

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012

N°066

THÈSE
pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Études Spécialisées
Médecine Générale

par

Pauline PÉJOT

née le 15 Octobre 1984 à Bordeaux

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 19 Juin 2012

**LA COMPÉTENCE EN COMMUNICATION
DANS LA RELATION D'AIDE :
RESSENTI ET PRATIQUES DECLARÉES
DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Président du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Lionel GORONFLOT
Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE
Monsieur le Professeur Mohamed HAMIDOU
Madame Angélique BONNAUD ANTIGNAC
Madame le Docteur Lise AUDRAIN

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

LA COMMUNICATION DANS L'INTERACTION MEDECIN-PATIENT

| | |
|---|----|
| 1 « On ne peut pas ne pas communiquer » (Paul Watzlavick, 1979) | 12 |
| 1.1 Le contexte | 12 |
| 1.2 La structure | 13 |
| 1.3 Les acteurs | 14 |
| 1.4 Le message | 14 |
| 1.5 Les silences | 15 |
| 1.6 La communication non verbale | 16 |
| 1.7 Les autres modes de communication verbale | 19 |
| 2 Les implications de la communication médecin-patient (autres que la relation d'aide) | 20 |
| 2.1 L'approche centrée sur le patient | 20 |
| 2.2 L'éducation thérapeutique | 21 |
| 2.3 La satisfaction du patient | 22 |
| 2.4 La lutte contre le burn out | 22 |
| 3 Quelques clés pour une bonne communication | 22 |
| 3.1 L'anamnèse associative | 22 |
| 3.2 L'écoute active | 23 |
| 3.3 Le modèle de Calgary-Cambridge | 24 |
| 4 Les obstacles | 24 |
| 5 La communication en tant que compétence | 25 |

LA RELATION D'AIDE

| | |
|-------------------------|----|
| 1 Définition, principes | 26 |
|-------------------------|----|

| | | |
|-----|---|----|
| 2 | Sa place en médecine générale | 27 |
| 3 | Relation d'aide et communication | 27 |
| 3.1 | Quelques outils de la méthode humaniste | 28 |
| 3.2 | La programmation neurolinguistique | 30 |
| 3.3 | L'analyse transactionnelle | 31 |
| 3.4 | La notion de manipulation | 31 |

SECONDE PARTIE

MATERIEL ET METHODE

| | | |
|-----|----------------------|----|
| 1 | La population | 33 |
| 1.1 | Critères d'inclusion | 33 |
| 1.2 | Mode de recrutement | 33 |
| 2 | La méthode | 34 |
| 2.1 | Les entretiens | 34 |
| 2.2 | Le guide d'entretien | 34 |
| 2.3 | L'analyse du contenu | 35 |

RESULTATS

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | La place de la relation d'aide en médecine générale | 36 |
| 1.1 | Une place importante et justifiée | 36 |
| 1.2 | Le médecin généraliste : un premier recours | 36 |
| 1.3 | Une relation privilégiée | 36 |
| 2 | Le ressenti des médecins face à cette demande de soin particulière | 37 |
| 2.1 | Une sensation globale de difficulté | 37 |
| 2.2 | Un manque de formation théorique à la relation d'aide | 38 |
| 3 | Les principaux aspects de la consultation | 38 |
| 3.1 | Parvenir à cerner le problème du patient | 38 |
| 3.2 | Gérer le temps | 38 |
| 3.3 | Gérer les crises | 39 |
| 3.4 | L'investissement personnel et/ou émotionnel | 40 |

| | | |
|-----|---|----|
| 3.5 | Planifier la prise en charge | 40 |
| 4 | Les stratégies d'aide mises en place par les médecins généralistes | 41 |
| 4.1 | L'entretien | 41 |
| 4.2 | L'orientation vers le spécialiste | 42 |
| 4.3 | Le traitement médicamenteux | 42 |
| 5 | Les critères de satisfaction | 43 |
| 5.1 | Le « feed-back » positif des patients | 43 |
| 5.2 | L'entente réciproque | 44 |
| 6 | La place des techniques de communication dans la relation d'aide mise en place par les médecins | 44 |
| 6.1 | Plutôt instinctive | 44 |
| 6.2 | L'importance de rester naturel | 44 |
| 6.3 | Le refus de la connotation manipulatrice | 45 |
| 6.4 | Un manque de connaissances théoriques | 45 |
| 7 | Les techniques identifiées dans les entretiens | 45 |
| 7.1 | L'écoute et l'attitude empathique | 45 |
| 7.2 | L'exploration du ressenti et des ressources du patient | 46 |
| 7.3 | La reformulation | 46 |
| 7.4 | La répétition, ou écho | 47 |
| 7.5 | L'intervention brève | 47 |
| 7.6 | La communication non verbale | 47 |
| 7.7 | L'utilisation d'outils ou d'échelles d'évaluation | 48 |
| 8 | Le point de vue des médecins sur l'intérêt d'une formation à la communication | 48 |
| 8.1 | Globalement unanime... | 48 |
| 8.2 | ... mais sensiblement personnel | 48 |
| 8.3 | L'importance de l'expérience professionnelle, et personnelle | 49 |

DISCUSSION

| | | |
|-----|------------------|----|
| 1 | Biais identifiés | 50 |
| 1.1 | Biais de rappel | 50 |

| | | |
|-----|--|----|
| 1.2 | Une pratique déclarée n'est pas une pratique observée | 50 |
| 1.3 | Biais dans le recueil et le traitement des données | 50 |
| 2 | Tous les médecins prennent en charge la souffrance, et tous y sont aussi peu préparés | 50 |
| 2.1 | Une demande de soins universelle | 51 |
| 2.2 | La relation d'aide est considérée comme faisant partie des fonctions du généraliste | 51 |
| 2.3 | Un manque de préparation reconnu par tous | 51 |
| 3 | Analyse du point de vue des médecins sur la communication | 51 |
| 3.1 | Une technique relativement méconnue | 52 |
| 3.2 | Une utilisation instinctive mais concrète | 52 |
| 3.3 | Quant à la formation | 52 |
| 3.4 | Les réticences | 52 |
| 4 | Comment les techniques de communication peuvent-elles aider à surmonter certaines difficultés ? | 53 |
| 4.1 | L'écoute active et ses nombreuses vertus | 54 |
| 4.2 | La bonne distance, l'empathie | 54 |
| 4.3 | Éviter le « burn out » | 55 |
| 4.4 | La communication non verbale | 55 |
| 4.5 | La communication avec les pairs aussi | 55 |
| 5 | La compétence en communication : un tout | 56 |
| 6 | Quelle formation ? | 56 |
| 6.1 | Au moins une sensibilisation | 56 |
| 6.2 | La formation initiale | 57 |
| 6.3 | La distinction entre l'inné, l'acquis de terrain et l'acquis en formation ou en groupes | 57 |
| 6.4 | L'intérêt d'échanger | 58 |
| | <u>CONCLUSION</u> | 59 |
| | <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | 60 |
| | <u>ANNEXES</u> | 63 |

INTRODUCTION

La relation médecin-patient suscite un intérêt croissant, et l'enseignement qui s'y rapporte se développe également dans les universités. Le médecin généraliste se doit d'être compétent dans de multiples domaines (1,2, annexe 5), qui s'illustrent dans les différentes tâches qui lui incombent. La communication est l'une de ces compétences, et la relation d'aide l'une des tâches dans laquelle elle s'illustre.

La relation d'aide est présente dans les consultations motivées par une souffrance psychologique du patient, ou qui sont l'occasion de sa révélation. Le médecin devient alors thérapeute par la parole, avant d'envisager un recours médicamenteux. La communication devient logiquement l'atout maître de cette thérapeutique.

Partant de ce constat, il paraît intéressant de s'interroger sur la gestion qu'ont les médecins généralistes des consultations impliquant la relation d'aide, et qui représentent une partie non négligeable de leur exercice quotidien (3,4).

On peut également s'intéresser au point de vue des médecins quant à la compétence en communication dans ce cadre précis.

Le travail présenté avait un double objectif : il a permis d'une part de recueillir le ressenti et l'expérience des généralistes dans la prise en charge d'une souffrance psychologique, et d'en analyser les déterminants.

D'autre part, il a permis d'interroger leur connaissance de la communication, ses concepts, ses outils, et l'utilisation qu'ils en faisaient dans le cadre de la relation d'aide.

PREMIERE PARTIE

LA COMMUNICATION DANS L'INTERACTION MEDECIN-PATIENT

1 « On ne peut pas ne pas communiquer » (Paul Watzlavick, 1979)

Cette citation d'un des fondateurs de l'école Palo Alto, reprise par plusieurs auteurs (3,5–7) est volontairement pragmatique. En effet, il est impossible de ne pas communiquer ; l'absence totale de paroles, de gestes ou de comportements visibles est interprétée par autrui et constitue de fait un message, même si sa nature n'est pas celle souhaitée par celui ou celle qui le produit.

Partant de ce constat, nous réalisons que la communication fait partie intégrante de toute relation humaine, et notamment celle qui nous intéresse ; la relation entre un médecin - le médecin généraliste en particulier, et son patient.

La relation médecin-patient a fait l'objet de nombreuses études (6,8–13) et les jeunes médecins y sont désormais systématiquement sensibilisés au cours de la formation médicale initiale, de manière relativement hétérogène cependant. Mais la communication en tant que compétence est globalement peu abordée. Voici quelques points théoriques afin de systématiser cette dimension de l'interaction.

1.1 Le contexte

Lorsque l'on parle de contexte, on entend en premier lieu celui où se déroule l'interaction. Il s'agit d'une dimension spatiale (le cabinet médical, le domicile du patient) et temporelle (en début de journée, en fin de journée un vendredi ou avant la pause de midi).

Ce dernier a une importance car il pose certaines conditions au déroulement favorable ou non de l'entretien. Il peut être en partie déterminé par le médecin qui choisira de ne pas s'entretenir avec son patient dans la salle d'attente par exemple, mais il est également aléatoire, car on ne choisit pas de recevoir un patient en grande souffrance un vendredi soir.

Il est important de favoriser le contexte en aménageant, comme nous le verrons plus tard, des créneaux de temps spécifiques si cela est possible, et un contexte spatial favorable à l'échange.

1.2 La structure

La communication dans la relation médecin-patient, comme toute communication entre deux individus, est une communication dyadique. Elle pourrait être représentée par le schéma suivant (5):



La sphère centrale de l'émetteur représente le lieu de l'élaboration mentale du message, à l'aide de la perception, de la motivation, du choix du code et de la vérification critique du message sur le point d'être émis.

Si nous prenons l'exemple d'un message émis par le médecin, celui-ci va partir de la perception qu'il a de son patient (sa présence), de son intention et de sa motivation à lui transmettre un message (donner une explication), du choix d'un code (la langue française) et de la vérification critique du message avant émission (le répertoire utilisé est-il susceptible d'être celui du patient ?).

La sphère périphérique permet le contact direct avec le récepteur, elle est constituée d'une série de comportements expressifs (expressions verbales, gestes et mimiques).

Le flux des signes emprunte un canal, l'air dans cet exemple.

Enfin la notion de feed-back, ou rétro-information, est primordiale. Elle permet à l'émetteur de constater la réaction du récepteur au message qu'il lui a adressé. Cette rétro-information n'est pas nécessairement verbale mais elle constitue également un message (pour revenir à notre exemple, si le patient acquiesce, le médecin pourra comprendre que son explication a été claire).

1.3 Les acteurs

Les acteurs de la communication sont tour à tour émetteur et récepteur d'un message, la qualité de la communication qui va se mettre en place dépend d'eux, ainsi que le montre la structure décrite ci-dessus.

Dans le cas qui nous intéresse il s'agit d'un médecin et de son patient, ils peuvent se connaître ou non, s'estimer positivement ou non, et être dans des dispositions plus ou moins favorables à l'entretien, ce qui va déterminer sa performance.

Dans cet échange, il appartient plus au médecin de faire tous les efforts possibles pour favoriser une communication de qualité, en effet le patient est en position de demandeur et le médecin doit répondre à cette demande.

Il ne s'agit pas de tout accepter, mais de s'assurer que le message est transmis avec la meilleure qualité possible.

1.4 Le message

La communication est la transmission d'un message d'un émetteur à un récepteur. Ce message comporte plusieurs aspects ;

- un code, dans l'exemple que nous avons cité il s'agit de la langue française
- une référence à un répertoire, qui inclue le code : il s'agit ici d'un groupe sémantique et de comportements non verbaux rattaché à la dimension culturelle, éducative, sociale, professionnelle ou de croyance.

L'émetteur et le récepteur, dans le cas du médecin et du patient, disposent souvent de répertoires différents. Ces derniers doivent être mis en commun pour une bonne communication (14). Le médecin doit donc être vigilant à ne pas employer de termes techniques médicaux s'il veut que son patient accède à son message.

- une métrique et une tension ; ces éléments émanent de la sphère périphérique du locuteur et sont les déterminants du comportement communicant (qui, encore une fois, ne se restreint pas à l'expression verbale). Ce dernier doit être adapté au message, il est alors dit *isométrique*. Lorsque le comportement est non proportionné à la nature du message il est dit *paramétrique* ; il peut être *hyper-* ou *hypométrique* (ex : un médecin qui annonce à un patient les bons résultats de son traitement recroquevillé sur

lui-même, le fuyant du regard, la voix basse). La tension représente la force, l'énergie avec laquelle le message est transmis.

Des comportements non proportionnés à la nature du message gênent sa transmission et peuvent être à l'origine d'interprétations erronées (ex : le patient qui reçoit le message cité plus haut pourra s'inquiéter « il n'a pas l'air réjoui, cela veut sûrement dire que cette bonne nouvelle en cache une très mauvaise »).

1.5 Les silences

Le silence existe dans toute communication verbale. L'étymologique (du verbe latin *silere* = *se taire*) sous-entend l'absence de communication au moyen de la parole parlée, mais non l'absence totale de communication, car comme nous l'avons déjà cité, la non-communication n'existe pas. Il peut être conscient ou inconscient, selon les cas agréable ou embarrassant, et revêtir de nombreuses significations.

Le silence met souvent l'interlocuteur mal à l'aise, et il peut être tenté d'y mettre un terme sans avoir cherché à en percevoir le sens. Ce dernier peut être différent selon le ressenti de celui qui l'observe, et le déroulement de l'entretien jusqu'alors (5);

- il peut s'agir d'un silence d'opposition, celui que l'on redoute, qui s'oppose à la communication, empêchant le feed-back et augmentant la redondance du message ;
- il peut s'agir d'un silence d'invite, qui ne s'oppose pas à la source du message et au contraire traduit un feed-back positif, approubatif, encourageant, diminuant ainsi la redondance.

Il est donc important de saisir la signification du silence, et d'être à même de le laisser volontairement s'installer, pour favoriser l'expression du feed-back de l'interlocuteur et lui laisser le temps de construire et d'exprimer sa réponse.

Dans l'interaction médecin-patient, il y a des silences improductifs qui peuvent, et doivent être interrompus (le mutisme de la personne dévorée par son anxiété), et d'autres qui doivent être respectés.

Le médecin doit être conscient de sa propre gestion du silence (est-il d'un tempérament taciturne ? ne supporte-t-il pas le silence au point de « meubler » tout temps de pause sans chercher au préalable à en connaître la signification?) afin de la corriger éventuellement pour parvenir à un modèle de communication équilibré.

1.6 La communication non verbale

Elle suppose, comme la communication verbale, un émetteur, un récepteur et un message. Ce message doit également faire référence à un code commun entre les deux interlocuteurs (exemple : se serrer la main pour se saluer).

A la différence de la communication verbale, le message peut ici être transmis de façon inconsciente par l'émetteur, et il s'agit plus d'une action *observée* qu'exécutée (exemple ; le médecin est face à un patient qui s'agite sur sa chaise, baisse les yeux, parle vite, se tord les mains : il perçoit un état d'anxiété).

Les signaux sont le plus souvent émis dans un ensemble et non séparément (mimique, geste, contact physique, posture), ils traduisent un état d'âme.

Face à une personne dont la communication non verbale est en désaccord avec un message verbal émis, on aura tendance à se fier à la première.

Ce mode de communication est donc à prendre en compte dans la relation soignante (15,16). Iandolo (5) en décrit ainsi les principaux supports ;

1.6.1 la mimique faciale

C'est le siège de l'expression des sept affects primaires ; la joie, la surprise, la peur, la tristesse, la colère, le dégoût, et l'intérêt. Il est aisé de s'apercevoir que le visage, lors d'une conversation, ne reste pas statique mais porte différentes mimiques, par les changements de position des sourcils et de la bouche, la couleur de la peau, tant chez le locuteur que chez celui qui écoute.

Il est intéressant et important d'avoir une conscience de ce que notre visage peut exprimer, parfois à notre insu, car l'homme possède cette capacité de dissimuler cette expression de l'émotion, qui peut se révéler parfois utile dans la situation qui nous intéresse (réprimer une mimique de dégoût face à une plaie par exemple).

1.6.2 le regard

Le contact visuel entre les deux interlocuteurs a lieu d'emblée, il indique que le canal de la communication est ouvert.

Par la suite, celui qui parle regarde l'autre pour guetter une rétro-information concernant son message. Celui qui écoute regarde l'autre pour associer à l'information verbale des informations complémentaires telles que nous les avons citées précédemment.

Le comportement visuel est différent selon les cultures, mais la durée du regard est importante : celui qui écoute regarde l'autre environ deux fois plus que celui qui parle.

Regarder longuement traduit un intérêt pour la personne, mais un regard trop appuyé ou trop long sans paroles peut mettre mal à l'aise.

Il est intéressant de noter que le menteur ou le simulateur supportera moins bien le regard et s'en servira également moins.

1.6.3 les gestes et mouvements du corps

Un geste, exécuté principalement par la tête, les mains ou les pieds, peut se définir par *une action observée*. Les gestes peuvent avoir plusieurs fonctions, ainsi que le décrit Mario von Granach (professeur de psychologie allemand):

- fonction expressive : expriment l'émotion ressentie, sa propre estime
- fonction d'étalement du langage : appuient les messages verbaux
- fonction quasi-linguistique : portent une signification commune à toutes les personnes de même culture (hocher la tête de haut en bas pour dire oui)

Le contact physique est un aspect particulier de la gestuelle, il peut être sur sa propre personne (auto-contact) et concerne alors principalement les contacts main-tête. Il peut aussi s'agir d'un allo-contact, qui revêt une dimension particulière dans la relation médecin-patient car il est inhérent à la fonction de soignant.

1.6.4 la posture

C'est le positionnement du corps dans l'espace. Dans la relation médecin patient on peut en noter deux principales, décrites par Albert Mehrabian (professeur en psychologie à l'Université de Californie, spécialisé dans la communication non verbale):

- la posture d'immédiateté : inclinaison en avant, proximité et contact visuel intense,
- la posture de décontraction : inclinaison du tronc sur le côté ou en arrière, positions asymétriques des membres,

Ces deux postures peuvent traduire une différence de statut social entre les deux interlocuteurs, ou une attitude de soumission ou de domination de l'un sur l'autre.

Bien que moins expressive que les autres éléments cités jusqu'alors, la posture contribue à traduire l'état d'âme des interlocuteurs. Dans la relation médecin-patient elle trouve notamment son importance dans le face à face statique au bureau du médecin lors de la consultation, ou encore une fois lors de l'examen clinique.

1.6.5 le comportement dans l'espace

Il s'agit surtout de la distance qui existe entre les deux interlocuteurs, elle est souvent variable au cours de l'échange. L'anthropologue américain E.T. Hall a décrit quatre types de distances et leur influence sur le processus de la communication ;

- la distance *intime* (de 0 à 45cm)

ici le contact physique est attendu, la parole n'est pas le mode de communication privilégié, et de nombreux détails de la personne sont accessibles aux sens ;

- la distance *personnelle* (de 45 à 1,2m)

le contact physique peut être évité, il peut s'agir d'une distance de protection. Au fur et à mesure que l'on s'approche des 1,2m le regard ne perçoit plus seulement les détails, mais le visage dans son ensemble ;

- la distance *sociale* (de 1,2 à 3,65m)

elle est la limite de la zone de domination physique de l'un sur l'autre. Le regard perçoit l'intégralité de la personne et le contact visuel s'intensifie, le ton de parole également ce qui rend possible l'audition du message par des tiers ;

- la distance *publique* (proche de 3,65 à 7,75m, lointaine à partir de 7,75m)

elle nous détache des liens personnels, il est nécessaire de parler à voix haute en perdant un certain nombre de nuances, ainsi que des expressions faciales significatives.

Encore une fois il s'agit d'une description statique. On peut se figurer, notamment lors d'une consultation de médecine générale, les évolutions respectives du médecin et du patient dans l'espace et la variabilité de la distance entre les deux qu'ils se situent lors de l'examen clinique, ou assis de part et d'autre du bureau.

Iandolo développe la notion de territoire personnel qu'il distingue de celle d'espace. Le territoire est la zone dans laquelle on ne souhaite pas d'intrusion, elle peut varier d'un individu à l'autre et il est important pour le médecin, même si la pratique de l'examen clinique nécessite une certaine proximité, qu'il s'inquiète de ce qu'elle peut provoquer chez son patient, et respecte au mieux ce territoire.

1.6.6 l'aspect extérieur

Il rassemble l'aspect de la peau (maquillage, tatouage) et des cheveux, le type morphologique, les vêtements. Le médecin peut porter une blouse, même en cabinet, ce qui envoie un message de professionnalisme mais revêt aussi une symbolique parfois moins plaisante auprès des patients, rappelant le domaine hospitalier et son manque de proximité.

Dans la relation médecin-patient, on peut également ajouter l'agencement du cabinet médical, qui est aussi un reflet du médecin et permet parfois de faire passer un message (luminosité, confidentialité, respect de la pudeur, décor chaleureux ou aseptisé, objets personnels du médecin...).

1.7 **Les autres modes de communication verbale**

1.7.1 le téléphone

La communication téléphonique se fait de plus en plus fréquente entre les médecins et leurs patients, il s'agit d'un phénomène qui évolue et prend de l'ampleur avec l'apparition de la télémédecine, méthode de consultation très controversée.

Il s'agit d'une communication verbale qui se distingue du face à face par l'absence de perception des mimiques et gestes des protagonistes. Le feedback non verbal est inexistant et implique de le verbaliser : « c'est entendu » « c'est tout à fait ça ». Ce mode de communication est fréquemment source de malentendu.

Néanmoins il est indispensable et peut s'avérer concrètement thérapeutique pour les patients anxieux dont le simple fait d'entendre la voix du médecin a un effet apaisant. Il est aussi synonyme de disponibilité, de gestion délicate car se montrer disponible au téléphone implique de pouvoir être interrompu lors d'une consultation.

1.7.2 le courrier

Il s'agit d'une communication verbale non vocale, et amplement utilisée par les

médecins. Laissons de côté le courrier adressé aux confrères, qui implique d'emblée un mode de communication spécifique faisant appel à des répertoires communs et permettant l'usage d'une sémantique connue des deux acteurs.

La communication écrite s'illustre également dans les ordonnances faites par le médecin, ordonnances à destination des praticiens paramédicaux, des pharmaciens, mais aussi des patients. Lorsque le médecin rédige un traitement médicamenteux ou un conseil thérapeutique, il communique un message, et dès lors il lui appartient de se soucier qu'il soit correctement reçu. Car « écrire de manière illisible revient à parler de manière incompréhensible » (5), et ce reproche est trop souvent fait à certains médecins, qui heureusement aujourd'hui disposent de solutions informatiques qui permettent de produire un message clair et lisible de tous.

1.7.3 Internet

La communication par internet et notamment par e-mails entre les médecins et leurs patients est encore relativement peu répandue. Il s'agit également d'une communication verbale non vocale, qui permet aussi la transmission de documents électroniques.

La lisibilité ne pose en général pas de problème, ce mode de communication peut par contre présenter un souci de confidentialité, et la transmission d'informations relevant du secret médical par ce biais peut poser problème à certains patients ou certains médecins.

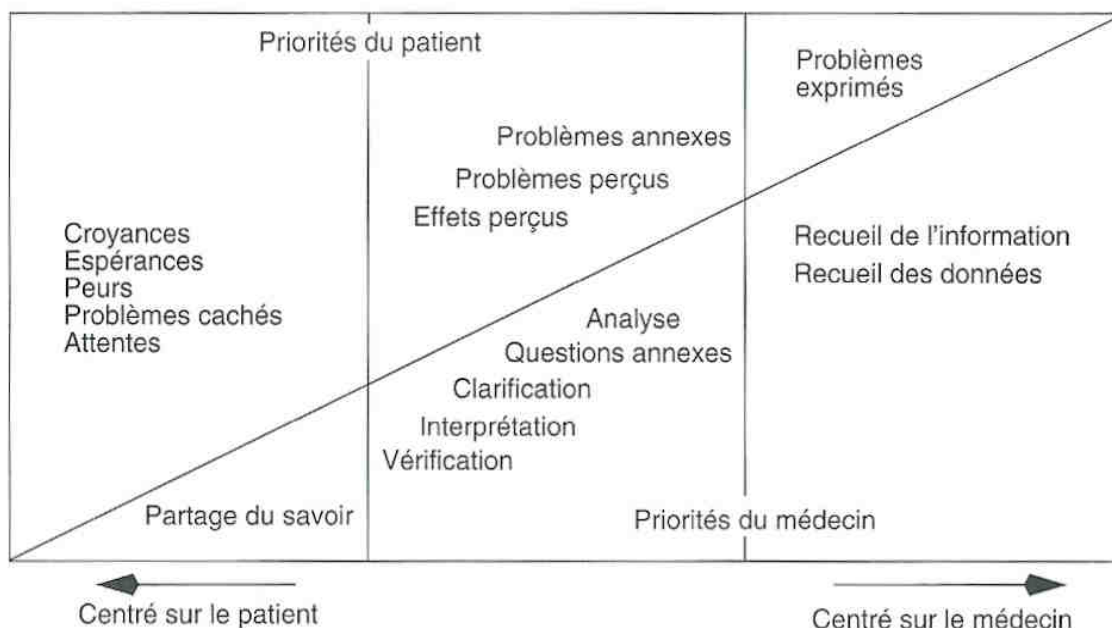
Son utilisation reste à la libre appréciation des médecins et des patients, mais si les dossiers médicaux informatisés sont très répandus aujourd'hui, la communication par le biais d'internet, de protection difficile, n'est pas le moyen privilégié dans le cadre de la relation entre un médecin et son patient.

2 Les implications de la communication médecin-patient (autres que la relation d'aide)

2.1 L'approche centrée sur le patient

Il s'agit d'un modèle d'approche privilégié dans le cadre de la relation d'aide, mais

légitime dans toute consultation, où le médecin et le patient rééquilibrent leur priorités respectives comme l'illustre Peter Tate (7) ;



Le pouvoir est déplacé du médecin vers le patient dans cette relation, et cette notion est essentielle lorsque l'on sait qu'un patient qui vient consulter un médecin est en position de demandeur, donc en position d'attente et de faiblesse. Cela est plus encore valable chez un patient en situation de souffrance psychologique.

Elle implique une grande capacité d'écoute active, permettant au médecin de prendre connaissance de la globalité de son patient, et surtout de cerner ses priorités et ses attentes (12,17,18), ce qui est source de satisfaction pour ce dernier (11). La communication est primordiale dans ce modèle d'approche (8).

2.2 L'éducation thérapeutique

C'est l'une des grandes tâches de la médecine générale. Elle nécessite plusieurs entretiens particuliers qui se distinguent de l'interrogatoire à visée médicale pure, et mobilise la compétence en communication à plusieurs de ses étapes clés (19,20); le diagnostic éducatif notamment qui nécessite d'aborder le patient sur un modèle holistique, et l'établissement d'objectifs éducatifs.

L'écoute tient ici une place importante, ainsi que des outils comme l'entretien motivationnel ou les questions ouvertes.

2.3 La satisfaction du patient

La satisfaction des patients est un facteur mesurable avec prudence. Plusieurs travaux (9–11,13,21) ont constaté que cette dernière était plus en relation avec l'information échangée lors de la consultation (reçue *et* émise), qu'avec l'aboutissement sur un traitement médicamenteux ou des examens complémentaires.

Les patients apprécient que le médecin se préoccupe aussi d'éléments non en rapport direct avec le problème médical (famille, vie sociale), ce qui nous ramène à l'approche centrée sur le patient.

Notion importante, elle n'est pas nécessairement proportionnelle au temps consacré à la consultation (3), contrairement à la qualité de l'échange.

2.4 La lutte contre le burn out

Le burn out peut se mesurer grâce au Maslach Burn Out Inventory (22) qui évalue trois critères ; l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation.

La demande de soin en rapport avec une souffrance psychologique est de plus en plus fréquente et un médecin non armé pour y répondre sera plus sujet au burn out ; les difficultés à aider retentissent sur le sentiment d'efficacité professionnelle, et le manque de recul peut mener à une forme de dépersonnalisation à visée protectrice.

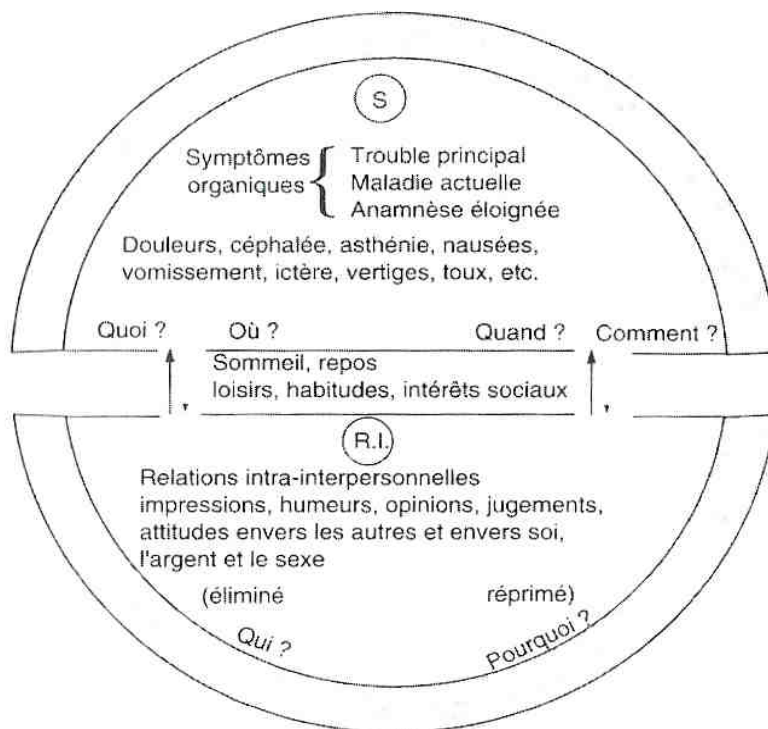
La communication a plusieurs fonctions, et l'une d'entre elles est l'allègement de l'anxiété (5). Le fait d'exprimer et de communiquer à autrui un état de tension interne a pour effet d'abaisser le niveau de ce dernier.

3 Quelques clés pour une bonne communication

3.1 L'anamnèse associative

Bien loin de l'interrogatoire formaté qui est enseigné aux jeunes médecins, l'anamnèse associative rapportée par Landolo (5) a pour but une connaissance globale et dynamique de son patient, elle peut être illustrée ainsi :

L'anamnèse associative en vue d'un diagnostic complet
(d'après E. T. Lisansky)



Ici le secteur représenté par le « S » est le secteur supérieur du patient, il comprend les symptômes. Le secteur « R.I. » est le secteur des relations intra-personnelles, à charge émotionnelle élevée.

La bande du milieu, neutre, est interrompue en deux endroits permettant les échanges entre les deux secteurs, symbole que le somatique et le psychologique sont en liens étroits, et jamais vraiment scindés (23).

Elle est un outil majeur de la relation d'aide et de l'approche centrée sur le patient.

3.2 L'écoute active

Écouter fait partie de la capacité à communiquer. Une bonne écoute, vigilante, permet de percevoir tous les éléments composant le message émis par l'interlocuteur, tant du domaine verbal que du non verbal.

L'écoute active ne se limite pas à recevoir les messages de l'interlocuteur

dans le silence, elle implique d'être attentif au cheminement fait par l'autre et capable d'intervenir pour faciliter son expression et son évolution.

Dans le cadre de la relation médecin-patient, si le patient aborde un point qui semble important sans le développer, il appartient au médecin de recentrer le patient sur ce propos.

Par exemple : « je m'inquiète de cette prise de sang docteur, et puis ma tante qui a son cancer... enfin, comme vous l'avez dit, il faut attendre les résultats des radiographies » ici le médecin peut revenir sur l'évocation de la tante du patient : « vous parliez de votre tante, que lui arrive-t-il exactement ? », car elle est peut-être source d'une grande inquiétude, celle d'être atteint lui-même d'un cancer par exemple, que le patient n'ose probablement pas verbaliser directement.

3.3 Le modèle de Calgary-Cambridge

Les universitaires canadiens et britanniques ont mis au point un modèle aujourd'hui reconnu, qui reprend le déroulement de la consultation : de sa préparation et l'accueil du patient jusqu'à la planification de la prise en charge et la fin de l'entrevue, en incluant les processus de recueil d'information, et d'explications données au patient (Cf annexe 1).

La progression permet la construction d'une relation entre le médecin et son patient par le biais d'une entrevue, qui nécessite d'être structurée. Le guide identifie les clés verbales et non verbales utiles à cette construction, et est utilisé pour l'enseignement de la communication aux médecins (24).

Ce modèle peut s'appliquer à tout type de consultation, les consultations impliquant la relation d'aide n'y font pas exception.

4 Les obstacles

Les obstacles à la communication sont nombreux, et inévitables. Il est cependant intéressant d'en connaître une liste non exhaustive, afin de corriger ceux qui peuvent l'être (7) :

- être dans un environnement bruyant ou mal disposé
- être pressé, ou en fin de journée

- être interrompu par une tierce personne
- s'adresser à plus d'une personne à la fois
- être en colère, énervé, ou face à une personne dans le même état
- constater une différence de répertoire entre les deux interlocuteurs (langage, profession...)

Thomas Gordon (psychologue clinicien américain) (25) cite également certains obstacles à la communication et notamment à l'écoute active, sous la forme d'attitudes inadaptées:

- ordonner, diriger
- moraliser
- juger, critiquer
- rassurer, consoler
- conseiller, donner des solutions
- approuver, complimenter

5 La communication en tant que compétence

Une compétence est la capacité de mobiliser des ressources à la fois internes et externes (1). Il s'agit d'un processus d'adaptation, faisant appel à un panel de ressources qui peuvent relever des domaines cognitif, affectif, social ou sensorimoteur.

Ce qui transparaît de cette définition est sa complexité, qui la distingue d'un savoir-faire. Une compétence est un savoir agir, non automatisable, et profondément dynamique et adaptable, faisant appel à diverses capacités. Elle intègre bien entendu les connaissances et le savoir en rapport avec le domaine concerné, et tient également compte des attitudes, relevant du domaine affectif (5).

La communication fait partie des compétences génériques de la médecine générale définies par le Collège des Généralistes Enseignants (2).

Il s'agit d'une compétence transversale, mobilisée dans un large éventail de situations auxquels le médecin généraliste est confronté, de l'urgence à l'éducation thérapeutique ou à la prévention, ainsi que cela est illustré dans le Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale (1). La relation d'aide fait partie de ces situations où la compétence en communication est mobilisable et

représente un véritable atout (21).

La définition que nous avons faite d'une compétence laisse entendre que si une partie de ses composants peut être de l'ordre de l'inné, la communication, pour prétendre être maîtrisée dans tous ses aspects, *s'apprend* (5,10).

LA RELATION D'AIDE

1 Définition, principes

La relation d'aide peut se mettre en place dans un cadre aussi bien personnel que professionnel. Elle est définie ainsi par Carl Rogers, sous ses différents aspects : « des relations dans lesquelles l'un au moins des protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement, et une plus grande capacité à affronter la vie [...], une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu », Bioy et Maquet en disent qu'il s'agit d'« accompagner une personne à atteindre les objectifs qu'elle s'est fixée en terme de mieux être (26) ».

Un des prérequis à la relation d'aide est la connaissance de ce qui est susceptible d'occasionner un déséquilibre et donc un mal-être chez une personne. Pour ce faire, la pyramide des besoins de Maslow nous aide :



La relation d'aide peut intervenir lorsque n'importe lequel de ces besoins n'est pas satisfait chez une personne. Pour atteindre un but similaire (le bien-être, ou en tous cas le mieux-être), plusieurs courants se sont développés ; Carl Rogers cité plus haut est l'un des fondateurs de la méthode humaniste, dont Abraham Maslow est un autre pilier.

2 Sa place en médecine générale

La relation d'aide trouve sa place en médecine générale, dans une définition peut-être plus large que celle énoncée ci-dessus ; les médecins généralistes ne sont pas psychologues, psychiatres ou psychothérapeutes, et à moins d'une sensibilité personnelle pour la relation thérapeutique d'aide, ils n'y ont pas été formés.

Néanmoins on ne peut nier son importance, directement liée à la fréquence des demandes de soin en rapport avec une souffrance psychologique. De tous temps les médecins généralistes se sont trouvés face à cette souffrance, ainsi que cela est décrit dans l'œuvre du psychiatre Michaël Balint (3), qui illustre son travail pérennisé aujourd'hui par les « groupes Balint ».

Le but de ces groupes, composés alors de généralistes et de psychiatres, est d'aider les médecins généralistes dans la gestion de consultations lors desquelles ils sont face à des patients en souffrance psychologique, qu'elle soit visible ou dissimulée derrière de nombreux symptômes (23) que l'on tente d'investiguer ou de traiter en vain. Balint décrit ainsi l'attitude de « l'élimination par des examens physiques appropriés » et soulève l'orientation parfois trop tardive vers un diagnostic psychologique ou psychiatrique.

Il décrit également les relations complexes entre les médecins généralistes et leurs confrères spécialistes, et présente des situations concrètes d'aide psychologique par des médecins généralistes.

3 Relation d'aide et communication

La communication est un ensemble de techniques et d'outils, que nous allons aborder dans le cadre de la relation d'aide. Il semble néanmoins important de rappeler que dans ce cadre plus que dans tout autre impliquant la communication, l'important est l'attitude et la motivation du médecin, ainsi que le note Jacques Salomé : « il est vain d'apprendre des techniques sans le préalable d'une

interrogation et d'une reconnaissance de son potentiel relationnel » (27).

3.1 Quelques outils de la méthode humaniste

3.1.1 l'écoute

Cela peut paraître paradoxal mais ainsi que nous l'avons déjà dit la première qualité de la communication, c'est de savoir écouter. Cela s'illustre particulièrement dans le cadre de la relation d'aide où l'écoute va au-delà du respect du silence pendant le temps de parole du patient.

Elle implique de focaliser son attention non seulement sur ses propos mais également sur tous les messages non verbaux qui sont communiqués et donnent de précieux renseignements sur l'état émotionnel du patient. Il s'agit d'une écoute *attentive*, qui deviendra *active* (cf plus haut) en faisant intervenir d'autres techniques que nous allons citer.

Elias Porter définit 6 attitudes d'écoute différentes, présentant chacune avantages et inconvénients ;

1. le conseil
2. le jugement
3. le support
4. l'enquête
5. l'interprétation
6. l'empathie

C'est l'attitude empathique qui est souvent la plus adaptée dans le cadre de la relation d'aide, ainsi que nous le verrons.

3.1.2 les questions ouvertes, fermées

Les questions ouvertes permettent plus de liberté au patient dans sa réponse, il sera moins influencé par le propos du médecin. Il faut par contre savoir favoriser les questions fermées pour valider une information ou s'entretenir avec un patient timide ou gêné.

3.1.3 la reformulation

3.1.3.1 du propos

Elle a pour effet d'améliorer la compréhension des deux interlocuteurs ; le médecin s'assure par le feed-back de son patient qu'il a correctement compris le message, et ce dernier est satisfait.

Il ne s'agit pas ici de répéter, mais bien de reformuler avec d'autres mots que ceux que le patient a utilisé. Cela permet parfois de soulever un sens caché du message.

3.1.3.2 des émotions

Elle permet une meilleure compréhension par le patient de lui-même, car il n'est pas aisé de reconnaître et d'identifier ses émotions. La reformulation par le médecin, telle un miroir, permet au patient d'avancer et de mieux se comprendre.

3.1.4 l'écho

A la différence de la reformulation, il s'agit ici de reprendre les derniers mots qui viennent d'être prononcés par le patient. Cela permet souvent au patient de relancer son propos, cette technique est particulièrement efficace avec les jeunes enfants, attention cependant à ne pas mettre en difficulté un patient déjà éprouvé par l'échange qui a précédé.

3.1.5 le reflet

Il consiste à exprimer au patient ce que le médecin perçoit de lui à ce moment-là. Le médecin s'appuie sur les propos tenus par le patient mais également sur les informations non verbales qu'il a perçues et qui lui permettent de penser que le patient n'a pas compris clairement quelque chose. Il doit être confiant dans sa perception de la situation sous peine d'irriter le patient si sa vision est erronée.

3.1.6 la clarification

Le médecin pose des questions au patient pour l'amener à rendre son propos plus clair.

3.1.7 la focalisation

En se concentrant sur un élément mentionné par le patient, les questions font émerger des événements présents ou passés en rapport avec ce dernier à la recherche de liens de causalité, facilitant la résolution.

3.1.8 la confrontation

Le médecin met en évidence des éléments du discours ou du comportement du patient qu'il semble ne pas avoir perçus lui-même : ambivalence, déni, degré d'implication.

3.1.9 les silences

Dans le cadre de la relation d'aide, les silences que nous avons abordés plus hauts, observés par le médecin, permettent au patient de poursuivre le cours et l'expression de sa pensée. Il permet aussi de saisir une émotion ou un sentiment provoqué par un propos qui vient d'être tenu, et de prendre la mesure d'une découverte que l'on fait grâce à l'échange verbal.

3.2 **La programmation neurolinguistique**

La programmation neurolinguistique (PNL) est un ensemble de concepts et d'outils élaborés initialement dans le cadre de la psychothérapie par Richard Bandler et John Grindler dans les années 70 aux Etats-Unis, pour ensuite s'étendre à bien d'autres domaines faisant appel à la communication.

Elle se base sur les idées de modélisation et de subjectivité, partant du principe que l'idée que l'on se fait de la réalité n'est pas la réalité.

L'un des buts de la PNL est d'appréhender la façon dont un être humain construit l'expérience subjective qu'il a du monde, des autres et de lui-même, et comment il peut la transformer (28).

Elle explore les ressources de la personne pour parvenir à une perception différente de la situation vécue afin d'amener à un mieux-être. Elle suit une progression qui correspond au sigle SCORE et se décline ainsi :

- S : la situation présente, ou symptôme
- C: les causes désignées comme responsables de cette situation
- O: le ou les objectif(s) que l'on désire atteindre
- R: les ressources nécessaires pour atteindre cet/ces objectif(s)
- E: l'effet recherché par la poursuite de cet/ces objectif(s)

Elle fait appel à différentes techniques bien codifiées, il peut s'agir par exemple de l'ancrage (effectuer un geste discret lorsque l'interlocuteur éprouve une sensation positive, et reproduire ce geste au cours de l'entretien pour tenter de replonger l'interlocuteur dans cette sensation agréable) ou de la synchronisation (calquer sa posture, la métrique et la tension du message sur celles de l'interlocuteur pour établir un contact solide).

3.3 L'analyse transactionnelle

Il s'agit d'un courant initié par le psychiatre américain Eric Berne dans les années 50. L'analyse transactionnelle est une théorie liée à la fois à l'approche systémique de l'école Palo Alto, et au courant humaniste de Carls Rogers. Elle trouve cependant surtout des applications dans l'évolution de l'être humain au sein d'un groupe.

Comme dans la programmation neurolinguistique il s'agit d'une relation contractuelle entre l'aidant et l'aidé, orientée vers des objectifs préalablement définis.

L'un de ses fondements est l'ensemble des « états du moi » : Parent, Adulte et Enfant (29). Chacun de ces trois états est un système de pensées, d'émotions, de comportements qui correspondent à différentes étapes du développement de l'individu, et entre lesquels ce dernier « voyage » selon la situation à laquelle il est confronté.

L'état Parent correspond au domaine de l'*appris*, l'Adulte au domaine du *pensé*, et l'Enfant au domaine du *senti*.

L'individu reçoit donc des informations de ces « états du moi » et leurs sous-types (le Parent normatif ou nourricier, l'Enfant soumis ou rebelle, créateur...) et ceci modèle son état d'« Adulte », celui qui est en connexion avec la réalité.

3.4 La notion de manipulation

L'intervention de la communication dans le processus d'aide pose inévitablement la question de la manipulation. Le patient se place dans une position de demandeur et toute l'attention du médecin doit se porter sur son problème, et la recherche des ressources dont il dispose pour y remédier.

La relation d'aide fait intervenir des techniques de communication : focalisation sur un thème du discours, reformulation ou clarification d'un propos, confrontation entre deux idées énoncées, et il est impossible de nier toute tentative de manipulation de la part du thérapeute dans cet échange.

Il faut cependant garder à l'esprit le but de cette relation qui est d'agir dans le sens du bien du patient, en accord avec les objectifs fixés par ce dernier.

SECONDE PARTIE

MATERIEL ET METHODE

1 La population

1.1 Critères d'inclusion

Il s'agissait d'une étude qualitative portant sur les ressentis et les pratiques des médecins généralistes. Plusieurs conditions se sont donc posées pour l'inclusion des interviewés ;

1.1.1 pratique de la médecine générale en consultation libérale

Le premier critère était de sélectionner des médecins généralistes en exercice libéral uniquement.

1.1.2 modalités d'exercice (seul ou groupe) variables

Dans l'échantillon étudié 4 médecins exerçaient seuls, les 8 autres en association ou cabinet pluridisciplinaire.

1.1.3 zones d'exercice de démographie variable

Dix médecins interrogés exerçaient en milieu urbain (6 en cabinet de ville, 4 en périphérie) et 2 en milieu rural.

1.1.4 durée d'activité variable

La durée d'exercice des médecins interrogés s'échelonnait de 3 à 37 ans.

1.1.5 parité

Six femmes et six hommes ont été interrogés.

1.2 Mode de recrutement

Les médecins ont été sélectionnés au hasard dans l'annuaire de la Gironde. Ils ont été sollicités par téléphone et ont tous répondu favorablement à la demande de rendez-vous pour l'entretien. Ils étaient tous situés dans un rayon de 50 kilomètres autour de Bordeaux par commodité pour l'enquêtrice (excepté un médecin, sur Nantes).

2 La méthode

2.1 Les entretiens

Le principe des entretiens semi-dirigés est un échange favorisant l'expression de l'interviewé (30). Il s'agit d'une technique d'enquête qualitative, particulièrement adaptée à l'étude de situations vécues et à l'analyse de pratiques.

La durée des entretiens a pu varier de 18 à 38 minutes avec une durée moyenne de 27 minutes. Ils ont tous eu lieu au cabinet des médecins, sur rendez-vous.

Ils ont été enregistrés sur dictaphone numérique avec accord des interviewés, puis tous intégralement retranscrits par écrit, dans le respect de l'anonymat.

L'utilisation des entretiens semi-dirigés a permis aux médecins interviewés de décrire avec beaucoup de liberté leur ressenti face à la demande de soin concernée par l'étude, sans jugement ou balisage imposé par l'enquêtrice. Il leur a également été permis de décrire leur pratique telle qu'il la considère dans ce cadre.

Le nombre d'entretiens n'a pas été fixé à l'avance mais par l'obtention d'une saturation théorique des données. L'enquêtrice a donc considéré que, d'après les informations déjà obtenues, il était peu probable qu'un entretien supplémentaire apporte de nouvelles données, sans redondance.

2.2 Le guide d'entretien

Il traduit les hypothèses de recherche en questions d'enquête pour les interviewés. La recherche bibliographique préalable a permis l'élaboration un guide relativement structuré.

Il a constitué une trame permettant d'orienter l'entretien afin de recueillir des données exploitables, tout en favorisant les questions ouvertes.

En aucun cas il n'a consisté en une liste de questions formatée et non modulable, il a d'ailleurs été légèrement modifié au fur et à mesure des entretiens qui ont pu mettre en évidence quelques défauts.

2.3 L'analyse du contenu (30)

2.3.1 le codage

Il s'agit du mode de sélection des données utiles du corpus pour l'analyse. Dans cette enquête, il a été réalisé manuellement.

2.3.2 le type d'analyse

Le choix du type d'analyse de contenu a été celui de l'analyse thématique, modèle bien adapté à l'analyse de pratiques même s'il s'agissait ici de pratiques déclarées et non observées.

2.3.3 la grille d'analyse

Son but est de produire des résultats, elle s'est inspirée du guide d'entretien mais dans une version explicative. Une fois les thèmes et sous-thèmes établis, il a été réalisé un découpage des entretiens en unités de signification correspondant aux catégories énoncées.

RESULTATS

1 La place de la relation d'aide en médecine générale

1.1 Une place importante et justifiée

Les médecins étaient interrogés sur l'importance de la demande de soin en rapport avec une souffrance psychologique. Les réponses étaient toutes superposables, cette demande était décrite comme fréquente voire très fréquente ; M12 : « *c'est même un motif de consultation qui est très fréquent, je dirais que c'est.. quotidien* », constituant une question de santé qu'il fallait reconnaître et prendre en charge ; M4 : « *on est au service de la souffrance* », M7 : « *le méconnaître ce serait méconnaître une grande partie de la pathologie* ».

1.2 Le médecin généraliste : un premier recours

Le médecin généraliste était souvent décrit comme le médecin de premier recours, sous deux aspects ;

- la place de premier au sein du parcours de soin (M1 : « *c'est nous qui sommes en première ligne* »),
- le médecin auquel les patients avaient le moins de difficultés à se confier, avant éventuellement d'envisager une orientation spécialisée, qui pouvait être suggérée le plus souvent par le médecin, et parfois par le patient lui-même (M6 : « *j'ai toujours l'impression de faire un premier pas pour expliquer ce qu'est la démarche psychologique* »).

M2 citait la stigmatisation dont souffrent encore parfois les personnes ayant recours à un psychiatre ou un psychologue : « *il y a des gens qui ne veulent pas aller voir le psychiatre ou le psychologue parce que sinon.... on dit qu'ils sont fous* », comme M6 : « *peu de gens vont d'emblée chez le psychologue, quand même* ».

1.3 Une relation privilégiée

La relation du médecin généraliste avec son patient était décrite comme une relation facilitant la confiance, du point de vue des médecins. En effet ces derniers connaissaient souvent la famille des patients, leur contexte socio-professionnel, ils

les connaissaient parfois depuis plusieurs années voire plusieurs dizaines d'années. Cette relation permettait une confiance qui encourageait le patient à solliciter son médecin généraliste avant d'aller voir un psychiatre ou un psychologue, si cela était envisagé.

Deux médecins ont mis en avant une évolution des relations humaines poussant le recours au médecin généraliste ; M10 : « *On ne parle pas assez. On ne parle pas assez dans les couples, on ne parle pas assez au travail, on ne parle pas assez* », M11 « *dans notre société les gens ne se parlent plus, aussi. Et le médecin devient, enfin il devrait l'être avant, mais... il devient vraiment le confident* ».

Elle était également présentée comme un avantage pour le généraliste dans la gestion de ces consultations ; comme le disait M3 : « *on est quand même plus près des gens, on les connaît bien, ils nous parlent plus facilement* » ou M2 : « *quand on connaît les patients depuis plusieurs années on est plus sérieusement écoutés* ».

2 Le ressenti des médecins face à cette demande de soin particulière

2.1 Une sensation globale de difficulté

Dans l'ensemble les médecins répondaient du mieux possible aux patients, avec parfois une notion de résignation (M5 : « *nous sommes des acteurs de santé, nous devons répondre à ces demandes de soin* », M8 : « *on travaille avec ce qu'ils nous donnent* », M11 : « *Ça fait partie du boulot de toute façon* ») mais une volonté de faire au mieux : M7 : « *c'est un challenge, la personne vient consulter, si on n'y arrive pas, faut qu'on essaye, d'une manière ou d'une autre* ».

Ils exprimaient des difficultés comme M1 : « *on n'est pas toujours les bons interlocuteurs* », M2 « *je suis pas convaincu d'être au top. Pour ça. (...) de là à leur remonter le moral avec un dialogue ou des techniques...* », M6 : « *on n'est pas psy (...) je suis un peu désarmée quelques fois par rapport à une souffrance psychologique qui est grande* », M12 : « *c'est toujours difficile* ».

Les difficultés dans leur détail ont été abordées par la suite.

2.2 Un manque de formation théorique à la relation d'aide

Le premier point qui était soulevé était celui du manque de formation des médecins à la prise en charge de ces patients en souffrance ; M1 : « *on n'a pas de formation ou quoi que ce soit (...) je trouve qu'on n'a pas la formation* », M2 : « *au niveau psychiatrique on n'est pas bien formés* », M5 : « *la façon dont nous y sommes préparés et dont nous pouvons y répondre, ça c'est autre chose* », M9 : « *je me sens pas suffisamment formée pour les prendre en charge mais je les écoute* ».

Ces doléances étaient surtout mises en avant chez les médecins installés depuis moins de dix ans.

3 Les principaux aspects de la consultation

3.1 Parvenir à cerner le problème du patient

La difficulté à cerner le problème amenant le patient à consulter était souvent mise en avant par les médecins, qu'il s'agisse d'une difficulté diagnostique, ou d'une difficulté d'investigation dans l'entretien ; M2 : « *les gens sont parfois difficiles à cerner* », M4 : « *chaque fois que je voulais mettre le point sur un problème elle me disait non* », M6 : « *je m'aperçois quelques fois que j'étais à côté* » M9 : « *tout était verrouillé, je ne sais pas ce qui ne va pas bien* », M11 : « *les gens qu'on sent en souffrance et qui n'ont pas envie, qui ne veulent pas en parler* ».

Cet aspect était pourtant considéré comme déterminant dans la qualité de la prise en charge comme le disait M12 : « *le plus important je pense c'est d'avoir clairement compris le problème* ».

3.2 Gérer le temps

Le temps était toujours cité comme une composante majeure de la consultation, et très souvent vécu comme un problème. Il présentait pour certains un obstacle à la prise en charge comme M2 : « *on n'a pas forcément le temps de s'occuper de ce problème parce que c'est des consultations qui demandent beaucoup de temps* », M3 : « *il y a des limites aussi où on ne peut plus, nous, les aider parce que ça prend trop de temps* ».

Cela pouvait être source de stress pour le médecin, ainsi que le disait M2 : « ça me stresse, et après je ne suis pas bien pour parler au patient et le reconforter », M5 : « je suis souvent mal à l'aise quand je sens que je n'ai pas de temps et que je sens qu'il y a justement une... l'expression d'une souffrance psychologique », ou M6 : « ça peut déborder, ça nous met un peu en difficulté aussi au niveau du timing ».

Certains médecins choisissaient de faire abstraction de cette composante pour gérer au mieux leur consultation, comme M7 : « faut pas non plus que nous même on se mette des contraintes horaires qui vont nous faire stresser parce qu'on est en retard » M8 : « une première consultation peut être en consultation libre et là je me fiche complètement de la salle d'attente. Le stress de la salle d'attente j'essaie de pas le prendre. » ou M9 : « je prends le temps qu'il faut, quelquefois ça peut être une heure quelquefois ça prend un quart d'heure, c'est comme ça ».

La plupart d'entre eux anticipait dès que possible lorsqu'ils savaient que la consultation pouvait durer plus longtemps comme M5 : « d'emblée aussi je bloque un temps supplémentaire », M10 : « je connais mes patients. Quand je vois qu'ils ont pris rendez-vous, si je sais que ça va durer une demi-heure ou trois quarts d'heure je décale derrière » ou M11 : « quand je sais, je bloque deux consults ».

Au sein de la consultation, la gestion du temps posait un certain problème, notamment pour conclure un entretien lorsque cela s'avérait nécessaire : M6 : « j'ai du mal, j'ai du mal.... je dis « ben écoutez là, c'est bien, on en reparlera la prochaine fois » ».

Certains médecins développaient des techniques pour y parvenir comme M7 : « parfois... je m'aperçois qu'en terme de temps ça va être juste (...) je suis aussi capable dans ces cas là de ne pas forcément rebondir tout de suite, d'apporter plus une conclusion à ce que je viens d'entendre » ou M11 : « freiner un peu les choses ? Ça peut arriver quand on tourne en rond (...) donc il y a un moment où... où je dis les choses, oui (...) je leur dis que j'ai du monde derrière hein de toute façon. Ils le savent. »

3.3 Gérer les crises

Les crises traversées par les patients ont également été abordées, car il pouvait arriver que le médecin généraliste se trouve directement confronté à ces moments

difficiles. Le problème du recours aux autres acteurs de la relation d'aide était alors mis en avant : M8 : « *l'hospitalisation elle n'est pas toujours évidente, elle est même très compliquée, et c'est là où on se sent le plus mal en fait, quand il y a une situation réelle d'urgence* ».

3.4 L'investissement personnel et/ou émotionnel

La charge émotionnelle investie dans la relation d'aide a également été abordée, avec cette fois une différence notable entre hommes et femmes.

Ces dernières étaient plus nombreuses à reconnaître des difficultés dans la gestion de leur investissement : M1 : « *on n'a pas suffisamment de recul, parfois, avec nos propres patients pour être efficaces* », M6 : « *c'est la juste distance qui est difficile à trouver (...) on peut se sentir, oui... proche du burn out, par le fait d'être trop sollicité (...) on a tous peur de... de pas tenir, c'est un rythme émotionnellement très fatiguant* », M8 : « *ça peut faire écho à nos propres difficultés, des moments* », M9 : « *C'est de l'énergie, de l'énergie, c'est tout. C'est tout, le soir... on a envie de se vider la tête, et voilà* ».

D'autres cependant parvenaient à trouver la juste distance : M2 : « *j'arrive quand même à me détacher des problèmes des gens parce que sinon... on ne vit pas* », M8 : « *On ne peut pas ne pas être touché par ce que les gens nous disent, être touché ça ne veut pas forcément être détruit, ça ne veut pas forcément être une éponge* », M10 : « *je crois qu'il faut au contraire se protéger et ne pas s'investir. Ça j'en suis même sûr, parce que si on s'investit, on ne peut plus, quoi (...) je pense avoir... toujours réussi à mettre une certaine distance, une certaine barrière, oui* ».

3.5 Planifier la prise en charge

Étape essentielle de la consultation, la programmation de la prise en charge était citée et appliquée par la grande majorité des médecins, de différentes manières comme M2 : « *je dois le réévaluer dans quinze jours, pour voir s'il y a de l'amélioration, comment ça se passe, et si besoin prolonger son arrêt de travail* », M4 : « *je lui fais un programme vous voyez, et si il y a le moindre problème vous (la patiente) me téléphonez* », M7 : « *je lui ai dit qu'on pouvait en parler d'autres fois si... si elle le souhaitait* ».

Elle pouvait être laissée à l'appréciation du patient comme pour M12 : « *c'est rare que... que je donne comme conseil aux gens de se revoir systématiquement, voilà, je leur dis plutôt, ben « on voit ce que ça donne, venez me voir... » enfin, moi je ne donne pas de rendez-vous à l'avance ».*

La mise en place d'un traitement médicamenteux conditionnait souvent cette programmation comme pour M8 : « *je lui ai dit que je n'entreprendais pas un traitement médicamenteux comme ça, qu'on avait besoin de se revoir à plusieurs reprises* », M10 : « *je pense qu'il faut quand même revoir les gens.... surtout si on leur met un traitement* ».

Elle présentait parfois des difficultés avec une notion d'échappement à la prise en charge inhérente au suivi ambulatoire comme le disait M8 : « *on ne peut pas cadrer ces consultations. (...) il va y avoir des rendez vous manqués* ».

4 Les stratégies d'aide mises en place par les médecins généralistes

4.1 L'entretien

L'entretien était présenté par la majorité des médecins comme la première aide qu'ils pouvaient apporter à leurs patients ; M5 : « *c'est plus gratifiant de sentir que la personne est mieux, qu'on a l'impression que les choses ont été évoquées, que les choses ont pu être dites* », M7 : « *Du moment que la personne a été écoutée, qu'elle a pu exprimer ce qu'elle a envie d'exprimer le jour où elle est venue, ça ne pose aucun problème* », M10 : « *je pense que parler c'est important (...) moi je me sens à l'aise, si vous voulez, je me sens à l'aise pour... quatre-vingt dix pour cent des conflits, des... des petits problèmes d'anxiété, de déprime qui me sont exposés* », M11 : « *une conversation naturelle, et les choses se font, et on pose des questions, avec des questions quand même que l'on pose un peu au départ pour savoir un peu où on va* », M12 : « *je pense que l'essentiel est là, c'est surtout trouver les bons mots, poser les.... faire ça avec beaucoup de tact* ».

Certains cependant avaient peu de conviction dans leur capacité à soigner grâce à l'entretien ; M1 : « *le fait de parler, il y a beaucoup de gens qui n'y croient*

pas (...) je suis sceptique sur ce que je lui apporte (...) on a plus un rôle de soutien, de réconfort », M2 : « Je reconnais honnêtement que je ne suis pas très à l'aise sur ce genre de consultation ».

4.2 L'orientation vers le spécialiste

Ainsi que le mettaient en avant plusieurs médecins, ils ne sont pas psychiatres ou psychologues (M11 : *« les gens qui sont vraiment très très dépressifs, là ma petite parole va pas faire grand chose »*, M12 : *« moi ici en tant que généraliste il est évident que je ne sais que accompagner comme ça, je fais de la psychothérapie de soutien de base »*), et le recours aux autres acteurs de la relation d'aide était obligatoirement sollicité, plus ou moins fréquemment selon les praticiens : M1 : *« Du jour où elle a accepté d'aller consulter, vous vous dites « ça y est »*», M9 : *« j'essaie plus souvent quand même de me décharger vers le psychiatre, parce que ce sont des consultations qui sont un peu laborieuses, un peu difficiles ».*

Le recours aux structures hospitalières, d'urgence ou non, pouvait parfois s'avérer nécessaire comme pour M1 : *« j'ai appelé -là ça a été relativement facile, le CHU pour qu'il soit reçu en consultation de victimologie »* ou M8 (cf. 2.3.3).

Il a néanmoins souvent été reconnu difficile, par manque de disponibilité des praticiens libéraux : M3 : *« c'est pas facile de toute façon, parce qu'il n'y a pas beaucoup de psychiatres, on a du mal à en trouver »*, M9 : *« pour avoir un psychiatre c'est.. c'est pareil. Voilà c'est très difficile c'est très long, la souffrance elle est souvent sur le moment »* ou M11 : *« De toute façon on ne peut pas faire autrement, il n'y a pas de psy qui prenne quelqu'un qu'il ne connaît pas en urgence, ça ça n'existe pas ».*

M7 mettait en avant l'importance pour le généraliste d'admettre et de communiquer à son patient que sa prise en charge pouvait dépasser ses aptitudes : *« savoir aussi expliquer qu'à un moment donné, les compétences du Dr C. elles s'arrêtent à ce qu'il sait faire et qu'il faudra peut-être un soutien par un spécialiste ».*

4.3 Le traitement médicamenteux

Les traitements n'étaient jamais évoqués en première intention par les médecins,

venant même souvent après la sollicitation d'un confrère pour la prise en charge du patient, et toujours avec une notion de solution de recours en cas d'échec de la thérapeutique par l'entretien seul (M1 : « *On peut leur amener des béquilles, en leur prescrivant des somnifères, des anxiolytiques* », M3 : « *elle a pu repartir sans antidépresseur, déjà* », M10 : « *je pense qu'on abuse, je ne suis pas du tout quelqu'un qui prescrit beaucoup d'antidépresseurs* », M11 : « *je leur dis toujours par contre quand je dois leur donner des médicaments que ça ne résoudra rien, que ça ne servira que de béquille* »).

Cette stratégie pouvait également s'appliquer en cas de souffrance très intense d'emblée : M2 : « *je l'ai mis aussi d'emblée sous traitement anti-dépresseur parce que il avait aussi un contexte d'idées noires* », M4 : « *je prends la décision de lui dire je vous donne un traitement parce que vous souffrez je le vois bien* ».

Elle était parfois source de difficultés dues aux préjugés associés aux traitements psychotropes ainsi que le disait M9 : « *lorsqu'il s'agit de vouloir mettre un antidépresseur c'est « je ne suis pas fou, j'en ai pas besoin, on va y arriver » et ça traîne quoi... et c'est difficile* ».

5 Les critères de satisfaction

5.1 Le « feed-back » positif des patients

Le critère de satisfaction le plus souvent mis en avant par les médecins était la notion d'amélioration de l'état du patient, que celle-ci soit verbalisée ou non : M1 : « *quand ils acceptent d'aller consulter, qu'ils reviennent et qu'il disent « oui, ça m'a fait du bien, (...)» là vous vous dites que ça a été efficace* », M3 : « *on était contentes parce qu'on l'a gardée, elle est repartie un peu plus sereine* », M4 : « *souvent les gens me disent, quand les gens sortent de chez toi ils sourient, ils rigolent* », M6 : « *elle commençait à sentir que les séances lui faisaient du bien parce qu'elle se reposait, qu'elle était un peu détendue quand elle venait me voir* », M7 : « *à la fin la semaine dernière son discours ça a été « ah ben vraiment d'avoir évoqué tout ça ça va mieux » elle rebondit... c'est bien, objectif atteint* ».

Elle était parfois décrite comme difficile à apprécier, du moins dans l'instant : M10 : « *je crois que c'est au bout de trois semaines, un mois, un mois et demi, deux*

mois, que l'on peut dire « il y a eu un bon travail, elle a plus besoin de médicaments, elle re-dort, elle n'est plus stressée... » », M9 : « c'est souvent longtemps après, qu'on me dit « heureusement là vous avez été là » là je me dis ben... j'ai été utile ».

5.2 L'entente réciproque

La compréhension réciproque médecin-patient quant au problème posé était un des points principaux mis en avant pour le succès de la prise en charge : M2 : « *pouvoir faire passer le message au patient qu'il y a besoin de faire quelque chose, de faire accepter au patient différents mots comme la dépression, l'anxiété chronique* », M5 : « *l'impression justement qu'il y a une communication qui s'est établie (...) avec une compréhension réciproque (...) l'adhésion, oui, à ce qui se passe, que la personne et ou moi, je rentre dans, nous rentrons dans cette relation* », M11 : « *le fait que la personne accepte le fait d'être malade dans sa tête* ».

L'accord devait être atteint non seulement sur le diagnostic mais aussi sur la prise en charge, et le fait d'y parvenir était décrit comme une grande source de satisfaction par les médecins.

6 La place des techniques de communication dans la relation d'aide mise en place par les médecins

6.1 Plutôt instinctive

Peu de médecins avaient un abord technique de l'entretien et ce dernier était plutôt mené de manière naturelle et instinctive ; M2 : « *Je fais vraiment « au feeling » (...) je n'ai pas de technique particulière et je n'ai jamais réfléchi à mes méthodes de communication* », M3 : « *je crois que ça se fait un peu spontanément* », M8 : « *Je sais pas si j'ai des formules toute faites, je pense pas* ».

6.2 L'importance de rester naturel

Il a souvent été mis en avant le souhait de rester naturel et de s'adapter au cas par cas, sans oublier sa propre personnalité comme M3 : « *Je suis moi-même, point final, c'est ça* », M4 : « *c'est un désir de communication* », M10 : « *je pense que*

chaque médecin a sa personnalité, que le médecin va... non j'ai pas de système de communication particulier », ou encore M12 : « il s'agit je pense faire jouer un peu son... sa sensibilité ».

6.3 Le refus de la connotation manipulatrice

Parfois même le terme de communication pouvait être rattaché aux notions de manipulation ou de technique à outrance ; M2 : *« d'apprendre des techniques de communication verbale et non verbale pour vendre entre guillemets un régime ou vendre de l'observance tout ça, ça me gênerait quelque part, on n'est pas commerciaux »*, M7 : *« faut pas tomber dans la manipulation »*, M8 : *« est-ce que l'on doit être manipulateurs hein ? (...) ça me gêne, ça me gêne »*.

6.4 Un manque de connaissances théoriques

De nombreux médecins ont estimé être peu armés en outils d'entretien, ou encore les utiliser sans pouvoir les nommer ; M1 : *« je pense qu'il y a des techniques, il y a des choses que moi je ne maîtrise pas en tous les cas, et qui sont efficaces »*, M5 : *« je sais que c'est analysé et dans justement les techniques de communication. Moi je ne l'ai pas fait, je ne le fais pas, mais ça m'intéresse... »*, M7 : *« je dois en utiliser sans connaître forcément les noms »*, M9 : *« les psychiatres sont très forts pour faire arrêter une consultation, alors que ça moi je ne sais pas faire »*.

7 Les techniques identifiées dans les entretiens

Les questions permettaient tout de même de retrouver certains outils de communication utilisés par les médecins lors de leurs consultations ;

7.1 L'écoute et l'attitude empathique

De façon unanime le premier outil de la relation d'aide était l'écoute, comme le citaient M1 : *« on reçoit hein, je crois que c'est surtout ça, on est quand même très à l'écoute »*, M3 : *« c'est d'abord les écouter bien sûr »*, M6 : *« on fait un pré-travail je crois, lorsqu'on leur montre un peu ce que l'écoute leur apporte »*, M9 : *« Je laisse exprimer ce qu'il a à exprimer »*.

M7 décrivait un peu plus en détail les principes de l'écoute active qu'il mettait en place lors de ses entretiens : « *il faut être capable de se taire, faut être capable d'écouter, et faut être capable ensuite de faire une écoute active c'est à dire de rebondir sur quelques petits points qu'on a entendu qu'on a captés pour pouvoir les faire préciser (...) écouter beaucoup pour avoir le plus d'informations possible et pouvoir assez rapidement proposer une première ébauche de solution* », ainsi que M8 : « *la communication pour moi elle est dans l'écoute, voilà. Après, je vais intervenir si... je vais rebondir sur ce qu'il me disent* ».

L'attitude empathique en ces termes était citée par plusieurs médecins dont M9 : « *je suis beaucoup dans l'empathie* » et M12 : « *il faut que ce soit très très neutre et très... idéalement, empathique, évidemment* ».

7.2 L'exploration du ressenti et des ressources du patient

Plusieurs médecins explicitaient leur intérêt pour le ressenti de leur patient, M3 : « *elle a parlé beaucoup, de ses problèmes, de la façon dont elle réagissait, de la peur qu'elle avait que sa mère soit malade, de... et puis du fait qu'elle craquait, qu'elle en pouvait plus* », M4 : « *je lui ai posé la question si elle était heureuse* », M5 : « *j'essaie de permettre à la personne d'exprimer, d'aller plus loin dans son ressenti* », M12 : « *je leur demande déjà à tout hasard « est-ce que vous savez pourquoi vous êtes comme ça ? » tout simplement* ».

Ils investiguaient lors de l'entretien les ressources et objectifs de ce dernier ; M7 : « *essayer de voir comment elle toute seule elle gère ça, comment elle voit ça, comment elle voit l'avenir (...) c'est elle qui, forte de ces explications a eu suffisamment de ressource* », M8 : « *j'essaie de m'appuyer sur l'entourage, enfin j'essaie de voir chez les patients si ils ont une ressource* », M9 : « *j'aime beaucoup savoir du patient comment il vit* », M12 : « *savoir où la personne se sent atterrir et nous, à ce moment là, je pense qu'on sait où on va à deux et on va y aller d'autant plus facilement* ».

7.3 La reformulation

Plusieurs médecins ont cité explicitement cet outil : M5, M6, M7, M8, M9, M11.

7.4 La répétition, ou écho

M6 disait bien comment il utilisait la répétition pour confirmer la juste compréhension du message.

7.5 L'intervention brève

Cette technique était citée par M8 : *« je mets le doigt dessus et après c'est le patient qui me donne ce dont il a besoin, ce dont il a envie »*.

7.6 La communication non verbale

Le domaine de la communication non verbale était abordé avec tous les médecins, qui l'ont plus ou moins développé.

Certains reconnaissaient n'y accorder que peu d'attention, comme M2, M3, ou M7 : *« je sais pas du tout ce que je fais passer, je me suis jamais posé la question, donc j'en sais rien »*, ou ne l'utilisaient pas, consciemment comme M12 : *« pour moi c'est très personnel je veux dire ça concerne que moi, et puis je n'essaie pas de m'améliorer »*.

D'autres identifiaient bien ce qu'elle pouvait leur permettre de percevoir (M4 : *« Je regarde comment il pose ses mains, je regarde comment il me regarde, je regarde tout ça, donc déjà le patient il franchit la porte j'ai déjà fait la moitié du diagnostic »*, M5 : *« on est attentifs aussi à ce qui se passe de non dit et de non verbal et qui est émis par le patient »*, M6 : *« remarquer que la personne est un peu plus ralentie, elle peut être.. mets plus de temps à... n'a pas, n'a pas le sourire »*, M8 : *« L'agitation, la façon de se mettre sur le bord de la chaise, la façon de regarder ou de ne pas regarder »*, M11 : *« la façon de se présenter... le... la façon de s'habiller, de se maquiller éventuellement ou pas, pour les femmes »*).

La communication non verbale a aussi été abordée comme un moyen d'émettre pour le médecin : M1 : *« quand je suis en phase d'écoute que je veux que la personne ait le sentiment qu'on a du temps, effectivement je vais m'écartier du bureau et je vais poser mes mains sur les genoux etc... »*, M5 : *« je prête attention à... à mon attitude, enfin de mon côté, pour permettre à la personne de se.. peut-*

être d'être à l'aise », M11 : *« ça m'est arrivé de venir à côté, en général je suis pas comme je suis là hein, je suis plus penchée en avant, plus à l'écoute »*.

7.7 L'utilisation d'outils ou d'échelles d'évaluation

Cet aspect était peu utilisé en consultation, M9 reconnaissait que bien qu'utiles ces outils étaient plus des perturbateurs de la communication, et qu'elle y faisait de moins en moins appel : *« je me rendais compte que j'avais le nez dans le papier... ce qui me dérangeait beaucoup... que j'étais plus en train de compter mes cases... du coup j'ai laissé tomber »* (en l'occurrence il s'agissait de l'échelle de Hamilton).

8 Le point de vue des médecins sur l'intérêt d'une formation à la communication

8.1 Globalement unanime...

A la question de l'intérêt d'une formation à la communication, presque tous les médecins répondaient positivement ; M1 : *« Ça me plairait bien d'arriver à prendre plus de distance par rapport aux histoires des gens, je pense que je m'implique trop »*, M2 : *« à quand les formations pour ces techniques fabuleuses qui font gagner du temps et être convaincant »*, M3 : *« j'y ai été pour voir ce que ça donnait, et c'était très intéressant, ça m'a plu ! Donc je pense que ça peut aider bien sûr, au départ »*, M5 : *« c'est pour moi encore un domaine primordial dans l'exercice de la médecine générale je trouve qu'on n'y est pas du tout du tout préparé »*, M7 : *« la communication ça s'apprend »*, M8 : *« ça devrait faire partie à mon avis des études médicales »*.

8.2 ... mais sensiblement personnel

Cependant certains doutaient de l'utilité d'un tel apprentissage comme M4 : *« même avec la meilleure bonne volonté du monde, je pense qu'un jeune médecin ne pourra pas faire certaines choses »*, M10 : *« je ne vois pas moi personnellement ce que je pourrais changer éventuellement à ma communication, peut-être que j'ai tort hein... »*, ou M12 : *« il n'y a pas de choses qu'on apprend dans les livres, je ne pense pas »*..

D'autres avaient assisté à des formations où le domaine de la communication était abordé et nuançaient leur intérêt : M5 : *« on se rend compte qu'au bout du compte qu'est-ce qu'il en reste dans la pratique quotidienne ? c'est pas très très important »*, M8 : *« je suis allée dans des formations, et on a vraiment l'impression d'un martelage, d'une... on répète, voilà « il faut que vous soyez, il faut que vous soyez empathique, il faut que vous soyez... dans le savoir être » ça me gêne beaucoup (le médecin parle d'une formation à l'éducation thérapeutique) »*, M11 : *« Les formations ça aide et puis après on adapte ce qu'on apprend avec ce qu'on voit tous les jours »*.

8.3 L'importance de l'expérience professionnelle, et personnelle

Cet aspect était, en toute logique, surtout mis en avant par les médecins ayant une expérience de plus de 25 ans derrière eux ; M3 : *« maintenant j'ai trente ans, trente cinq ans d'expérience donc on commence à connaître les gens »*, M4 : *« non, non, non il n'y a pas de formation. C'est... la formation c'est le terrain (...) je ne l'ai jamais appris sur les bouquins ! Ça s'apprend tout seul ! »*, M8 : *« pour moi ce n'est pas forcément des techniques que j'ai apprises, c'est... c'est au cours du temps quoi, c'est l'expérience »*, M10 : *« l'expérience on la fait ici... je ne me souviens plus comment j'étais tout au début, mais c'est vrai que j'étais beaucoup moins à l'aise »*.

DISCUSSION

1 Biais identifiés

1.1 Biais de rappel

Le premier biais identifié concerne le rappel des faits énoncés par les médecins interrogés, en effet l'entretien portait beaucoup sur les pratiques, en faisant notamment référence à une consultation que le médecin choisissait de raconter à l'enquêtrice.

Il est fort possible que ce mode de recueil ait occulté certains éléments qui auraient pu être utiles à l'enquête.

1.2 Une pratique déclarée n'est pas une pratique observée

Il était demandé aux médecins de décrire leur pratique de manière générale et en situation. Cette technique entraînait une distorsion des situations, en effet certaines déclarations pouvaient refléter plus le souhait des médecins que leurs pratiques effectives, alors qu'à d'autres occasions il se pouvait que les médecins ne restituent pas certaines pratiques qu'ils mettaient pourtant en œuvre.

Ce dernier aspect a semblé important à l'enquêtrice car en conduisant l'entretien il arrivait fréquemment qu'avec des questions plus précises, certaines pratiques que les médecins disaient ne pas mettre en place apparaissaient en réalité.

1.3 Biais dans le recueil et le traitement des données

Il s'agissait ici d'une part d'une première expérience de l'enquêtrice, et d'autre part d'un codage unique. Celui-ci, s'il avait été réalisé par plusieurs personnes, aurait permis une triangulation des résultats et moins de subjectivité.

2 Tous les médecins prennent en charge la souffrance, tous y sont aussi peu préparés

2.1 Une demande de soin universelle

Nous l'avons constaté grâce à l'œuvre de M. Balint, la prise en charge de la souffrance psychique en médecine générale n'est pas un phénomène récent.

Par ailleurs, l'enquête a permis de faire un premier constat important : quelle que soit la durée d'installation des médecins, le sexe, la localisation géographique, et même leur affinité personnelle pour ce type de prise en charge, tous étaient impliqués à degrés divers dans la relation d'aide du fait de l'importance de la demande..

2.2 La relation d'aide est considérée comme faisant partie des fonctions du généraliste

Tous les médecins ont décrit l'aide à la personne en souffrance psychique comme faisant partie de leur mission. Il est intéressant d'observer que lors du recrutement, tous les médecins contactés ont manifesté de l'intérêt pour cette question de recherche.

2.3 Un manque de préparation reconnu par tous

Les médecins étaient unanimes concernant leur manque de préparation à la relation d'aide, indépendamment de leur ancienneté d'exercice et donc de leur époque de formation.

L'enquête soulevait donc l'inadéquation entre une demande majeure touchant tous les praticiens, et un manque reconnu de préparation et d'aptitude initiale (seuls les médecins en fin d'activité le mettaient peu en avant, tout en le reconnaissant).

L'étude menée par Cohidon et al. (31) fait le même constat de défaut de préparation des médecins généralistes face à une demande amplement prise en charge.

3 Analyse du point de vue des médecins sur la communication

3.1 Une technique relativement méconnue

Tous les médecins reconnaissaient les vertus thérapeutiques de l'entretien et de la relation avec le patient. A noter que seulement quelques-uns en avaient une lecture technique, en abordant les aspects de l'échange verbal, et plus encore non verbal (certains outils ont par ailleurs été clairement cités par les interviewés).

Les concepts porteurs de la communication dans la relation d'aide n'ont pas été abordés lors des échanges, probablement du fait du guide d'entretien.

3.2 Une utilisation instinctive mais concrète

Tous les entretiens ont mis en évidence une utilisation réelle des concepts et des outils de la communication.

L'écoute, l'exploration du ressenti et des ressources du patient, la fixation d'un objectif, l'obtention d'un accord sur le diagnostic et les solutions : tous ces critères étaient mis en pratique par les médecins sans pour autant qu'ils soient systématiquement inclus dans un cadre théorique.

Il semble exister une connaissance au moins instinctive de ce que la communication apporte aux médecins dans la relation d'aide.

3.3 Quant à la formation

Aucun des médecins n'a mentionné avoir reçu un enseignement à la communication lors de sa formation initiale. De même, aucun n'a suivi de FMC dans le domaine de la communication.

Cependant certains avaient bénéficié de formations continues touchant non exclusivement à ce thème, avec un ressenti mitigé, mais la notion que cela pouvait apporter une aide.

3.4 Les réticences

Il est à présent connu que les patients souhaitent des médecins qui sachent communiquer (9,11,13,21).

En agissant sur leur communication, certains médecins craignaient des conséquences néfastes telles que de perdre en naturel et de se retrouver outillé à outrance. La littérature montre cependant qu'une formation à la communication médecin-patient inclut bien souvent une étape de connaissance de soi (10,27) indispensable pour apprendre à communiquer, et allant à l'encontre de l'idée qu'être un bon communicant consiste seulement à disposer d'un panel d'outils.

Savoir communiquer implique également de comprendre à quel type de patient l'on peut avoir affaire comme le présente Peter Tate (7), et il est bien clair que les demandes et les attentes sont rarement superposables et nécessitent de bien apprécier le patient dans sa globalité (11).

Les réticences de certains médecins qui pouvaient voir une absence de flexibilité dans les techniques de la communication n'ont en réalité pas lieu d'être, si l'on se situe dans une approche adaptée.

Bien que l'étude portait sur la communication dans la relation d'aide, de nombreux ouvrages élargissent ses applications à la relation médecin-patient dans sa globalité, montrant que sa bonne gestion permet des consultations plus performantes et plus sereines pour les deux parties (5,7,32), comme cela a été évoqué en première partie.

4 Comment les techniques de communication peuvent-elles aider à surmonter certaines difficultés?

Tous les médecins interrogés exprimaient des difficultés rencontrées dans l'entretien, et quelques-uns reconnaissaient ouvertement ne pas se sentir compétent pour prendre en charge la souffrance de leurs patients par la parole. L'ouvrage de Christophe André (32) donne un aperçu très ludique et abordable des enjeux de la communication dans la gestion de situations très concrètes et variées, qui permet de prendre conscience de l'intérêt de sa maîtrise.

Nous allons aborder certains de ces aspects de manière plus globale.

4.1 L'écoute active et ses nombreuses vertus

L'écoute était présentée comme le premier des aspects de l'entretien par les médecins, mais peu d'entre eux mentionnaient l'écoute active. Elle est pourtant un outil primordial, adaptable à un grand nombre de situations et élément principal de la relation d'aide (26).

Elle permet en premier lieu une réception et une compréhension optimale du message que le patient souhaite transmettre. Ceci permettant au médecin mais aussi au patient de cerner la question plus facilement, source de satisfaction pour eux, et aspect considéré comme majeur par les médecins interviewés.

Par ailleurs, elle implique l'intervention adaptée du médecin, avec pour effet de montrer au patient l'intérêt réel qui est porté à son propos.

Enfin, il a été démontré qu'une consultation mettant en jeu l'écoute active ne prenait pas nécessairement plus de temps qu'une autre (7). Au contraire, la pratique de l'écoute active offre un gain de temps sur la prise en charge en général, évitant certaines errances diagnostiques et défauts de compréhension.

Cet aspect est primordial compte tenu de l'importance de la gestion du temps pour les médecins généralistes comme cela a été évoqué dans l'enquête.

4.2 La bonne distance, l'empathie

Une des difficultés mises en avant par les médecins interrogés était l'investissement émotionnel et la charge que pouvait parfois représenter le soutien de patients en souffrance.

Un élément important de la relation d'aide est la gestion de la distance par rapport au patient et à ses difficultés qui, comme l'ont mentionné les médecins, pouvaient parfois les renvoyer à leur propre histoire. L'empathie, citée à plusieurs reprises par les médecins, est un concept qu'il est nécessaire de bien cerner afin de ne pas tomber dans la sympathie, qui peut devenir nocive pour la relation. Une bonne connaissance de soi, de son attitude et de ses réactions permet une meilleure gestion de cette distance (3,5,26,27,33).

4.3 Éviter le « burn out »

Ainsi que le montre Eric Galam (22) le « burn out » peut être considéré comme une « pathologie de la relation d'aide », et la mauvaise gestion de la distance citée plus haut peut avoir pour conséquence un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation des patients à visée protectrice.

Mais le stress ressenti par un grand nombre de praticiens peut être allégé notamment lorsque l'on est armé sur le plan relationnel et de la communication. En effet il a été reconnu (33) qu'une maîtrise de cette compétence est un des éléments déterminants du bien-être de médecins en bon équilibre avec leur pratique.

4.4 La communication non verbale

Les entretiens permettaient de révéler une bonne connaissance des outils de communication non verbale par la plupart des médecins, qui les utilisaient aussi bien pour interpréter que pour transmettre un message.

Certains praticiens reconnaissaient cependant ne pas y accorder d'attention, et envisager de modifier ses expressions non verbales renvoyait souvent à la notion de communication manipulatrice ou de perte de spontanéité.

Pourtant nous l'avons vu, si un message verbal est en désaccord avec le message non verbal, c'est le second qui primera, et il est désormais reconnu que la communication non verbale est importante dans la relation (28,16,5). Encore une fois une meilleure connaissance de ce domaine permettrait de lever les appréhensions et croyances qui en font pour certains plus une technique commerciale qu'à but relationnel.

4.5 La communication avec les pairs aussi

L'enquête a également permis de constater que la communication avec le secteur spécialisé est aussi un écueil à la mise en place sereine de la relation d'aide en médecine générale. Les généralistes qui se disaient désarmés face à une souffrance importante déploraient la difficulté à adresser leurs patients au médecin psychiatre notamment, et le défaut de retour de la part des autres professionnels.

Cette difficulté est bien analysée dans l'étude de Cohidon et al. (31) en Meurthe et Moselle ; il apparaît nécessaire de refondre l'image de la psychiatrie chez les médecins généralistes, et d'améliorer la communication interprofessionnelle pour une meilleure prise en charge des patients et un meilleur ressenti des praticiens.

5 La compétence en communication : un tout

La compétence en communication rassemble donc plusieurs aspects, et ne se borne pas à la maîtrise des techniques de ce domaine. Ainsi que nous l'avons vu en première partie, Iandolo (5) et le Guide Pratique s'adressant aux généralistes enseignants (1) en font une définition complète qui aborde ses différents axes :

- les connaissances, relevant du domaine cognitif
- les capacités, qui relèvent du domaine psychomoteur et permettent la mise en pratique des connaissances
- les aptitudes, relevant du domaine de l'affectif

La mobilisation de ressources relevant de tous ces domaines, dans une dimension profondément dynamique, représente la compétence, ce *savoir agir*.

Les techniques ne représentent donc qu'une partie de ce concept, mais sont hélas bien souvent considérées comme le seul aspect de la communication, expliquant certaines des réticences de la part des médecins interrogés.

Il est à ce sujet intéressant de noter qu'une étude a montré certaines aptitudes plus prononcées chez les étudiantes femmes (34) pour la communication médecin-patient, abondant dans le sens d'une dimension plus étendue qu'il n'y paraît.

6 Quelle formation ?

6.1 Au moins une sensibilisation

Il apparaît donc pertinent, dans un premier temps, de travailler sur l'image que les médecins ont de la communication, de ses concepts et de ses implications. En effet elle semblait constituer un obstacle à l'intérêt que les médecins pouvaient y accorder et à leur désir de formation, du fait d'un souci d'intégrité de leur part.

6.2 La formation initiale

Ainsi que cela a déjà été cité, plusieurs références abondent dans le sens des médecins interrogés, en mettant en avant la carence de formation des praticiens et le besoin d'intégrer la communication à la formation initiale (2,10,25).

Cependant la formation à la communication n'est pas aisée ; faut-il des cours magistraux ? Des mises en situation comme cela se pratique de plus en plus fréquemment ? Le questionnement de soi et de son potentiel est-elle raisonnablement abordable dans la formation initiale des jeunes médecins ? Par ailleurs, quels sont les outils d'évaluation les plus adaptés pour juger de l'acquisition de cette fameuse compétence (1,17,24)?

La formation initiale à la communication est encore source de nombreuses questions, et même les médecins de formation récente ne ressentaient malheureusement pas une préparation suffisante à l'exercice de cette compétence.

6.3 La distinction entre l'inné, l'acquis de terrain et l'acquis en formation

Dans tout ce qui fait la compétence, une partie peut effectivement relever de l'inné, notamment ce qui concerne le domaine affectif. Mais sa définition implique une grande partie d'acquis, dont certains sont de plus en plus souvent enseignés.

Nous avons pu voir que les médecins en fin de carrière disaient globalement éprouver moins de difficultés dans la gestion des consultations d'aide. Certains avaient acquis par l'expérience professionnelle une plus grande assurance leur permettant d'aborder des sujets qu'ils n'auraient pas osés au début de leur exercice, l'un d'entre eux a mentionné l'importance de l'expérience personnelle pour plus de crédibilité auprès des patients et une aptitude plus grande à aider l'autre.

Cependant il a été montré qu'une expérience plus grande ne signifie pas une meilleure compétence en communication (5).

Pour les médecins qui avaient assisté à des formations touchant à la communication de manière plus ou moins directe, le résultat était mitigé, et il semblait que les acquis modifiaient difficilement les pratiques, tout en apportant une aide.

On peut en conclure qu'aucune des formations qu'offrent les institutions ou l'exercice ne peut prétendre se suffire à elle-même, chacune apporte des éléments complémentaires.

6.4 L'intérêt d'échanger

Il est vraisemblable que la formation initiale idéale soit difficile à déterminer, et à mettre en place. Les difficultés ne sont vraiment constatées que lors de situations réelles, par ailleurs l'évolution du praticien se fait tout au long de sa carrière, ainsi que le disaient les médecins interrogés.

Pourquoi ne pas plutôt se concentrer sur l'échange entre pairs et la confrontation des attitudes lors de situations concrètes, ainsi que cela est fait dans les groupes Balint ? La supervision par le psychanalyste permet de plus d'éviter l'enfermement dans des pratiques ancrées, par un point de vue parfois différent de celui des médecins, et autorise l'exploration du ressenti de ces derniers, ce qui est rarement possible en formation initiale.

CONCLUSION

L'étude réalisée a permis de constater que la relation d'aide représente une part importante de l'exercice en médecine générale, et que les médecins l'intègrent tous à leur mission. Elle est source de satisfaction mais également de difficultés, tant dans ses modalités que dans sa gestion.

Les médecins ne s'y sentent pas préparés, elle nécessite une bonne organisation du temps, et la connaissance de la juste distance pour éviter un investissement trop important. Parvenir à cerner le problème exposé par le patient est également parfois difficile, ainsi que la communication avec le secteur spécialisé.

Dans cet accompagnement, l'entretien est considéré par tous comme la première des thérapeutiques, avant les médicaments ou la sollicitation du psychiatre. Écouter, parler, échanger avec le patient permet déjà de résoudre de nombreux problèmes.

Nous avons pu constater que la communication est utilisée par tous les médecins, de façon plutôt instinctive pour beaucoup d'entre eux. Ses bases théoriques et ses implications stratégiques sont peu connues, et elle souffre encore de certains préjugés, notamment la notion de « manipulation » qui la rend peu attirante auprès des généralistes.

Ils reconnaissent pour la plupart que sa maîtrise pourrait leur apporter une aide, mais les avis et les ressentis divergent quant à la formation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Attali C, Bail P, Lebeau J-P, Piriou C, Compagnon L. Certifier les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Editions scientifiques L&C; 2011.
2. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. La Revue Exercer. 2006 févr;(76):31,32.
3. Balint M. Le Médecin, son malade et la maladie. 3e éd. Payot; 2003.
4. Gallais JL, Alby ML. Souffrance psychique et médecine générale. Psychiatrie. 2002;6.
5. Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication. Paris: Masson; 2007.
6. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie médicale. 2010;11(4):255-72.
7. Tate P. Soigner (aussi) sa communication : la relation médecin-patient. Bruxelles: De Boeck; 2005.
8. Bensing JM, Verhaak PFM, van Dulmen AM, Visser AP. Communication: the royal pathway to patient-centered medicine. Patient Education and Counseling. 2000 janv;39(1):1-3.
9. Bonnetblanc J-M, Sparsa A, Boulinguez S. Le «bon médecin» : enquête auprès des patients. Pédagogie médicale. 2006 août;7(3):174-9.
10. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie médicale. 2004;5(2):17.
11. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ. 2001 févr 24;322(7284):468.
12. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship with the doctor mean? Scand J Prim Health Care. 1992 sept;10(3):163-9.
13. Klein S, Moronvalle L. La communication et la relation médecin-patient : critères de satisfaction des patients au cours d'une consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [[S.I.]: Université François Rabelais (Tours); 2004.
14. Davière V. La communication médecin-malade en questions : les mots, leur sens, les représentations : Enquête et réflexions [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 1996.
15. DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM. Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. Health Psychol. 1986;5(6):581-94.
16. Grzybowski SC, Stewart MA, Weston WW. Nonverbal communication and the therapeutic relationship: Leading to a better understanding of healing. Can Fam Physician. 1992 sept;38:1994-8.

17. Champion P, Foulkes J, Neighbour R, Tate P. Patient centredness in the MRCGP video examination: analysis of large cohort. *BMJ*. 2002 sept;325(28):691-2.
18. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 2001 févr 24;322(7284):444 -445.
19. Recommandations du haut Conseil de la Santé Publique. 2009.
20. Duffau N(1984-). L'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale: analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique [Thèse d'exercice]. [[S.l.]]: [s.n.]; 2011.
21. Guilbert J-J. Le «bon médecin»: quelles compétences et comment? *Pédagogie médicale*. 2007;8(1):2.
22. GALAM E. Burn out des médecins libéraux - 1re partie: une pathologie de la relation d'aide. *Médecine [Internet]*. 2007 nov [cité 2011 oct 23];3(9).
23. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Les patients ayant des symptômes physiques inexpliqués insistent-ils pour avoir un traitement spécifique? Étude qualitative. *BMJ*. 2004;(328):1057-61.
24. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003 août;78(8):802-9.
25. Clément C(19. .-, Colombat P. L'enseignement de la communication dans la relation médecin-patient [Thèse d'exercice]. 2000.
26. Bioy A, Maquet A. Se former à la relation d'aide: concepts, méthodes, applications. Paris: Dunod; 2007.
27. Salomé J. Relation d'aide et formation à l'entretien. Éd. ent. rev. et augm. Presses Universitaires du Septentrion; 2003.
28. Féret G. La programmation neurolinguistique: un outil pour la communication et la relation d'aide en médecine générale [Thèse]. 1996.
29. Cardon A, Lenhardt V, Nicolas P. L'analyse transactionnelle. Eyrolles. 2005.
30. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. 2e éd. Armand Colin; 2010.
31. Cohidon C, Duchet N, Cao M, Benmebarek M, Sibert-Blanc D, Demogeot C, et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. *Santé Publique*. 1999;11(3):357-62.
32. Lelord F, André C, Légeron P. Chers patients... Petit traité de communication à l'usage des médecins [Internet]. *Le Quotidien du Médecin*; 1996 [cité 2011 mai 30].
33. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. Building physician resilience. *Canadian Family Physician*. 2008 mai 1;54(5):722 -729.
34. Wiskin CMD, Allan TF, Skelton JR. Gender as a variable in the assessment of final year degree-level communication skills. *Medical Education*. 2004;38:129-37.

ANNEXES

ANNEXE 1

LE GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE DE L'ENTREVUE

DÉBUTER L'ENTREVUE

Établir le premier contact

1. Le médecin *salue* le patient et obtient son nom.
2. *Se présente* et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire.
3. *Montre du respect* et de l'intérêt; voit au confort physique du patient.

Identifier la (les) raison(s) de consultation

4. *Identifie*, par une question d'ouverture appropriée, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (p.ex., « Quels problèmes vous amènent aujourd'hui? » ou « De quoi souhaiteriez-vous discuter aujourd'hui? » ou encore « Quels points aimeriez-vous voir résolus aujourd'hui? »)
5. *Écoute* attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou influencer ses réponses.
6. *Confirme la liste initiale des raisons de consultation* et vérifie s'il y a d'autres problèmes (p. ex., « Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui? »)
7. *Fixe le programme de la rencontre avec l'accord du patient* en tenant compte à la fois de ses besoins et des priorités cliniques.

RECUEILLIR L'INFORMATION

Exploration des problèmes du patient

8. *Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s)*, du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte maintenant).
9. *Utilise la technique des questions ouvertes et fermées*, en passant de façon appropriée des questions ouvertes aux questions fermées.
10. *Écoute* attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou de poursuivre, s'il a fait une pause.
11. *Facilite*, verbalement ou non, les réponses du patient (p.ex., mots d'encouragement, silence, paraphrase, interprétation).
12. *Relève les indices verbaux et non verbaux* (langage corporel, discours, expression faciale, émotion); *offre son interprétation* au patient et *vérifie si le patient est d'accord*.
13. *Clarifie* les propos du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de précisions (p.ex., « Pouvez-vous expliquer ce que vous voulez-dire par "avoir la tête qui tourne"? »)
14. *De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit* pour valider la compréhension qu'il en a ; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des renseignements supplémentaires.
15. *Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre*; évite le jargon médical ou, du moins, donne les explications qui s'imposent.
16. *Établit la séquence temporelle* des événements dès le début.

Habilités supplémentaires pour comprendre la perspective du patient

17. *Détermine activement et explore adéquatement* :
 - les *idées* du patient (p.ex., ses croyances sur les causes);
 - ses *préoccupations* (c.-à-d., ses craintes) à l'égard de chacun des problèmes;
 - ses *attentes* (c.-à-d., ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème;

- les *impacts* : comment chaque problème affecte sa vie.

18. *Encourage le patient à exprimer ses émotions.*

STRUCTURER L'ENTREVUE

Rendre explicite l'organisation de l'entrevue

19. *Fait un résumé*, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape.
20. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue *en annonçant verbalement les transitions*; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section.

Prêter attention au déroulement de l'entrevue

21. Structure l'entrevue *selon une séquence logique*.
22. Est attentif *au temps disponible* et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir.

CONSTRUIRE LA RELATION

Utiliser un comportement non verbal approprié

23. *Affiche un comportement non verbal approprié* :
- Contact visuel, expression faciale
 - Maintien corporel, position et mouvement
 - Indices vocaux, p.ex., débit, volume, tonalité
24. S'il lit, rédige des *notes* ou utilise l'ordinateur, le fait *d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation*.
25. *Affiche* une confiance appropriée.

DÉVELOPPER UNE RELATION

26. *Accueille* les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge.
27. *Utilise l'empathie* : reconnaît ouvertement les *points de vue et émotions* du patient et *utilise le reflet* pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile.
28. *Offre un appui* : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées « d'auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat.
29. *Agit avec délicatesse* lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique.

Associer le patient à la démarche clinique

30. *Partage ses réflexions cliniques* avec le patient pour l'encourager à participer (p.ex., « Ce que je pense maintenant, c'est... »)
31. *Explique le motif* de certaines questions ou parties de l'examen physique pouvant ne pas sembler logiques.
32. Durant *l'examen physique*, explique le déroulement, demande la permission.

EXPLIQUER ET PLANIFIER

Fournir la bonne dose et le bon type d'information

33. *Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient*; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications.
34. *Évalue les connaissances du patient* : avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir.
35. Demande au patient *quels autres renseignements seraient utiles* (p.ex., l'étiologie, le pronostic)
36. *Donne des explications à des moments appropriés* : évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de rassurer prématurément.

Aide le patient à retenir et comprendre les renseignements

37. *Organise les explications* : divise l'information en parties logiquement organisées.
38. *Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème* (p.ex., « Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement ... » « Passons maintenant à ... »)
39. *Utilise la répétition et les résumés* pour renforcer l'information.
40. *Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient*, évite le jargon médical ou du moins l'explique.
41. *Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information* : diagrammes, modèles, information et directives écrites.
42. *Vérifie la compréhension du patient* à l'égard des renseignements fournis (ou des plans élaborés) : p. ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; apporte des éclaircissements au besoin.

Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du client

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

Planifier : Arriver à une prise de décision partagée

47. *Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié* : idées, processus de pensée et dilemmes.
48. *Implique le patient* :
 - propose des suggestions et des choix au lieu d'émettre des directives;
 - encourage le patient à émettre ses propres idées ou ses suggestions.
49. *Explore les diverses options d'action.*
50. *S'assure du niveau d'implication souhaité* par le patient dans les décisions à prendre.
51. *Discute d'un plan mutuellement acceptable* :
 - signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles;
 - détermine les préférences du patient.
52. *Vérifie avec le patient* :
 - s'il est d'accord avec le plan;
 - si on a répondu à ses préoccupations.

TERMINER L'ENTREVUE

Planifier les prochaines étapes

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

Préparer la fin de l'entrevue

55. *Résume la session* brièvement et clarifie le plan de soins.

56. *Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan proposé et demande s'il a des corrections, des questions ou d'autres points à discuter.*

EXPLICATION ET PLANIFICATION (NOTAMMENT SUR LE PROCESSUS ET LE CONTENU)

SI vous discutez des investigations et des procédures

57. *Fournit des informations claires sur les procédures, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats.*
58. *Fait le lien entre les procédures et le plan de traitement : importance, raisons.*
59. *Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles.*

SI vous discutez à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification

60. *Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes.*
61. *Révèle les raisons supportant les opinions exprimées.*
62. *Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et à long terme.*
63. *Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises.*

SI vous négociez conjointement un plan d'action

64. *Discute des options, p.ex., aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non pharmacologiques (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives).*
65. *Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts : les étapes en jeu, le fonctionnement, les avantages, les effets secondaires possibles.*
66. *Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les avantages perçus, les obstacles, sa motivation.*
67. *Reconnaît le point de vue du patient, plaide des points de vue alternatifs au besoin.*
68. *Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité.*
69. *Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient.*
70. *Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome.*
71. *Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles.*

ANNEXE 2

La grille d'entretien

Au téléphone ;

Bonjour, je m'appelle Pauline Péjot, je termine mon internat en médecine générale et j'effectue un travail de recherche pour ma thèse ; ce dernier concerne le ressenti des médecins face aux consultations de patients en souffrance psychique, et ce que vous pensez de la place et de l'intérêt des techniques de communication dans ces cas de figure. Accepteriez vous que je vienne vous rencontrer afin de m'entretenir avec vous à ce sujet ? Cela prendrait 30 minutes de votre temps environ.

Au cabinet ;

Bonjour, merci d'accepter cet entretien. Je suis donc Pauline Péjot, j'effectue un travail de recherche pour ma thèse sur l'apport des techniques de communication dans les consultations motivées par la souffrance psychique du patient. Je souhaiterais dans un premier temps explorer votre ressenti face à ce type de consultation, pour évaluer ensuite l'intérêt que vous accordez aux techniques de communication dans ce cas de figure. Si vous n'y voyez pas d'inconvénient notre entretien sera enregistré, et les données seront par la suite utilisées de manière anonyme ;

- ✧ Êtes vous amené à voir en consultation des patients en souffrance psychologique ?
 - À quelle fréquence ?
- ✧ Pensez vous qu'il appartienne au généraliste de prendre en charge cette souffrance ?
 - Quelles sont les caractéristiques du médecin généralistes faisant cette aptitude ?
- ✧ Auriez-vous une situation concrète de consultation à me raconter ?
 - Orienter la description sur l'entretien, les échanges entre le patient et le médecin
 - Identifier les outils ou techniques éventuellement utilisées
 - Analyser les stratégies d'aide mises en place
- ✧ Vous arrive-t-il de ressentir des difficultés lors de ce type de consultation?
 - Gestion du temps?
 - Gestion de l'investissement personnel?
- ✧ Quels seraient pour vous les critères de réussite de telles consultations?
- ✧ Que pensez-vous de la place des techniques de communication dans ce cas de figure ?
 - Pourriez vous me citer quelques outils de communication que vous utilisez?
 - Vous arrive-t-il de prêter attention à votre mode de communication non verbal ?
 - Aborder la formation du médecin
- ✧ En quels points pensez vous que ces techniques pourraient vous être utiles ?
- ✧ D'après vous, une formation complémentaire en communication pourrait-elle vous aider à améliorer la gestion de ces consultations ?

ANNEXE 3

Exemple d'entretien : Médecin n°7

- Tout d'abord, simplement est-ce que vous êtes amené à voir en consultation des patients en souffrance psychologique ?

- Euh oui, oui oui bien sûr, c'est.... c'est un motif de consultation... on pourrait dire que c'est pas un motif c'est une conclusion de consultation fréquente, la souffrance psychologique les gens viennent pas en disant « je suis en souffrance psychologique » donc.... mais on pourrait dire oui, pour répondre à votre question oui on est amené à en voir et... de manière relativement fréquente en médecine générale je crois que c'est inévitable !

- Alors justement ça m'amène à ma seconde question ; est-ce que de votre point de vue il appartient au médecin généraliste de prendre en charge cette souffrance ?

- De prendre en charge cette souffrance.. ? Ben à partir du moment où elle a une influence sur la santé, ça relève de la médecine en tout cas, et... à partir du moment où le médecin de premier recours c'est le médecin généraliste, je pense que ça relève du médecin généraliste, en tous cas ça fait partie de nos attributions. Le méconnaître ce serait méconnaître une grande partie de la pathologie non grave, non mortelle évidemment, du quotidien mais qui néanmoins est de la pathologie puisqu'elle entraîne ensuite des, enfin un mal être, un handicap, qui est donc vécu de manière très négative par le patient et peut avoir une influence sur sa qualité de vie, donc c'est aussi la définition ça d'un problème de santé quel qu'il soit.

- Est-ce que par hasard vous auriez en tête une situation concrète de consultation à me raconter ?

- Une situation concrète de consultation à vous raconter ? oui, oui une consultation très simple, une jeune qui est venue me voir voilà quinze jours à peu près, que je n'avais pas vue depuis un an, plus d'un an, une bonne année, une nana une trentaine d'année qui... qui travaille dans la restauration, qui est très courageuse, qui s'est... qui vivait en couple il y a encore un an avec un bonhomme qui la tapait, donc c'était pas évident, elle a pris les devants pour se séparer, enfin elle a assumé ça toute seule, et ses deux filles, et... là elle est revenue me voir après un an parce que pendant un an donc.... avec cette situation qui était difficile on a fait un travail à un moment donné il y a un an, les choses allaient mieux elle a rebondi pour trouver du travail elle s'est bien battue pendant un an pour qu'au niveau du boulot ça se passe bien et donc pas besoin d'aller voir le médecin, elle est revenue il y a quinze jours parce que.... au niveau de son travail il y avait des... des conflits, enfin des relations conflictuelles avec certaines personnes dans le travail, ça la pesait beaucoup parce que c'était des relations à titre on va dire... de type attouchements... ou... voilà, y'avait des choses un petit peu pas nettes, donc.... on va dire maintenant mère célibataire si on peut dire... ses deux filles, bon mais elle en sortait pas elle voulait plus retourner au travail elle a donné sa démission mais dans le même temps elle a fait

des pieds et des mains comme elle était connue dans le milieu de la restauration pour pouvoir travailler ailleurs donc elle a d'ores et déjà retrouvé quelque chose très vite, parce qu'on sait que c'est quelqu'un qui bosse beaucoup, donc elle a bien rebondi, mais bon je l'ai vue à ce moment là pour assurer un petit peu la... la... on va dire la charnière si on peut dire, entre... entre ces deux moments de sa vie.... elle était pas malade, c'est voilà typiquement une souffrance purement psychologique, la personne je la vois pas pendant un an, et là elle vient vraiment parce qu'elle avait besoin, elle l'a dit elle-même elle a dit à la fin de la consultation c'est à ça que je veux venir « rien qu'à avoir discuté », bon évidemment ça dure plus longtemps, euh avoir cerné un petit peu le problème et essayer de voir comment elle toute seule elle gère ça, comment elle voit ça, comment elle voit l'avenir enfin.... échanger, discuter, après la consultation elle se sentait déjà mieux elle avait les idées plus claires. Donc, j'ai mis un traitement en place je l'ai revue... c'était y'a quinze jours je vous ai dit ? Non y'a quinze jours c'était déjà le moment où je la revoyais, donc ça remonte à un peu plus loin, parce que je l'avais revue il y a quinze jours pour évaluer si le traitement lui correspondait, ce qui était le cas, donc là il est prévu qu'on la revoie que mi-janvier maintenant, donc.. on a prévu de se voir deux trois fois, et donc.... et c'est là qu'elle m'a dit la semaine dernière qu'elle avait retrouvé un travail, qu'elle rebondissait et que le simple fait d'avoir évoqué tout ça ben ça allait qu'elle comptait pas se laisser abattre et.... voilà. Physiquement ça va, voilà une personne qui ne consulte pas sinon pour... qui ne s'écoute pas, voilà. Mais par contre elle est venue parce que vraiment... après le côté où elle se faisait taper par son bonhomme.... au niveau du travail ça allait bien sauf que voilà y'a eu des nouvelles embauches y'a eu des petits jeunes qui ont été embauchés et qui ont commencé à... au lieu de travailler à tout mélanger quoi.... et ça par contre compte tenu de son vécu je pense que effectivement c'était quand même des sujets un peu sensibles, elle a refusé à juste titre donc elle voulait qu'on parle par rapport à ça, si elle avait eu raison, si elle avait pris les bonnes décisions, mais qu'elle pouvait pas accepter ça, j'ai dit « ben oui, bien sûr, vous avez raison », dans la mesure où l'employeur, lui, fermait les yeux là dessus en disant « oh, tu sais » l'air de dire « oui, mais tu sais... », l'attitude un peu machiste voilà par rapport à elle, donc voilà, on a creusé un petit peu tout ça on en a parlé, je lui ai expliqué que c'était pas normal, et que bon elle était... voilà, c'est ce qu'elle voulait un petit peu entendre aussi... bon, voilà, j'ai pas fait le psy à proprement parler parce que, même si on a des rudiments, vous savez bien de psychologie de psychiatrie au niveau de... de nos études c'est pas les quelques heures pour le certificat qui... après, je dirais qu'il faut le développer quand on est en médecine générale il faut savoir passer du temps, elle n'était pas malade cette personne au sens strict du terme, au sens infectieux du terme, néanmoins elle était en souffrance, et donc vraiment à la fin la semaine dernière son discours ça a été « ah ben vraiment d'avoir évoqué tout ça ça va mieux » elle rebondit... c'est bien, objectif atteint.

- Est-ce que c'est quelque chose qu'au début de la consultation elle a spontanément exprimé ? Est-ce qu'elle a dit qu'elle venait vous voir parce qu'elle était pas bien ?

- Dans ce cas précis oui, globalement oui. D'abord elle s'est expliquée, « pourquoi je vous ai pas vu depuis un an... voilà ma situation vous savez ce qu'il en était voilà ce qui s'est passé depuis, et voilà la situation actuellement mais je gère comme je peux mais là j'en peux plus.... donc je savais vu qu'on avait géré déjà l'ancienne situation qui était déjà un peu scabreuse, qu'on pouvait... que je pouvais en parler avec vous », voilà, ses mots ça a été ça, que je pouvais en parler avec vous et qu'elle espérait qu'on puisse échanger là dessus, donc c'est parti assez vite sur ce terrain là, voilà dans son cas à elle c'était clair, elle a pas tourné autour du pot.

- Est-ce que vous pouvez me décrire un petit peu comment ça s'est passé, l'entretien ? Est-ce que... qu'est-ce que vous avez fait... vous me disiez tout à l'heure vous avez essayé de creuser un petit peu la situation avec elle, y'avait une demande, peut-être de conseil de sa part aussi d'après ce que j'ai pu comprendre, ou... une quête d'approbation par rapport à sa vision de la situation ?

- Oui, ben cette personne elle a souci avec les hommes, visiblement, parce que ... dans son expérience avec les hommes c'est jamais très heureux, donc elle avait besoin d'entendre aussi de la bouche d'un homme qu'il y avait d'autres façons de faire et qu'effectivement certaines situations n'étaient pas normales, et que après elle avait donc à juste titres raison de ne pas accepter, ça c'était la base. Ensuite c'est elle qui, forte de ces explications a eu suffisamment de ressource pour dire « bon ben moi ça me va pas, je vais pas... j'ai essayé d'en parler à mon employeur il minimise la situation, donc je vais pas faire les choses en mettant mon préavis en disant voilà, non je m'en fous, j'arrête, mais je suis connue dans le milieu » elle sait, elle connaît sa valeur au travail, et... elle dit « j'ai commencé, je vais postuler je vais... » ça s'est très vite bien passé. Donc voilà après effectivement c'était un échange, ben comment ça se passe elle a raconté un petit peu ce qui s'était passé, là on a affaire à quelqu'un qui est très dans le dialogue donc c'était parfait. Il faut que la personne accepte de communiquer pour qu'on puisse faire quelque chose mais en général comment ça se passe, là moi je parle, comme le moulin à parole, mais, normalement quand on est en consultation je ne dis pas un mot, j'écoute, et j'oriente uniquement sur quelques points qui me paraissent sensibles, ce que je vous livre ça ce sont les conclusions parce que c'est un entretien et qu'il faut parler, mais sinon... si je m'aperçois que je commence à parler... si je me rends compte que c'est que moi qui parle comme maintenant, et que là imaginons vous êtes une patiente et on est en pleine consultation, je suis pas certain que la consult elle débouche sur grand chose parce que vous.... bon, là vous êtes là pour m'écouter c'est très bien, mais... oui si on inversait que vous vouliez m'interviewer mais que vous n'arrêtiez pas de parler de ci de là et que moi je donne deux trois trucs... voilà ce serait pareil, donc en fait comment ça se passe ben d'abord je dirai qu'il y a une... faut être capable d'écouter, faut être capable de se taire, faut être capable d'écouter, et faut être capable ensuite de faire une écoute active c'est à dire de rebondir sur quelques petits points qu'on a entendu qu'on a captés pour pouvoir les faire préciser. Mais parler le moins possible je dirais, après la personne si elle demande vraiment.... voilà, après savoir donner un conseil... ou le solliciter quand on juge que

c'est opportun, une fois qu'on a... le conseil finalement c'est une conclusion, c'est assimilable à une ordonnance pour moi. Donc voilà, ce type d'entretien je pense se passe comme ça, pour aboutir à ce résultat là, en tous cas, il faut être capable d'écouter, voilà. Écouter ça prend du temps, donc c'est pas toujours évident...

- et alors justement, cette gestion du temps, alors peut-être pas avec cette consultation que vous avez citée mais si vous avez d'autres idées en tête, comment vous le gérez ça quand vous savez que vous êtes justement dans une consultation... qui va vous prendre du temps, je pense que vous avez beaucoup de travail, donc comment vous faites, pour gérer ça avec vos patients ?

- Pour gérer le temps... les consults médicales pures sont des consults faciles, courtes, reposantes je dirais (sourire)... c'est à dire les gens qui viennent parce qu'ils sont malades ils ont un truc bien précis, ça c'est facile on a été formé à ça pendant des années, on sait identifier le problème on sait quel médicament il faut donner, les gens sont pas forcément dans le discours par rapport à tout ça, ou éventuellement c'est les discours extra-médicaux, « et au fait ça va ? » voilà, voilà et bon... on gagne beaucoup de temps sur ces consultations là... on peut l'employer aussi à faire un peu de prévention, ça c'est ce que j'essaie de faire, donc ça c'est plutôt sympa, quand y'a des consults rapides on parle un petit peu d'autre chose mais rapport à la prévention, c'est le moment de regarder si y'a eu un bilan sanguin de fait ou pas, c'est le moment de regarder... donc on peut aussi employer ce temps quand la consult entre guillemets est trop courte... voilà, on peut aussi s'en servir pour rattraper le temps de consults plus longues, ou dont on sait qu'elle seront plus longues, soit parce qu'on connaît les personnes qui viennent nous voir on sait que c'est des gens qui sont long, parce qu'ils ont du mal à formuler leur problèmes, leur idées, on connaît nos patients, soit parce que c'est quelqu'un connaît pas trop on sait pas trop pourquoi il vient donc on prévoit qu'il y aura peut-être des choses à... creuser un peu. Donc on peut gagner du temps je dirais en fonction du type de consultation, ensuite sur les consultations à visée plus psychologique, puisque le thème c'est la souffrance morale donc à visée plus psychologique, ben oui faut savoir gérer le temps...

- alors comment vous vous y prenez pour ça avec vos patients ?

- Pour gérer le temps ben... la meilleure façon de faire c'est donc d'écouter beaucoup pour avoir le plus d'informations possible et pouvoir assez rapidement proposer une première ébauche de solution, et dire au patient voilà on commence comme ça, vous essayez ça, on a commencé à aborder le problème, et je vous revois dans quinze jours pour faire le point. Du moment que la personne elle a été écoutée, qu'elle a pu exprimer ce qu'elle a envie d'exprimer le jour où elle est venue, ça pose aucun problème. Si la personne on la coupe pendant qu'elle est en train de parler, ça n'ira jamais.

- Le fait de planifier aussi, de donner des échéances ? Ça rend plus facile aussi le fait de... d'interrompre la consultation présente ?

- Oui, elle n'est pas interrompue, moi le truc c'est que je laisse les gens parler... après comme je

vous ai dit c'est à moi de rebondir sur certains points. Donc je rebondis si je juge que c'est opportun de rebondir, parfois... je m'aperçois qu'en terme de temps ça va être juste parce que... bon ben cette consult est importante mais celle d'après l'est aussi, et les gens ont pris rendez-vous est chacun est important, à sa manière, et on ne peut pas non plus méconnaître ça donc... je suis aussi capable dans ces cas là de ne pas forcément rebondir tout de suite, d'apporter plus une conclusion à ce que je viens d'entendre, en expliquant que de toute façon c'est pas forcément en une fois qu'on va tout comprendre, mais en plusieurs fois, et que de toute façon ça nécessite de réentendre et de rediscuter et de.. voilà. Et je pense que les patients de toute façon c'est ce qu'ils veulent, j'ai jamais entendu personne râler parce que je le faisais revenir, au contraire, de toute façon sur les consultations à visée psychologiques il faut un suivi dans le temps, donc ça c'est important... donc pour la gestion du temps ce serait ça, ça peut arriver que je laisse la personne s'exprimer quand... parce que vraiment c'est du coup par coup dans ce domaine, si on touche à quelque chose de vraiment grave... vaut mieux laisser la personne s'exprimer, ou des fois y'a des situations qui nécessitent d'avancer dans la situation le jour même on peut pas remettre à... à dans quinze jours. Donc parfois pour que le travail soit efficace on est obligé de faire une consultation plus longue, bon ben ça peut arriver... je crois qu'il faut être détendu par rapport à ça. Si on commence à se mettre nous médecins des... il faut bien sûr mettre des rendez-vous pour que les gens il y ait un ordre de passage mais après il suffit d'expliquer aux gens pour que effectivement... enfin moi je sais que ça ne me dérange pas qu'il y ait du retard du moment que je sais pourquoi j'ai du retard. Puis les gens le voient, puisqu'ils viennent après en consultation avec moi. Du moment que je ne me suis pas dit « à 19h il faut que je soit à tel endroit à Bordeaux », c'est là qu'il y a du stress. Du moment qu'on se dit « je suis là pour faire mon travail et puis après quand j'y suis plus j'y suis plus mais tant que j'y suis j'y suis », on travaille de manière beaucoup plus détendue, faut pas non plus que nous même on se mette des contraintes horaires qui vont nous faire stresser parce qu'on est en retard. Et le stress il vient surtout de... si on est stressé c'est parce qu'on se dit qu'à telle heure on devrait être parti (rire) ! Donc si on se dit pas qu'à telle heure on doit être parti, à partir de là tout va très bien, évidemment ça veut pas dire qu'il faut consulter jusqu'à minuit, c'est vrai que moi passé une certaine heure je donne plus de rendez-vous, sauf urgence mais voilà, les urgences elles sont rares, donc... ça passe très bien quoi, voilà. Et d'ailleurs qu'on parle du temps qui passe (rire, regarde sa montre)... on va encore discuter un peu mais je m'aperçois que l'heure passe! Les premiers sont déjà en salle d'attente !

- Alors je vais avancer un petit peu... alors est-ce que vous auriez d'autres... en dehors de cette gestion du temps, des difficultés que vous rencontrez lors de ce type de consultation ?

- Des difficultés lors de type de consultation ? Ben... on peut pas cerner en une fois effectivement donc ce sera pas en une... sur le plan thérapeutique c'est pas sur une fois qu'on va pouvoir... être persuadé qu'on aura fait ce qu'il fallait. Donc faut revoir la personne parfois, il faut aussi

accepter qu'on est pas le mieux placé pour pouvoir parler à la personne et savoir aussi orienter, ou donner des conseils en disant vous savez, peut-être que vous... même si la personne se sent à l'aise dans l'entretien d'ailleurs après quand elle revient elle le dit, en général, qu'elle se sent à l'aise ou qu'elle se sent pas à l'aise, en général les gens qui viennent vous connaissent donc... savoir aussi expliquer qu'à un moment donné, les compétences du Dr C. elles s'arrêtent à ce qu'il sait faire et que il faudra peut-être un soutien par un spécialiste et à ce moment là, donner des noms, l'évoquer, voilà. Donc ça je les mets à l'aise par rapport à ça, je... parce qu'il y a pas forcément de demande systématique de prise en charge, je pense qu'il va y avoir une demande si... enfin ça dépend du praticien, si les patients savent que le docteur c'est pas un docteur qui est communicant ils ont peut-être plus rapidement dire « je vais pas bien est-ce que je pourrais aller voir quelqu'un ? », sinon ils vont communiquer mais en tant que praticien il faut aussi que je connaisse mes limites donc... à un moment donné il faut aussi savoir... savoir orienter le patient vers un psychologue, un psychiatre, enfin quelqu'un dont c'est le métier et qui pourra faire si nécessaire un travail plus en fond, si je pense qu'y a un besoin de faire un travail plus profond à ce moment là oui, je... j'oriente.

- Est-ce que vous auriez... est-ce que vous utilisez certains outils de communication ? Vous m'avez parlé tout à l'heure de l'écoute active, ça c'est quelque chose que tout le monde ne connaît pas forcément donc est-ce qu'il y a d'autres outils, d'autres clés un peu techniques que vous auriez en tête, que vous utilisez en consultation ?

- oh je dois en utiliser sans connaître forcément les noms (rire) !

- Alors voilà, est-ce qu'il y a des moments où vous vous dites « tiens là je vais peut-être pouvoir utiliser cette formulation » ou...

- oui bien sûr, j'utilise ce genre d'outils, les techniques de communication, la communication ça s'apprend. Ça peut être orienté pour avoir un bien précis, comme les techniques commerciales, voilà, ça peut être utilisé à bon escient pour... on en a rien à foutre nous qu'il aille d'un côté ou de l'autre, donc... la communication c'est une technique, on le développe, ou on se forme, ou les deux, mais dans nos métier on peut le développer un peu en tous cas je pense si on s'y intéresse un peu, et après ben quand on s'y intéresse un peu et qu'on voit qu'il existe des outils on peut essayer de les mettre en pratique, un minimum. En tous cas la profession de médecin généraliste s'y prête quand même assez bien, hein. Donc après, vous donner vraiment les noms, je saurai pas trop.... pas trop vous dire exactement.. comment ça s'appelle ou...

- c'est pas évident, en général, à froid oui...

- ... mais... faut savoir jouer sur les.. je dirais sur les... en fonction de la présentation qu'a le patient ; s'il est énervé s'il est pas énervé, s'il est.... content de la prise en charge, pas content, faut savoir jouer sur... ce côté un petit peu exagération, savoir volontairement provoquer aussi pour pouvoir avoir une réaction mais provoquer sans piquer enfin y'a tout un... (sourire) bon, mais ça ce sont des... faut pas tomber dans la manipulation on n'est pas dans le commerce, pour moi c'est de la manipulation, mais faut l'utiliser pour déclencher quelque chose... voilà, savoir se

remettre en question si le patient est... est vraiment sur la défensive, dans le contrôle bon ben faut savoir contourner l'obstacle, contourner les... on va dire les barrières, si je puis dire ; bon y'a des méthodes pour ça ça se fait pas toujours en une fois, et... faut pas perdre de vue qu'on essaie, et que c'est un challenge, la personne vient consulter, si on y arrive pas, faut qu'on essaye, d'une manière ou d'une autre, ça sert à rien de se braquer enfin on est pas là pour ça, on s'en fout de se braquer envers le patient c'est pas... l'idée c'est d'aboutir à quelque chose. Bon après si.... faut connaître ses propres limites, même sans connaître les techniques ou voilà, si on sent que on peut pas faire plus parce que... il nous sort par les yeux celui là (rire), bon ben, savoir au moins garder la tête froide pour dire bon ben là il faut vraiment voir quelqu'un qui... qui sera... qui saura mieux vous aider parce que... là... (rire)

- d'accord, juste rapidement pour, avant de terminer, est-ce que vous pouvez me parler un petit peu de votre communication non verbale ?

- Ma communication non verbale...

- oui, est-ce que c'est quelque chose auquel vous prêtez attention ?

- ... moi ce que je vois par rapport aux patients ? Ou eux ce qu'ils voient ? Parce que moi je sais pas du tout ce que je fais passer, je me suis jamais posé la question, donc j'en sais rien, je me vois... j'imagine qu'il y en a, ça existe oui la communication non verbale, tout à fait... après...

- est-ce que... je sais pas est-ce que vous êtes vigilant, est-ce que vous avez fait attention j'imagine à la disposition de votre bureau, à votre position face au patient... et à l'inverse est-ce que vous prêtez attention à la présentation de votre patient ?

- Oui, tout est étudié (rire), parce que c'est intéressant, on ne peut pas... on peut pas accueillir quelqu'un dans un endroit pour le soigner et pour échanger si l'endroit... déjà faut s'y sentir à l'aise, faut que ce soit une extension de nous-même, faut pas que ce soit juste un lieu lambda, on peut le faire, mais finalement par rapport au généraliste, je parle, le généraliste n'est pas qu'un technicien, donc il est... le cabinet est également un outil je pense, il renvoie quelque chose, que le patient s'y sente à l'aise, il s'y sentira à l'aise si le... enfin, c'est un petit peu le reflet, si on a un cabinet qui est vraiment pourri, je sais pas moi je rentre dans un endroit qui est pourri, je sais pas tout de suite on a... même si le monsieur ou a la dame il est super sympa, super joli que sais-je enfin voilà, et ben... ça cloche quoi, ça fait un peu je m'en fous quoi, alors ça peut dire aussi je me détache du matériel on peut pousser quoi...

- donc ça c'est quelque chose auquel vous êtes vigilant. Et par exemple le fait que vous portiez une blouse ? Ça c'est quelque chose... tous les généralistes le font pas... vous cherchez à faire passer un message ?

- Je cherche à faire passer un message... je cherche à faire passer un message, c'est plutôt à moi qu'on a fait passer un message ! Parce que quand on renvoie, quand après on... comment dire on... on se fait tousser dessus, on se fait vomir dessus, on se prend des éclaboussures de choses et d'autres, et ça... ça passe très mal après à la maison (rire) et... faut faire des machines à part après et tout et ça c'est... voilà... c'est plus un côté....

- c'est vraiment le côté pratique ?

- Non y'a ça mais y'a... c'est tout bête comme remarque mais ça tombe sous le sens en fait, y'a un côté hygiénique de base, au moins voilà. Est-ce qu'après la blouse, c'est pour montrer, est-ce qu'y avait un message, un message on va dire qui était plus de montrer le côté je suis le médecin etc... non, moi à la base la blouse c'est vraiment pour le côté, j'ai pas envie de rentrer chez moi avec... sur moi les vêtements sur lesquels on a... j'ai été en contact avec tous les... tous les miasmes de la journée... voilà. Ça c'est la blouse, et elle reste ici, elle va à la laverie en face, et elle revient ici.

- Elle ne va pas à la maison

- ... oh si si, quand elle est propre (rire) elle peut y aller, mais après est-ce que... est-ce que ça a une influence par rapport au patient... probablement, alors ça peut être négatif ou positif, je pense, mais... mais moi c'est plus pour le côté... hygiénique, si... je suis beaucoup plus à l'aise sans blouse, à vrai dire... spontanément moi j'irai consulter comme ça sans blouse, voilà on est bien on est bien habillés on est à l'aise y'a un côté... je sais pas... oui, mais... un médecin généraliste il est amené un peu à toucher à tout, il voit de tout... la blouse c'est l'outil de travail on est là... je disais on n'est pas des techniciens mais on est aussi ça, donc la blouse c'est le bleu de travail du docteur. Donc c'est plus par rapport à ça, après est-ce que vraiment ça a une influence sur le patient, sûrement. Y'en a qui vont aimer y'en a qui vont pas aimer. Le patient il se fait des idées il a son... son côté fantasque aussi, moi je fais de l'acupuncture par exemple, ben... quand ils me voient, ils sont super étonnés certains s'imaginent que je suis bouddhiste, que je bouffe du riz, et qu'y a des dragons qui vont clignoter et que... voilà. Je leur dis faut arrêter on est pas ;... on est pas ambiance zen là, on est pas en face ! Les... c'est... un cabinet médical, voyez donc je leur dit, la médecine moderne c'est aussi l'acupuncture moderne, on est en 2011, et puis on est en France on est pas à Shangaï, donc... ah bon d'accord, et puis je leur explique voyez y'a pas besoin de... pour travailler on a pas besoin de chinoiseries pour faire de la médecine chinoise. Bon ben c'est pareil on pourrait dire pour le docteur, moi la blouse ici elle me... voilà c'est pas pour.. le but premier de la blouse c'était pas du tout pour faire... peut être j'ai pas compris pour donner un style ? Faire un peu style docteur en blouse, voilà, si je veux faire le style à la limite je prends la blouse je la laisse ouverte, ça fait plus... ça fait plus télé là, et voilà, ce qui ne sert à rien !

- On est d'accord

- ... voilà parce qu'une blouser fermée c'est pas particulièrement esthétique moi je trouve, après... voilà, non c'est vraiment plus le côté hygiénique et puis... puis c'est très bien parce que moi quand je me ballade à Leclerc les gens ils me disent « oh Docteur je vous avais pas reconnu sans votre blouse ! » « eh ben tant mieux !! » (rire)

- d'accord, une utilité non soupçonnée du port de la blouse

- oui, ça j'ai découvert

- ok

- ça va j'ai bien répondu ?

- Oui, juste pour conclure du coup est-ce que de votre point de vue la communication ça peut être un outil dans la relation d'aide ?

- L'écoute des problèmes du patient, donc l'interrogatoire ce qu'on nous apprend dans les bases c'est la base, on peut pas prétendre comprendre le patient si on ne l'écoute pas. Bien sûr qu'il y a des choses qui sont plus rapides, le patient il a des choses à dire donc, si on l'écoute mieux, ça me paraît évident. Après... de gérer.. voilà, souvent si il y a trop de monde si ça déborde c'est parce qu'à un moment donné aussi on s'est mis des limites, je dis pas qu'il faut ne pas en mettre, il faut savoir aussi pas se mettre soi-même de... pas se compliquer sa journée de travail, on est là pour travailler, on travaille, voilà. Bon par contre y'a un jour le mercredi j'y suis pas, j'y suis pas. J'y suis pas c'est même pas la peine d'essayer de m'appeler, on me trouvera pas (rire), voilà. Donc, ouais non la communication c'est important, c'est la base. On connaît mieux les gens et.. et puis quand il savent, quand elles savent les personnes qu'elles peuvent s'exprimer, ça veut pas dire qu'à chaque fois elles vont s'exprimer. Si tout va bien... si y'a besoin de dire des choses elles vont dire des choses, et puis des fois ça peut aller beaucoup plus vite, voilà, parce qu'elles sont pressées, parce que ça va globalement, le tout c'est de pouvoir, enfin je pense que le rôle du médecin enfin mon rôle en tous cas, c'est de pouvoir être attentif au moment où le patient a besoin qu'on le soit. Voilà, sinon on est que dans l'acte technique et l'acte technique pur, c'est pas... c'est pas non plus ça qu'on nous a enseigné d'ailleurs, à la fac.

- D'accord.

- Belle conclusion, ouais !

ANNEXE 4

Exemple de grille d'analyse : Médecin n°1

| | |
|---|--|
| Fréquence des consultations impliquant la relation d'aide | oui, de plus en plus |
| Place considérée du médecin généraliste dans sa gestion | en partie oui. Ça fait partie du boulot de toute façon |
| Caractéristiques du rôle du généraliste faisant son implication 1. dans le parcours de soin 2. du fait de sa relation avec les patients | 1. de toute façon on sera amenés à le faire de plus en plus puisqu'il n'y a plus de psys ! 2. le médecin qui connaît un petit peu l'histoire de la famille, souvent, qui... sert souvent de confident... et qui peut être à l'écoute moyennant aménagement du temps |
| Premier ressenti face à cette demande de soin | y'en a qui aiment ça y'en a qui aiment pas le faire |
| Gestion du déroulement la consultation | la personne se prés... enfin bon, s'installe, on fait le point pour voir comment ça va et puis... à ce moment là elle me raconte où elle en est de sa situation une conversation... presque de voisine à voisine (rire) je sais pas mais une conversation naturelle et les choses se font et on pose des questions, avec des questions quand même qu'on pose un peu au départ pour savoir un peu où on va je leur explique où ils en sont et je leur explique que s'ils ne règlent pas un certain nombre de choses, ça va leur bouffer le reste de leur vie on peut pas non plus... forcer les gens à... s'en sortent... enfin bon, s'ils arrivent à... à vivre quand même malgré leurs casseroles qui courent derrière (rire) ! après on voit, en fonction de ce qu'ils m'ont raconté, ou de ce que je connais un peu des antécédents.. chaque fois j'en remets une couche pour aller voir quelqu'un si je pense qu'ils ont besoin de voir un spécialiste |
| Ressenti du médecin, difficultés 1. cerner le problème | 1. y'a des gens qui bloquent, notamment les messieurs, qui sont beaucoup moins aptes à discuter... les gens qu'on sent en souffrance et qui n'ont pas envie, qui ne veulent pas en parler. |

| | |
|--|---|
| <p>2. obtenir l'entente réciproque</p> <p>3. sensation de manque de compétence</p> <p>4. avec le secteur psychiatrique</p> | <p>2. il y a des gens aussi qui ont du mal à entendre que... ils sont pas bien dans leur tête quoi. Ils luttent.</p> <p>c'est encore vécu comme un tabou, comme quelque chose de honteux, comme « je suis faible »</p> <p>3. un peu impressionnant d'ailleurs, on sait pas trop comment faire, et on attend un peu aussi, faut attendre un peu</p> <p>après les gens qui sont vraiment très très dépressifs, là ma petite parole va pas faire grand chose</p> <p>j'ai quand même des limites dans ma prise en charge, je ne suis pas psy</p> <p>4. plutôt les consultations libérales.... ils font pas tous le même métier,</p> <p>on a pas des délais de rendez-vous faciles parce qu'ils sont tous débordés</p> <p>De toute façon on peut pas faire autrement, y'a pas de psy qui prenne quelqu'un qu'il ne connaît pas en urgence, ça ça n'existe pas,</p> |
| <p>Gestion du temps</p> <p>1. au sein de la consultation</p> <p>2. au sein de la journée</p> | <p>1. quand il y a trop de monde derrière ils savent que bon, on peut pas non plus... parler pendant des heures et des heures</p> <p>freiner un peu les choses ? Ça peut arriver quand on tourne en rond, et que... on répète les mêmes choses et que... on avance pas plus de toutes façons et donc y'a un moment où... où je dis les choses, oui.</p> <p>je leur dis que j'ai du monde derrière hein de toute façon. Ils le savent.</p> <p>2. quand je sais, je bloque deux consults</p> |
| <p>Gestion de l'investissement personnel</p> | <p>Ça dépend de l'histoire qu'on m'a racontée. Si, ça peut l'être quelques fois et j'en parle en général avec mes associés. Ça m'arrive d'en parler avec mon mari aussi (rire), qui n'est pas médecin.</p> <p>Faut se protéger. Parce qu'on n'est pas formés généralistes par contre pour... pour suivre les gens, les accompagner de façon un peu profonde je pense</p> |
| <p>Programmation de la prise en charge</p> | <p>je leur dis « on va se revoir éventuellement, prenez</p> |

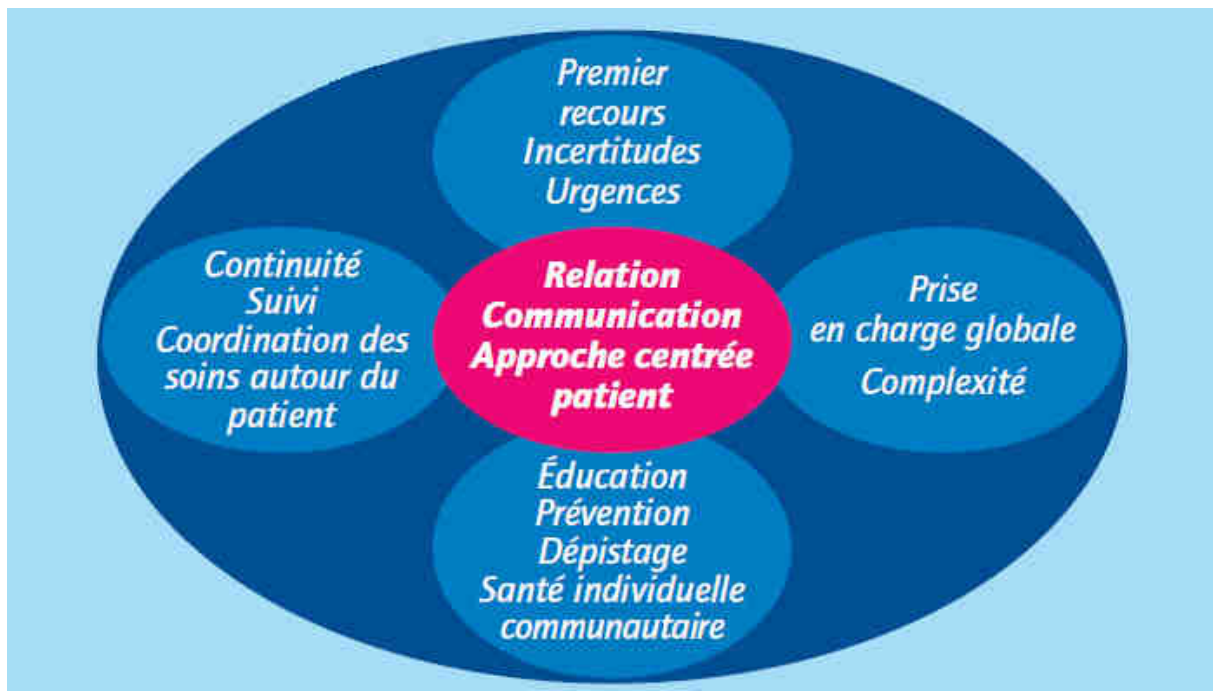
| | |
|---|--|
| | <p>rendez-vous, comme prévu »</p> <p>oui c'est mieux. Sans forcément fixer le rendez-vous tout de suite en sortant mais moi, je leur dit toujours surtout quand je mets en place certains traitements je leur dit « je vous revois dans dix, quinze jours, pour voir comment vous êtes, et avant si y'a besoin »</p> |
| <p>Techniques d'entretien</p> <p>1. questions ouvertes</p> <p>2. exploration du ressenti</p> <p>3. questions fermées</p> <p>4. autres</p> | <p>1. je lui demande où il en est dans son sommeil, l'alimentation, enfin les classiques, pour voir si on a un syndrome dépressif important ou pas</p> <p>ça rebondit c'est par rapport aux réponses ça dépend... « comment ça va ? » ou « comment vous dormez ? », « comment vous mangez ? » ou « comment ça va avec la famille ? » ou avec les autres intervenants, enfin si y'en a d'autres</p> <p>2. je les fais un petit peu parler sur ce qu'il font, ce qu'ils pensent, ce qu'ils ressentent etc</p> <p>j'oublie de leur demander comment ils envisagent l'avenir quand même</p> <p>3. « est-ce que vous sortez de chez vous ? »</p> <p>je pense notamment à poser la question « avez-vous des idées suicidaires ? » « avez-vous réfléchi au mode ? » etc « avez-vous tout préparé chez vous ? »</p> <p>souvent non je leur pose la question, à chaque fois oui c'est assez direct, si... ben si ils sont tristes, si ils pleurent, si ils sont... enfin les questions classiques</p> <p>d'abord bon ben qu'est-ce qui va pas, et.. enfin bon on creuse un peu pour savoir depuis quand, etc... qu'est-ce qui fait que c'est maintenant que ça va pas et que, voilà, pourquoi pas avant, pourquoi...</p> <p>je leur dis toujours que, peut-être qu'il y a des choses plus anciennes et qu'il faudrait un peu... nettoyer ! (rire) dépoussiérer</p> <p>à ce moment là on provoque la chose en leur disant « bon, crachez le morceau, videz vous »</p> <p>reposer éventuellement quelques questions voir si ça décoince un peu les choses</p> <p>j'utilise beaucoup l'humour, enfin quand on peut l'utiliser mais, en faisant quelque fois des comparaisons, des trucs, enfin bon, et... en</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>relativisant la situation</p> <p>quand je vois que les gens sont pas biens, ou je leur dis... « oh, y'a quelque chose qui va pas ? » ils rentrent et.... voilà, ou « racontez moi, qu'est-ce qui se passe, je vous sens pas comme d'habitude, y'a un truc »</p> <p>ce que j'explique aux patients aussi c'est leur maladie, quand je suis sûre de certains diagnostics... je leur explique comment ça va fonctionner, ce qui peut se passer</p> |
| Critères de qualité pour le médecin | <p>le fait que la personne accepte le fait d'être malade dans sa tête</p> <p>le fait qu'entre le début de la consult et la fin de la consult la personne ait un peu donc bougé, un peu... sente que... elle est pas toute seule</p> |
| Stratégies d'aide 1. entretien 2. traitement médicamenteux 3. orientation | <p>1. après on voit ce qu'on peut faire, ce que les gens veulent aussi ce qu'ils attendent, de... de la consult aussi, du soutien</p> <p>comme on les revoit après, on voit après dans la suite et ça permet de les rassurer aussi, en leur disant voyez que les choses évoluent</p> <p>il faut surtout je crois essayer de leur faire prendre conscience que c'est pas une tare</p> <p>2. je leur dis toujours par contre quand je dois leur donner des médicaments que ça ne résoudra rien, que ça ne servira que de béquille</p> <p>3. quand y'a des choses beaucoup plus compliquées ou plus anciennes qui n'ont pas été réglées et qui resurgissent à l'occasion... d'autres chose (sourire), à ce moment j'essaie de... de leur montrer l'intérêt d'un suivi spécialisé</p> <p>si y'a un suivi spécialisé moi je me recule et je... je fais éventuellement que la prescription de médicaments les choses comme ça et puis savoir comment ça va, comment ça évolue</p> |
| Communication non verbale 1. émise | <p>1. ça m'est arrivé de venir à côté, en général je suis pas comme je suis là hein, je suis plus penchée en avant, plus à l'écoute</p> <p>ça m'arrive de me reculer aussi, et.... j'écoute, je regarde, et je leur souris en général parce que... ils disent les choses, ils disent presque tout, enfin ils disent beaucoup de choses, et d'un sourire</p> |

| | |
|--|---|
| <p>2. perçue</p> | <p>complice ils ont vu que ils avaient dit des choses</p> <p>2. dans la façon de... la façon d'entrer la façon de repartir c'est pas toujours pareil</p> <p>ça peut être le regard aussi ça peut être les gestes, ça peut être... c'est un global hein la communication!</p> <p>y'a le visage et puis y'a l'attitude aussi de la personne c'est pareil hein, la personne qui va arriver... toute ratatinée et qui peut... je serais un peu présomptueuse en disant qu'après une seule consultation elle revient, elle repart la tête droite et haute ! Mais ça le fait par contre après, c'est très...</p> <p>la façon de se présenter... le... la façon de s'habiller, de se maquiller éventuellement ou pas, pour les femmes</p> <p>on voit à l'attitude, quand on ouvre la salle et qu'on voit la personne rentrer, on se dit « tiens il se passe quelque chose c'est pas comme d'habitude »</p> |
| <p>Sensibilité du médecin, formation</p> | <p>des formations de... vingt-quatre ou quarante-huit heures je sais plus... sur l'anxiété, sur la dépression, sur les troubles bipolaires enfin des choses comme ça, classiques en fait, pour permettre de poser justement les bonnes questions. Et après, on voit.</p> <p>Les formations ça aide et puis après on adapte ce qu'on apprend avec ce qu'on voit tous les jours</p> |

ANNEXE 5

La marguerite des compétences (Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire)



NOM : PÉJOT

PRÉNOM : PAULINE

Titre de Thèse :

La compétence en communication dans la relation d'aide :
ressenti et pratiques déclarées de médecins généralistes

RÉSUMÉ :

Les consultations de médecine générale sont le cadre privilégié de la relation médecin-patient. Celles qui impliquent la relation d'aide représentent une part importante dans la pratique des généralistes.

La communication est une des compétences du médecin. Elle trouve sa place dans toute consultation, et particulièrement celles où la thérapeutique passe par la parole et l'entretien, ce qui est le cas dans la relation d'aide.

Cette enquête qualitative a été réalisée auprès de 11 médecins généralistes de la région bordelaise, et un de Nantes.

Les entretiens semi-dirigés ont recueilli leur ressenti et leur expérience de la relation d'aide. Ils ont également permis d'analyser leurs pratiques, telles que les ont déclarées, concernant l'utilisation de la communication dans ce cadre.

Ces entretiens ont permis de voir un investissement unanime de la part des médecins dans la relation d'aide, et de mettre en lumière certaines difficultés ressenties.

La communication était mise en pratique de manière instinctive lors des consultations, mais parfois assez méconnue sur le plan théorique et stratégique.

MOTS-CLÉS :

médecine générale, relation médecin-patient, relation d'aide,
compétence, communication