement esthétique du romantisme qui déclare la guerre à la rhétorique, art royaliste par excellence qui symbolise l'ancien régime.

Victor Hugo, chef de file des Romantiques français proclame « Guerre à la rhétorique et paix à la syntaxe ». La rhétorique perd donc son statut d'art noble au profit de l'histoire et de la poésie. On parle même de décadence de l'éloquence. Par contre parallèlement et paradoxalement les manuels de rhétorique se multiplient partout en Europe véhiculés par l'idéal de liberté amené par la Révolution française. L'attaque romantique aboutira quand même à la suppression de la rhétorique des programmes d'enseignement en 1885 par Jules Ferry. Les romantiques sont unanimes lorsqu'il s'agit de condamner la rigidité de l'éloquence utilisée comme méthode de composition et d'interprétation des textes. Pour eux un bon texte romantique (poésie ou autre) était sincère et personnel avec une écriture libre. La vieille rhétorique empêchait la nouveauté du style qu'ils cherchaient. Vigny, dans la même lignée reproche aux rhéteurs de dégrader l'art et d'être incapable d'émouvoir ni d'exprimer de nobles sentiments. Les artistes romantiques veulent s'affranchir de toutes règles contraignantes au profit de la sensibilité, de l'émotion, de l'imagination voir de l'exaltation. Pourtant dans ce siècle romantique, tous ne se sont pas affranchis entièrement de l'éloquence. Chateaubriand n'a cessé de porter une attention particulière à la maîtrise de la parole de ses modèles et à leur façon de soutenir une conversation. En ce qui concerne Baudelaire, impossible de penser qu'il n'a pas été

influencé par la rhétorique. Bien au contraire, le classicisme de sa formation et ses goûts personnels l'obligent à mélanger dans ses poésies, les élans lyriques et exaltés et la rigueur (et les contraintes) qui imposent une technique maîtrisée. Baudelaire reste fidèle surtout aux figures de style usées comme l'allégorie par exemple.

Cependant le XIXème siècle rejette globalement la rhétorique comme l'art du mensonge institué notamment dans l'enseignement. Le succès du Romantisme marquera durablement la littérature du XXème siècle.

Le XXème siècle est une période riche en conceptions et théories parfois très personnelles. Par ailleurs un ensemble de sciences éclairent le discours sur l'art oratoire qui s'enrichit des apports de la linguistique et de la psychologie. Pour Michel Meyer, philosophe et spécialiste de la rhétorique, le XXème siècle, contrairement aux siècles précédents réalise la synthèse des trois rhétoriques originelles celles fondées alternativement sur **l'éthos** (la manière d'être, l'attitude), **le logos** (l'art de la parole, la logique) et **le pathos** (la passion, l'affect).

Le philosophe Chaïm Perelman, considéré comme le fondateur de la nouvelle rhétorique, a grandement contribué à la résurrection de celle-ci au XXème siècle. Il affirme que le but d'une argumentation est de provoquer et d'accroître l'adhésion d'un auditoire aux thèses qu'on présente à son assentiment. Des auteurs Américains ont complété la ligne théorique de Perelman. Plus tard, dans les années 1960, des philosophes ou linguistes comme Roman Jakobson ou Roland Barthes ont travaillé sur ce sujet. Dans les années 1950, les techniques de persuasion se retrouvent à travers le discours publicitaire. Le discours rhétorique est au cœur de la société de consommation. Barthes dans son article « rhétorique de l'image » analyse les codes et les réseaux de signification d'une image publicitaire. Cette approche analyse également les messages non verbaux conditionnés par le groupe. Dès lors on a

compris que toute communication, tout langage bien construit permettait d'exprimer des significations illimitées. Le langage rhétorique redevient un formidable outil mais qu'il faut maîtriser pour qu'il ne nous trahisse pas. Les grands discours politiques devenus célèbres en sont les meilleurs exemples. Le général De Gaulle s'adresse aux français en juin 1940 sur les ondes de la BBC et lance son célèbre appel du 18 juin. Ce discours est considéré comme le texte fondateur de la résistance française. Pour s'exprimer le général De Gaulle a choisi l'appel qui fait partie des pratiques de rhétorique publiques. L'appel suscite souvent l'émotion et présente une direction à emprunter. Il utilise de nombreux procédés stylistiques, comme les répétitions. Il emploie aussi l'anaphore afin d'apporter un effet d'amplification à son texte, un effet de puissance qui augmente à chaque mot « Cette guerre n'est pas limitée au territoire malheureux de notre pays. Cette guerre n'est pas tranchée par la bataille de France. Cette guerre est une guerre mondiale ».

En 1963, John Fitzgerald Kennedy se rend à Berlin-ouest où il prononcera ce qui restera dans les annales comme son meilleur discours et lance à la foule la désormais célèbre phrase « Ich bin ein Berliner ». Son but est de montrer en pleine guerre froide le soutien américain aux habitants de l'Allemagne de l'ouest.

Martin Luther King prononce en août 1963, à Washington, un discours en faveur de la fin de la ségrégation raciale. « I have a dream » deviendra l'un des discours les plus marquants du XXème siècle.

Simone Veil est ministre de la santé en 1974 quand elle prononce devant l'assemblée nationale à Paris son célèbre discours en faveur de l'avortement ouvrant la voie à la dépénalisation de l'interruption volontaire de grossesse en France.

Robert Badinter est Garde des Sceaux en 1981 lorsqu'il prononce en septembre son discours pour l'abolition de la peine de mort devant l'assemblée nationale française.

Là encore il utilise les figures de style et une rhétorique qui magnifie son discours enflammé qui durera plus de deux heures. « Demain, grâce à vous, la justice française ne sera plus une justice qui tue »

On pourrait multiplier les exemples de discours célèbres qui ont utilisé tout l'arsenal du pouvoir des mots, des silences, des gestes, de la voix.

Les mots ont donc un pouvoir sur les hommes. Freud a été l'un des premiers à éclairer le rôle thérapeutique de la parole.

Freud dans son approche de la psychanalyse montre que le parler librement et dire tout ce qui passe par la tête, sans trier c'est donner corps, à travers les mots à ce qui a traumatisé le patient. Pour lui la psychanalyse permet d'avancer vers la découverte de notre inconscient grâce à la parole avec l'aide de l'interprétation. Ainsi le sujet est là pour approcher de sa vérité qui commence à parler. Freud dans sa pratique médicale observe que les mécanismes du langage dominant et organisent à l'insu du sujet la construction de certains troubles névrotiques.

Plus tard Lacan amènera à la psychanalyse les outils de la linguistique dont ne disposait pas Freud

SERMENT D'HIPPOCRATE

9. SERMENT D'HIPPOCRATE **(Conseil national de l'ordre des médecins)**

SERMENT D'HIPPOCRATE (version longue)

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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.

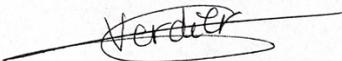
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom : Verdier Pauline

Signature :



SERMENT D'HIPPOCRATE (version courte)

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISEIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom : Verdier Pauline

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Verdier', is written over a horizontal line. The signature is enclosed within a faint, light-colored rectangular box.

**L'art médical est aussi un art de la parole.
Quelles histoires s'échangent dans la consultation ?
Tour d'horizon de l'art de la parole en médecine générale à travers le
monde.**

CONTEXTE. L'art médical est aussi un art de la parole. Certaines situations de communication peuvent engendrer une bonne ou une mauvaise relation entre le médecin et le patient. Il existe dans le monde une multitude de cultures et de façon de communiquer. La mondialisation, les guerres, les migrations de populations amènent les médecins à consulter des patients de tous les horizons. C'est pourquoi il est important de chercher si l'art de la parole en médecine générale est universel ou non.

OBJECTIF. L'art médical est aussi un art de la parole : quelles histoires s'échangent dans la consultation ? Ce travail de thèse analyse l'art de la parole en médecine générale, à travers le monde. Il cherche à trouver des différences ou des points communs dans la manière de communiquer (entre un médecin et un patient), dans les différents pays et leurs liens avec les diversités culturelles et les formations respectives des médecins.

METHODE. Cette étude s'inspire du récit de vie. Des entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès de vingt-trois médecins généralistes de zones d'exercice, de continent d'origine, de continent d'exercice différents afin d'explorer l'art de la parole en consultation.

RESULTATS. Il existe de grandes similitudes dans l'art de la parole en médecine générale à travers le monde. Les médecins généralistes ont tous à cœur de bien communiquer avec leurs patients afin d'entretenir une relation privilégiée. Dix notions ont été mise en évidence : anticiper, informer, prendre le temps, gérer ses émotions, être patient, écouter la parole de l'autre, s'adapter au patient, rassurer, se remettre en cause, se former. Mais pour les patients, d'autres paroles comptent. Elles dépendent de leur culture, de leur environnement familial et social. Ces autres paroles (religion, croyances dans le chamanisme ou autres rites) peuvent parfois interférer avec la parole du médecin. Si ce dernier a conscience de l'existence et de l'importance de ces autres croyances chez son patient alors le soin conventionnel n'est pas altéré. Les médecins généralistes d'aujourd'hui soulignent tous que l'art de la parole passe d'une part par les mots mais aussi par la communication non verbale, plus empreinte du culturel de chacun. Il est possible qu'elle varie dans le monde.

CONCLUSION. L'art de la parole en médecine générale est le même à travers le monde. Lorsqu'ils utilisent les mots, les médecins communiquent sur un même modèle en Amérique, en Afrique ou en Europe. En revanche, leur manière de le dire, leur geste, leur regard, le ton employé sont différents d'un pays à un autre. En effet, la culture influence beaucoup la communication non verbale. Cette dernière est extrêmement riche. C'est une langue à elle seule.

Mots-clés :

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| - Art | - Communication non verbale |
| - Parole | - Croyance médicale |
| - Relation médecin-patient | - Médecine générale |