

UNIVERSITÉ PARIS XI
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS-SUD

Année : 2019

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 19/06/2019

Par : Shouyu FU
Né le 20/12/1986 à Shanghai

TITRE :

**Étude qualitative sur les impacts d'une formation à l'écoute active
pour des médecins généralistes**

JURY :

Président de thèse : Professeur Jean-Louis TEBOUL
Directeurs de thèse : Docteur Pascale ARNOULD et Docteur François RAINERI
Autres membres du jury : Professeur Rissane OURABAH

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Louis TEBOUL

Merci de m'avoir fait l'honneur d'assurer la présidence de cette thèse.

À Madame le Docteur Pascale ARNOULD

Merci de m'avoir proposé ce sujet et guidé tout au long de son élaboration, vos conseils m'ont été précieux. Merci de m'avoir enseigné l'hypnose médicale.

À Monsieur le Professeur Associé François RAINERI

Merci de m'avoir proposé ce sujet et guidé tout au long de son élaboration. Merci de m'avoir enseigné l'écoute active et l'hypnose médicale.

A Monsieur le Professeur Rissane OURABAH

Merci de m'avoir fait l'honneur de faire partie du jury de cette thèse.

À Madame le Docteur Pernelle PINONCELY

Merci de m'avoir enseigné l'écoute active.

À Monsieur le Docteur Guillaume COINDARD

Merci pour vos conseils précieux.

A Madame le Docteur Cécile LE ROCH

Merci pour le travail de double codage et pour tes conseils.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de prendre part à cette étude

Sans vous cette étude n'aurait pas été possible.

À la Société Française de Médecine Générale

Pour avoir soutenu ce travail et avoir rémunéré les médecins ayant participé à cette étude. Merci à Madame Christel GUIGUEN pour avoir diffusé la demande de recrutement auprès des médecins généralistes.

Aux nombreux médecins qui ont pris le temps de me former au cours de mes études.

À mes parents et grands-parents qui m'ont toujours soutenu,

À mes amis.

Tableau des matières

1. Introduction	7
2. Matériel et méthode	11
2.1. Étude qualitative	11
2.2. Recrutement des médecins	11
2.3. Déroulement des entretiens	11
2.4. Analyse des résultats	12
3. Résultats	14
3.1. Présentation de la population	14
3.2. L'analyse qualitative des entretiens	15
3.2.1. Représentations du métier : Le médecin généraliste	16
3.2.1.1. Rôle du médecin généraliste	16
3.2.1.2. Les compétences du métier	16
3.2.1.3. L'organisation du travail	18
3.2.1.3.1. Le temps médical	18
3.2.1.3.2. Le temps administratif	19
3.2.1.4. Les difficultés du métier	19
3.2.1.4.1. Une formation initiale insuffisante et inadaptée	19
3.2.1.4.2. Tableaux de consultations	20
3.2.1.4.3. Retentissement sur la vie privée	23
3.2.1.4.4. Conséquence de ces difficultés	24
3.2.2. Communication en consultation	24
3.2.2.1. Représentation de la communication en consultation	24
3.2.2.2. Apprentissage de la communication	25
3.2.2.2.1. Place de l'apprentissage de la communication dans la formation médicale initiale	25
3.2.2.2.2. Initiation à l'écoute active	26
3.2.2.2.2.1. Choix de la formation	26
3.2.2.2.2.2. Les éléments de l'écoute active	27
3.2.2.2.2.3. Vécu de la formation	29
3.2.2.2.2.4. L'enthousiasme suite à l'initiation	30
3.2.3. Impacts de la formation	30
3.2.3.1. Vie professionnelle	30
3.2.3.1.1. Une prise de conscience de l'aspect relationnel en consultation	30
3.2.3.1.1.1. Le temps de parole laissé aux patients	30
3.2.3.1.1.2. Différencier les attentes des patients des projections des médecins	31
3.2.3.1.1.3. Délivrer une information compréhensible par le patient	32
3.2.3.1.1.4. L'importance du langage para verbal et non verbal	33
3.2.3.1.1.5. Les « pièges » de la consultation	33
3.2.3.1.1.6. Hiérarchiser les plaintes et structurer la consultation	34
3.2.3.1.1.7. Les médecins pouvaient également être les bénéficiaires de la consultation	35
3.2.3.1.2. Impacts sur la pratique de la médecine	35
3.2.3.1.2.1. Impacts sur la posture	35
3.2.3.1.2.2. Conséquences sur le travail au quotidien	38
3.2.3.2. Impacts sur le patient	39
3.2.3.2.1. Satisfaction des patients	39
3.2.3.2.2. L'émancipation du patient	40

3.2.3.3.	Impact professionnel hors consultation.....	40
3.2.3.3.1.	Formation des internes	40
3.2.3.3.2.	Réunions professionnelles.....	42
3.2.3.3.3.	Détecter les techniques de communication.....	42
3.2.3.4.	Impact dans la vie personnelle	43
3.2.4.	La décision médicale.....	43
3.2.4.1.	Qualité de la décision médicale	43
3.2.4.2.	L'application du savoir médical.....	43
3.2.4.3.	Fractionner la consultation comme solution de consultation à motifs multiples.....	44
3.2.4.4.	Déterminants de la prescription	45
3.2.4.5.	Le cas particulier de l'écoute active	47
3.2.4.6.	Impact de l'écoute active sur la décision médicale	47
3.2.5.	Limites	48
3.2.5.1.	La technique de l'écoute active	48
3.2.5.1.1.	Utilisation professionnelle.....	48
3.2.5.1.2.	Utilisation non professionnelle.....	49
3.2.5.1.3.	Décision médicale, prescription.....	49
4.	Discussion	51
4.1.	Matériel et Méthode	51
4.1.1.	Concernant le matériel	51
4.1.2.	Concernant la méthode	52
4.2.	Résultats	52
4.2.1.	Conditions d'exercice.....	52
4.2.1.1.	Une confrontation quotidienne à la souffrance	52
4.2.1.1.1.	Exemple de la confrontation à « la souffrance psychique » du patient	53
4.2.1.2.	Des patients aux « clients »	54
4.2.1.2.1.	Exigences en termes de disponibilité.....	54
4.2.1.2.2.	En termes de prise en charge, exemple de la prescription.....	54
4.2.1.3.	Contraintes de l'exercice libéral : Le travail administratif et rémunération.....	55
4.2.1.3.1.	Sur-prescription comme révélateur de fatigue professionnelle	56
4.2.1.3.2.	Arrêt prématuré de l'activité.....	56
4.2.1.3.3.	L'épuisement professionnel	57
4.2.2.	Impacts de l'écoute active	57
4.2.2.1.	Comblant la lacune de la formation à la relation médecin-patient pour mieux appliquer le savoir médical.....	57
4.2.2.2.	Une relation d'aide vers l'autonomie du patient	58
4.2.2.3.	Un épanouissement professionnel des médecins.....	58
4.2.3.	Mise en situation : L'utilisation de l'écoute active face à la souffrance psychosociale.....	59
4.2.3.1.	Établir un rapport satisfaisant.....	59
4.2.3.2.	Développer une compréhension partagée du problème	59
4.2.3.3.	Promouvoir un changement positif du comportement	60
4.2.4.	L'écoute active comme outil de soin	61
4.2.5.	Les raisons de la carence de la formation à la communication.....	61
4.3.	Les limites de l'étude	63
5.	Conclusion.....	64
6.	Bibliographie.....	65

7. Summary.....	71
8. Résumé	72

TABLE DES FIGURES :

Figure 1. Portrait de Carl ROGERS

Figure 2. Triangle de Karpman

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I. Caractéristiques de la population étudiée

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISÉES

ACP : Approche Centrée Patient

ANDPC : Agence nationale du Développement Professionnel Continu

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

FAF-PM : Fonds D'assurance Formation De La Profession Médicale

SFMG: Société Française de Médecine Générale

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

1. Introduction

La relation médecin-patient est un élément fondamental du contrat de soins en médecine générale (1). Le référentiel métier des médecins généralistes a placé cette relation au centre de leurs compétences (2).

Le modèle de cette relation a évolué, passant d'un système paternaliste et biomédical à un modèle autonomiste et bio-psycho-social. L'approche centrée sur le patient a remplacé progressivement l'approche centrée sur la maladie (3,4).

La WONCA précise dans sa définition de la médecine générale : les médecins généralistes « *soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie* ». « *Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.* » (5)

La formation transversale à cette relation est obligatoire dans le deuxième cycle des études médicales (6). Pourtant, une enquête auprès des internes de médecine générale montre que 72 % d'entre eux estiment que l'enseignement universitaire ne les a pas correctement préparés à la relation médecin-patient (7).

D'autres travaux axés sur la relation médecin-patient ont permis de mettre en évidence les champs de progression souhaitables en matière de compétences communicationnelles et relationnelles pour les professionnels de santé. Le médecin comprend souvent mal les raisons pour lesquelles un patient consulte (8,9), sous-estime son désir d'information (10) et accorde une attention insuffisante à son contexte de vie et à ses facteurs psychosociaux (11).

Aux États-Unis, 70 à 80 % des plaintes et des poursuites judiciaires en matière médicale sont liées en partie à des problèmes de communication (12) : manque d'attention d'un médecin trop pressé, perception par le patient d'une attitude trop hautaine du médecin, échec de l'échange d'information par exemple (13).

Les médecins eux-mêmes considèrent que la communication avec les patients est une des difficultés principales rencontrées dans l'exercice de leur profession, en particulier avec des patients atteints de pathologies chroniques aux prises avec des problèmes d'observance (14).

En outre, ces lacunes en communication ne sont pas résolues par l'ancienneté des médecins (15–17).

L'impact de l'apprentissage de la communication professionnelle en santé sur la qualité de la relation médecin-patient fait l'objet de recherches :

- ✓ Une formation approfondie des médecins à une dimension relationnelle a une influence sur leur comportement et améliore leur communication professionnelle (18–20).
- ✓ Un travail international à partir d'une analyse de vidéos de consultations a montré que les médecins généralistes, dans les pays qui par tradition forment les médecins à la communication (Royaume-Unis, Pays-Bas), sont jugés plus compétents que leurs collègues italiens ou belges qui ne bénéficient pas de cet apprentissage (21).

Les compétences et habiletés médicales enseignées (être empathique, savoir conseiller, expliquer positivement, rassurer, encourager à des changements de comportement, prendre en compte attentes et représentations) ont montré leur efficacité sur des critères cliniques objectifs mesurés par des essais comparatifs randomisés (22).

Leur efficacité confirme « l'effet médecin » ou le « remède médecin », c'est-à-dire le rôle thérapeutique du médecin lui-même dans sa relation avec le patient tel qu'il est proposé par Balint (23).

Parmi les outils permettant de développer les compétences de communication professionnelle, l'écoute active repose sur un ensemble de techniques issues des travaux du psychologue américain Carl Rogers. Il la décrit en ces termes en 1980 : « *L'écoute attentive signifie donner son attention totale et indivisible à l'autre personne et dire à l'autre que nous sommes intéressés et préoccupés. [...] Nous n'écoutons pas seulement avec nos oreilles, mais avec nos yeux, avec notre esprit, notre cœur et notre imagination. Nous écoutons ce qui se passe en nous-mêmes, ainsi que ce qui se passe dans la*

personne que nous entendons. Nous écoutons les paroles de l'autre, mais nous écoutons aussi les messages enfouis dans les mots. Nous écoutons la voix, l'apparence et le langage du corps de l'autre. » (24)



Figure 1. Carl Rogers

Concrètement, écouter activement signifie entre autres prendre en compte le contenu de la conversation, décrypter les attitudes non verbales, respecter les silences et reformuler afin d'aboutir à une compréhension empathique. C'est un ensemble de savoir-faire et de savoir-être permettant d'identifier clairement les plaintes, les demandes et les attentes des patients et laissant à ceux-ci suffisamment de place pour identifier en eux même leurs ressources et leurs solutions afin de faire face aux difficultés qui sont les leurs (25).

L'écoute active a été initialement utilisée en psychologie clinique dans une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne (26). Elle repose sur une profonde empathie envers la personne, un grand respect pour sa vie privée, ses sentiments et ses besoins. Elle engage également le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. Le comportement d'écoute active peut faciliter les relations interpersonnelles positives (27–29).

En effet, les mécanismes neurophysiologiques sous-jacents ont récemment été explorés par des techniques d'imagerie par IRM fonctionnelle. Il s'avère qu'un comportement d'écoute active provoque chez l'interlocuteur une activation renforcée du striatum ventral, ce qui suggère que

l'échange a été enrichissant. L'écoute active stimule également la région de l'insula antérieure droite, ce qui peut suggérer des réappréciations émotionnelles positives (30).

L'objectif de cette thèse était de relever les appréciations des médecins généralistes initiés à l'écoute active par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) entre 2007 et 2014 (formation de deux jours), d'identifier les impacts en termes de communication, relation médecin-patient, pratiques professionnelles... et de les confronter aux données de la littérature.

2. Matériel et méthode

2.1. Étude qualitative

La question de recherche était la suivante : Quels sont les appréciations et impacts relevés par les médecins généralistes après avoir été formés à l'écoute active ?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs.

La méthode qualitative permet d'explorer les émotions, les sentiments des interviewés, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles (31). En cela, cette méthode est apparue comme la plus appropriée pour connaître les impacts d'une formation.

2.2. Recrutement des médecins

Le recrutement s'est fait par l'envoi d'un courriel de la SFMG (Annexe 1). Ce courriel a été envoyé à l'ensemble de médecins ayant participé à la formation de la SFMG de deux jours intitulée « l'écoute active du patient » entre 2007 et 2014 en Ile de France ou à Lyon. Les médecins étaient informés qu'il s'agissait d'un entretien en face à face avec le thésard dans un lieu de leur choix. La durée l'entretien n'excédait pas 45 minutes et l'indemnisation prévue pour le médecin était de cent euros.

Les médecins qui avaient préalablement reçu d'autres formations à la communication à la SFMG, notamment celles axées sur l'hypnose médicale, ont été exclus.

2.3. Déroulement des entretiens

Les médecins inclus ont été informés préalablement que les entretiens étaient anonymes, enregistrés et qu'ils se déroulaient dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Ils avaient la possibilité de ne pas répondre aux questions ou d'arrêter l'entretien.

Une grille d'entretien avait été réalisée à partir d'une revue de littérature et guidée par le livre intitulé *Entretien compréhensif* de J.C Kaufmann (32). Elle comporte une question « brise-glace » et

cinq relances éventuelles. L'interviewé était relancé lorsqu'il n'abordait pas ces thématiques spontanément.

La question « brise glace » était : Qu'attendiez-vous de la formation ?

Les relances ont été :

- ✓ Que vous a apporté cette formation ? (plan personnel, professionnel)
- ✓ Abordons maintenant vos expériences en rapport avec l'utilisation de l'écoute active ?
- ✓ Quels changements avez-vous ressentis après avoir été formé à l'écoute active ? (notamment dans la relation médecin-patient)
- ✓ Quels sont les apports éventuels de la formation dans le domaine de la décision médicale ?
- ✓ En quoi l'apprentissage de cette technique a facilité l'application au quotidien des recommandations de bonnes pratiques ?

La grille d'entretien a été réévaluée après trois entretiens « pilotes » dont les résultats ont été intégrés à la recherche. La grille d'entretien n'a pas été modifiée après ces entretiens.

2.4. Analyse des résultats

Tous les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés au fur et à mesure.

Les interviews retranscrites ont été analysées selon la méthode de l'analyse de contenu. Les informations ont été repérées, classifiées, analysées et interprétées pour en extraire la ou les significations.

Une analyse sémantique, thématique et contextuelle a permis de réaliser pour chaque entretien une grille de lecture selon le principe du double codage.

Dans chaque grille de lecture, nous retrouvons les verbatims, leur classification ouverte, verticale et thématique.

Les grilles de lectures ont ensuite été analysées et comparées pour dégager les thèmes généraux.

3. Résultats

3.1. Présentation de la population

Sur les cent quatre-vingt-dix-neuf médecins contactés, vingt-deux médecins généralistes ont répondu au questionnaire par courriel.

Les seize premiers médecins ayant répondu favorablement ont été contactés par téléphone afin d'organiser les entretiens. Un rendez-vous a été fixé pour chacun d'entre eux.

La population étudiée comportait seize médecins généralistes initiés à l'écoute active par la SFMG entre 2007 et 2012.

Ils venaient de quatre régions de France : Île-de-France, Centre, Rhône-Alpes et Haute-Savoie.

La plus jeune avait 38 ans et le plus âgé avait 61 ans. L'âge moyen était de 51 ans.

Parmi ces médecins :

- ✓ Onze avaient une activité universitaire (Maître de Conférences des Universités, chargé d'enseignement et/ou Maître de Stage des Universités).
- ✓ Quinze avaient une activité libérale. Un médecin était salarié dans une structure non hospitalière. Aucun d'entre eux n'exerçait une activité hospitalière.
- ✓ Dix exerçaient en zone urbaine, six en zone semi-rurale.
- ✓ Dix travaillaient au sein d'un cabinet de groupe, six exerçaient seuls.
- ✓ Quatre consacraient la majorité de leur temps à un exercice particulier : trois homéopathes et une nutritionniste.

Sexe	âge	Libéral/salarié	Lieu d'activité	Mode d'exercice	Volume d'activité	Activité universitaire ?	Orientation particulière ?
M	61	Libéral	Urbain	Groupe	2500-4500	Non	Non
F	59	Libéral	Urbain	Exerce seul	4500-7000	Oui	Non
M	61	Libéral	Urbain	Exerce seul	2500-4500	Oui	Non
M	38	Salarié	Urbain	Groupe	2500-4500	Oui	Non

M	64	Libéral	Urbain	Groupe	2500-4500	Oui	Non
F	41	Libéral	Semi-rural	Exerce seul	4500-7000	Non	Homéopathie de façon majoritaire
M	47	Libéral	Semi-rural	Groupe	4500-7000	Oui	Non
F	45	Libéral	Urbain	Groupe	2500-4500	Non	Homéopathie de façon majoritaire
F	40	Libéral	Urbain	Groupe	2500-4500	Non	Homéopathie de façon majoritaire
F	53	Libéral	Urbain	Exerce seul	2500-4500	Non	Acupuncture de façon accessoire
M	46	Libéral	Semi-rural	Groupe	4500-7000	Oui	Ostéopathie de façon accessoire
F	53	Libéral	Semi-rural	Groupe	2500-4500	Oui	Médecine du sport de façon accessoire
M	54	Libéral	Semi-rural	Groupe	4500-7000	Oui	Hypnose de façon accessoire
F	41	Libéral	Urbain	Exerce seul	2500-4500	Oui	Nutrition de façon majoritaire
F	55	Libéral	Urbain	Groupe	2500-4500	Oui	Non
M	53	Libéral	Semi-rural	Exerce seul	> 7000	Oui	Médecine du sport façon accessoire

Tableau 1. Caractéristiques des médecins participants

Les entretiens se sont déroulés entre février et septembre 2015, dans un lieu choisi par ces médecins, à leur cabinet ou à leur domicile.

La durée moyenne d'un entretien était de trente minutes.

La saturation des données a été atteinte après l'entretien du onzième médecin, c'est-à-dire qu'il y avait plus de thème émergent capable d'enrichir ce travail. Les cinq entretiens complémentaires ont permis de confirmer cette saturation.

3.2. L'analyse qualitative des entretiens

L'analyse qualitative retrouvait cinq thèmes abordés :

- ✓ Représentations du métier : le médecin généraliste
- ✓ Communication en consultation
- ✓ Impacts d'une initiation à l'écoute active
- ✓ Décision médicale
- ✓ Les limites et obstacles rencontrés

Représentations du métier : Le médecin généraliste	Communication en consultation	Impacts d'une initiation à l'écoute active	Décision médicale	Limites et obstacles rencontrés
Rôle du médecin généraliste	Représentations de la communication	Vie professionnelle	Qualité de décision	Utilisation personnelle
Les compétences du métier	Apprentissage de la communication	Pratique de la médecine	Application du savoir médical	Utilisation professionnelle
L'organisation du travail	Initiation à l'écoute active	Le patient	Déterminants de la prescription	
Les difficultés du métier		Vie personnelle	Écoute thérapeutique	
			Impact de l'écoute active sur la décision médicale	

Tableau II : Principaux thèmes émergents de l'étude

3.2.1. Représentations du métier : Le médecin généraliste

3.2.1.1. Rôle du médecin généraliste

Les médecins interviewés ont toujours contextualisé l'utilisation de l'écoute active en parlant de leur double rôle dans le système de soins : ils étaient à la fois « *le médecin de premier recours* », et le « *coordinateur de soins* ». En cela, ils se différenciaient des spécialistes d'organes par une proximité privilégiée avec les patients et une connaissance plus approfondie de leur contexte médico-psycho-social. Ainsi, leur métier consistait à fournir une « *prise en charge globale du patient, dans leur milieu familial et professionnel* » : « *On ne s'arrête pas à l'aspect purement médical [...], on prend aussi en compte sa personne et son environnement* ».

En tant que soignants de « *première ligne* », ces médecins généralistes considéraient que l'enjeu de leurs consultations était également de « *promouvoir la santé* » et de « *promouvoir l'autonomie des patients dans la prise en charge de pathologies chroniques* ». Ils estimaient que « *l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique* » étaient indissociables de leurs missions.

Enfin, lorsqu'ils étaient également Maîtres de Stage des Universités (MSU), ils soulignaient leur rôle de formateur pour les futurs professionnels de santé.

3.2.1.2. Les compétences du métier

Deux grands ensembles de compétences considérés comme indispensables à la pratique de la médecine générale ont été abordés durant les entretiens : les compétences d'ordre technique et les

compétences d'ordre relationnel : le médecin généraliste devait « *maîtriser un socle de connaissances scientifiques* » et « *être humaniste, posséder un savoir-faire en relation humaine* ».

Les connaissances scientifiques étaient acquises lors de la formation initiale. Ces connaissances étaient complétées et mises à jour par la formation continue et les travaux personnels. Pour les médecins interviewés, ces informations d'ordre scientifique étaient généralement faciles à obtenir : « *Maintenant, il y a des recommandations de bonnes pratiques, les fiches de Haute Autorité de Santé sur internet en quelques clics.* ». Mais la Maîtrise seule de cet aspect scientifique n'était pas suffisante pour l'exercice de la médecine générale : « *La médecine générale n'est pas un arbre décisionnel, aucune médecine ne l'est* ».

L'ensemble des médecins interviewés ont abordé spontanément le sujet des compétences relationnelles. Ils considéraient que ces compétences permettaient de mieux mettre en œuvre leurs connaissances scientifiques dans une grande variété de situations.

Selon ces médecins, les compétences relationnelles comportaient un ensemble de « *savoir-faire* » permettant d'établir « *une relation de confiance avec le patient* ». Cette relation de confiance était considérée comme indispensable à la prise en charge et au suivi du patient. Or, ces compétences relationnelles « *n'étaient pas enseignées à la faculté* » durant leur formation initiale. Pour l'ensemble des médecins participants, l'acquisition de ces compétences s'est faite « *sur le tas* », « *à force d'apprentissage, de rencontres et de consultations* ».

L'apprentissage et l'entretien de ces deux ensembles de compétences demandaient selon eux une vigilance permanente et un effort constant. En cela, ils constituaient une des difficultés du métier du médecin généraliste. « *Ce qui est difficile en médecine, c'est qu'il faut être bon partout, il faut être technique, mais aussi humaniste, il faut savoir faire le grand écart et passer de l'un à l'autre, ça se travaille, ça s'entretient* ».

3.2.1.3. *L'organisation du travail*

3.2.1.3.1. Le temps médical

L'activité médicale classique des médecins généralistes interrogés comportait :

- ✓ des consultations programmées sur rendez-vous,
- ✓ des consultations non programmées sur horaires de consultations libres,
- ✓ des visites à domicile,
- ✓ des urgences.

Elle nécessitait une « *organisation rigoureuse* » pour pouvoir être « *sur tous les fronts en même temps* ». « *Vous avez des visites au milieu, des urgences au milieu, il faut s'organiser.* »

Des exemples d'éléments perturbateurs de cette organisation ont été abordés dans certains entretiens :

- ✓ Les patients exigeant d'être vus immédiatement ou rapidement : « *J'ai des gens à gérer, tout d'un coup s'il y a quelqu'un qui arrive, je ne vais pas dire non parce qu'il ne va pas bien* ». En fait, malgré l'organisation en « consultation sur rendez-vous », la nature du travail médical rendait difficile le fait de refuser de l'aide à une personne en situation de détresse ou nécessitant de l'aide.
- ✓ Dans les cabinets qui ne disposaient pas d'outils filtrant les appels (secrétariat sur place ou téléphonique), le téléphone. Quand le téléphone sonne pendant l'entretien et que le médecin répond : « *C'est ça le métier de médecin, on est sans cesse interrompu par autre chose...* ». À noter que le téléphone avait sonné plus de 8 fois durant cet entretien qui n'a duré que 25 minutes.

Lorsqu'ils étaient interrompus par le téléphone lors des entretiens, malgré leur effort pour rester aimables, ils s'agaçaient ou ne répondaient plus au-delà d'un certain nombre d'appels : « *Au bout de 4 à 5 coups de fil par consultation, je ne réponds plus* ».

Ces éléments de perturbation créaient des coupures dans les consultations, interrompaient le cheminement intellectuel du médecin ou la parole du patient et désorganisaient le temps médical. Les médecins avaient conscience que ces coupures étaient souvent source d'oublis et d'erreurs en consultation, d'angoisse en raison d'une salle d'attente souvent pleine, de tensions entre les patients qui attendaient leur tour : « *Quand ils sont là [dans la salle d'attente], ils ne sont là que pour eux, et voilà. Ils trépiguent derrière parfois, bah oui, la plupart, ils ne comprennent pas que vous êtes également le médecin de famille d'autres patients.* »

3.2.1.3.2. Le temps administratif

Une majorité des médecins interrogés évoquaient spontanément un « *ras le bol* » des tâches administratives. Ces tâches étaient vécues comme des contraintes qui les empêchaient de consacrer plus de temps aux patients. « *Avec tous les papiers qu'on nous dit de faire, on manque de temps. [...] J'ai moins de temps pour faire de la médecine.* »

3.2.1.4. Les difficultés du métier

Le métier de médecin généraliste était perçu comme un métier « *difficile* », « *pas comme les autres* », « *prenant* », où on « *s'implique énormément* » et où « *on y laisse des plumes* ».

Des éléments ont été identifiés durant les entretiens pour expliquer ces difficultés.

3.2.1.4.1. Une formation initiale insuffisante et inadaptée

Les médecins interrogés considéraient que la formation initiale était insuffisante et inadaptée. Ils estimaient que la formation qu'ils avaient reçue était trop théorique et focalisée sur les pathologies et ne les préparait pas à l'exercice de la médecine générale.

Dans la pratique quotidienne, ils étaient confrontés à des situations pour lesquelles ils n'étaient guère formés à la sortie de la faculté : « *des situations cliniques pas toujours précises, qui ne rentraient pas dans les cadres enseignés à la faculté* », « *gérer des incertitudes diagnostiques* », « *savoir faire face à la souffrance du patient* » par exemple.

En fait, les lacunes des enseignements portaient essentiellement sur ce qui ne relevait pas directement de la médecine mais était indispensable à la pratique quotidienne (le relationnel, la psychologie, le social, la gestion administrative et le juridique). Ces domaines étaient quasi-inexistants dans la formation initiale.

Insuffisamment formés, ils étaient confrontés à des situations pour lesquelles ils n'étaient pas « outillés ». Les médecins interviewés jugeaient que la gestion de ces situations qu'ils ne « maîtrisaient pas » était une grande source de fatigue professionnelle, de souffrance et d'insatisfaction au travail.

« Dans une consultation que vous ne maîtrisez pas, vous vous fatiguez, vous allez tourner en rond, vous n'allez pas avancer comme il faut. Le patient ne va pas être très content. Vous, vous allez prendre plus de temps, vous perdez du temps parce que vous faites mal votre boulot. Et à la fin, vous ne savez pas ce que vous faites, donc vous êtes fatigué. »

3.2.1.4.2. Tableaux de consultations

Les difficultés du métier étaient illustrées par des récits de consultations. Des thématiques récurrentes ont pu être dégagées.

✓ Le médecin comme dépositaire de la souffrance du patient

En consultation, les patients exposaient au médecin les problèmes qu'ils rencontraient. L'expression de ces problématiques était souvent un moyen de partager et d'alléger leurs souffrances aussi bien psychique que physique. Les médecins jouaient le rôle de dépositaire de souffrance pour leurs patients.

« Le patient vient avec son problème. [...] Je pense que ce sont des vases communicants : le patient vient, décharge sur le médecin ».

Dans une démarche de prise en charge globale qui se veut bio-psycho-sociale, les problématiques exposées dépassaient souvent le champ médical. C'est notamment le cas des problèmes sociaux, souvent générateurs de souffrance psychique pour le patient.

« Je pense que c'est le problème actuel des médecins, puisqu'ils portent toute la souffrance des gens, tous les problèmes des gens. »

Ce rôle de dépositaire engendrait également une souffrance chez les soignants : ils étaient *« dans le vif »*, ne pouvaient *« rester insensibles à la souffrance du patient »* et *« pouvaient souffrir également »*.

Certains médecins interrogés considéraient cette souffrance contagieuse comme une fatalité de leur métier. *« Je crois que la souffrance, c'est forcément la sanction de l'engagement, de l'empathie »*.

✓ Les consultations à motifs multiples

Les consultations à motifs multiples étaient l'autre thème récurrent pour illustrer les diverses contraintes liées à l'exercice de leur métier. Ces consultations étaient redoutées car les médecins interrogés estimaient qu'ils ne pouvaient répondre correctement lors d'une consultation de quinze à vingt minutes à toutes les demandes du patient.

« Il y en a qui arrivent, et c'est vrai que ça fait un peu peur, avec des listes de courses, et ça c'est terrible, parce que ça, c'est une liste de courses qui peut être redoutable ».

Les contraintes relevées étaient :

- Répondre aux différents symptômes *« dispersés »* tout en proposant une prise en charge globale
- Concilier l'exigence du patient qui demandait une réponse à tous ses problèmes tout en tenant compte de la rigidité du financement des consultations par la tarification à l'acte

« À la fin de la journée, si vous n'avez pas assez de consultations, ça ne suffit pas pour vivre. »

Les médecins interrogés avaient l'impression que les consultations à motifs multiples étaient devenues de plus en plus fréquentes. Ils expliquaient la recrudescence de ces consultations par un changement de posture des patients qui devenaient des consommateurs de soins.

« Les consultations maintenant sont toujours à multiples demandes. Avant, il y a une dizaine d'années, je dirai que 80 % des gens venaient pour un problème, aujourd'hui, 80 % de gens viennent pour plusieurs problèmes. [...] On discute entre confrères et ils me disent la même chose : [...] C'est la génération « carrefour » ».

- ✓ Une responsabilité pesante propre à un exercice solitaire du métier

La prise de décisions médicales, pouvant *« avoir de lourdes conséquences »*, était soumise selon eux aux contraintes de l'exercice : le temps de la consultation : *« On n'a que quinze minutes »* et le *« devoir de se débrouiller tout seul »*.

Ils jugeaient leurs responsabilités pesantes. *« Cette responsabilité, elle est énorme quoi. »*

- ✓ Portraits des patients « difficiles »

Certains patients étaient particulièrement redoutés.

« C'était des choses qui étaient très difficiles et qui engendraient beaucoup de colère ou d'impatience ou même... rien que de voir le nom du patient sur le planning, ça me fichait de mauvaise humeur. ».

- Les patients étiquetés « psy »

Les patients étiquetés « psy » regroupaient les patients souffrant effectivement d'une pathologie psychiatrique, mais surtout les patients dont les comportements échappent à la logique biomédicale des soins. Ces patients avaient tendance à mettre les médecins en situation d'échec. Ces situations d'échec étaient *« vécues comme épuisantes »* par le soignant.

« Dans les relations un peu compliquées avec les gens, avec les pathologies psychiatriques où il y a un truc totalement récurrent, qui recommence, les plaintes qui se renouvellent etc., et donc un truc qui par définition est assez épuisant pour le médecin, qui le met tout le temps en situation d'échec ».

- Les patients dont le comportement oscille entre la déviance sociale et la maladie.

C'était notamment le cas des addictions. On y retrouvait les personnes alcoolo-dépendantes ou consommatrices de substances illicites : *« C'est frustrant pour les gens de ne pas réussir, de vivre un échec, un patient qui ne fait pas sa biologie, qui continue à boire, à fumer... C'est hyper épuisant [...], répéter des messages à des gens qui continuent à pas faire les trucs etc. »*

➤ Les patients qui testaient les connaissances de son médecin

Certains patients se renseignaient sur leur état de santé avant d'entreprendre une démarche de consultation. Ils récupéraient des informations, notamment sur internet. Quelques médecins ont eu l'impression que les patients les testaient. *« Il y a une subtilité dans la relation qui n'est pas de la science : le patient vient avec des connaissances, [...] de plus en plus d'ailleurs, parce qu'il a interrogé internet avant de venir vous voir, il sait plein de trucs, il ne vous dit pas, il vous teste »*. Cela créait une ambiguïté dans la consultation : *« ils viennent chercher un conseil d'expert mais ils veulent également le tester »*.

3.2.1.4.3. Retentissement sur la vie privée

Les préoccupations professionnelles empiétaient souvent sur la vie privée : il était *« difficile de tracer une barrière entre vie professionnelle et vie privée et de fermer la porte du cabinet complètement »*.

Les journées de travail étaient souvent longues, *« il m'arrive d'appeler un patient à 21h pour lui communiquer un résultat d'examen »*, et l'inquiétude générée par l'état de santé d'un patient pouvait persister même lorsque le médecin était de repos. *« Ça m'arrive aussi, parfois, même le week-end, ça m'habite quand même, un patient qui ne va pas bien, ou bien un patient à qui on n'a pas fait de fibrogastrique et puis m., on découvre un cancer. [...] C'est quand même dur. »*

Il n'était pas rare que le temps professionnel déborde sur le temps privé : courriers professionnels et comptabilité emportés au domicile, discussions sur des difficultés rencontrées en consultations dans un cadre informel.

Enfin, les médecins hors de leur cabinet gardaient leur casquette, ils étaient abordés par des patients dans les lieux publics comme la boulangerie, au marché, pour des questions médicales.

3.2.1.4.4. Conséquence de ces difficultés

L'épuisement professionnel était un thème récurrent des entretiens. « *Le danger de l'usure est omniprésent* » : « *les médecins sont très en danger de burn out.* »

Trois médecins ont évoqué spontanément le cas d'un ou plusieurs confrères qui ont arrêté temporairement ou définitivement leur activité suite à ces difficultés. « *J'ai vu des confrères qui ont arrêté leur activité. [...] Il y en avait qui subissaient l'activité. D'ailleurs, il y en a qui ont arrêté ou fait autre chose. Il y a un réel malaise.* »

3.2.2. Communication en consultation

3.2.2.1. Représentation de la communication en consultation

Pour les médecins interrogés, la communication en consultation était « *un pilier de la relation médecin-patient* ». Savoir communiquer avec le patient était fondamental. Un des interviewés considérait la communication comme une « *méta-compétence* », c'est-à-dire « *une compétence qui permet de mettre en œuvre les autres compétences* ».

Dans la description de cette communication médecin-patient, les médecins interviewés estimaient qu'elle commençait « *dès le premier contact avec le patient jusqu'au moment où le médecin le raccompagnait vers la sortie* ». Cette communication était permanente et ne se limitait pas aux messages verbaux. Elle comportait également une composante paraverbale et non verbale. Le médecin communiquait avec le patient, quoi qu'il fasse.

« *Ça démarre dès qu'on va le chercher dans la salle d'attente. Tout est important, toutes les étapes, de ce qui se passe dans la rencontre avec le patient, depuis le moment où l'on va le chercher jusqu'au moment où on va le raccompagner. Le moindre fait et geste en fait. Lui, son comportement, le vôtre, dans l'échange.* »

Dans l'acquisition des capacités de communication, les médecins interrogés pensaient que la communication n'était pas innée et nécessitait à la fois un travail d'apprentissage et un travail d'entretien : « *La communication en consultation, [...] c'est une chose à travailler, la médecine est un métier hyper-communicant* ». Par conséquent, enseigner ces compétences à la formation initiale était nécessaire. « *Dans une consultation de médecine générale, on devrait tous apprendre à écouter, et donc à la fac, c'est primordial.* »

La communication et la médecine étaient parfois décrites comme un art, des métaphores ont été utilisées pour illustrer les propos : une consultation réussie était comparée à une œuvre de qualité élaborée en collaboration avec le patient.

« *Une consultation, c'est toujours une toile blanche. Et le médecin, c'est le peintre. J'aime bien l'idée de l'art médical, la médecine était un art, il l'était et il doit le rester. C'est un art et ce n'est pas une science. Il y a une dose d'improvisation dans l'art. Il y a une toile blanche, il y a un sujet, qui est la relation avec le patient et il va s'écrire quelque chose. Et on ne sait pas ce qui va s'écrire, peut-être quelque chose de moche, une toile merdique, qu'on va déchirer et qu'on va oublier et qui fait mal ou quelque chose de merveilleux. À chaque fois, à chaque consultation, chacun a droit à cette excellence-là, qu'il soit le premier, le 10e, le 60e, il faut qu'il ait cette excellence-là.* »

3.2.2.2. Apprentissage de la communication

3.2.2.2.1. Place de l'apprentissage de la communication dans la formation médicale initiale

L'ensemble des réponses pointait la carence, voir l'absence totale, de l'apprentissage à la communication dans la formation médicale initiale. « *Il n'y avait pas de formation à la communication dans la formation initiale...* ». « *C'est un côté de formation qu'on n'a pas eu trop dans nos études* ».

Deux modes d'apprentissage ont toutefois été cités :

- ✓ Dans le cadre de la sémiologie, dans le domaine de l'interrogatoire où le médecin précisait l'histoire de la maladie en utilisant des questions fermées. Cette façon de communiquer

appelée « interrogatoire » était jugée peu efficace. « À l'hôpital, on leur apprend l'interrogatoire, comme si c'était au commissariat et qu'il y avait une lampe au-dessus de la tête des patients. [...] [Avec ce genre de méthode] on croit qu'on va à l'essentiel en posant des questions trop ciblées, mais en fait, on perd du temps. »

- ✓ Apprentissage par imitation lors des visites professorales. « Moi, à mon époque, on voyait comment les autres communiquaient et on communiquait pareil. Il n'y avait pas d'enseignement spécifique, ni sur la structure, ni sur la technique, ni sur l'approche centrée sur le patient. »

La communication se déroulait selon un modèle paternaliste avec un patient qui était spectateur des soins : « C'était un autre modèle, plutôt autoritaire, le patient était déjà ligoté dans son lit et on faisait des choses dans son dos sans rien lui dire. Ça ne choquait plus personne, parce que voilà. On lui expliquait à la fin les résultats, la synthèse de ce qu'il devait savoir. Parce que le docteur en a décidé ainsi, voilà... C'était un modèle qui déshumanisait la médecine au profit de la technique. »

Cette carence de formation a été à l'origine de difficultés pour ces médecins, notamment au début de leur exercice médical. « Au début, j'avais 27 ans quand je me suis installée, donc je n'avais aucune expérience de ce qu'est un dialogue, c'était compliqué ».

3.2.2.2.2. Initiation à l'écoute active

3.2.2.2.2.1. Choix de la formation

Comblent les lacunes en communication professionnelle était la principale motivation des médecins participant à l'initiation à l'écoute active. La curiosité de découvrir d'autres outils de communication était évoquée également par deux médecins.

« Moi, j'étais formée en PNL, j'ai tout un cursus dans ce domaine-là, et j'étais curieuse de voir comment les outils de communication pouvaient être utilisés et en tout cas, quels bénéfices on pouvait en avoir au sein de la consultation ».

Les attentes initiales de cette formation étaient nombreuses : « *se perfectionner sur la relation médecin malade* », « *savoir mieux gérer un entretien* », « *obtenir des clefs, des outils pragmatiques et éprouvés sur la façon de mieux écouter les patients* » notamment.

Quant au choix de « l'écoute active » parmi d'autres formations à la communication, les premiers participants justifiaient leur choix par le sérieux de l'organisme formateur : « *c'était dans le cadre de la SFMG, structure que je connais bien* ». Les médecins formés par la suite, à partir de 2009-2010 indiquaient en outre qu'ils avaient eu des recommandations de leurs confrères déjà formés ou qu'ils étaient intéressés par les changements apportés par la formation. « *Quand je l'avais remplacé, j'ai bien aimé sa méthode de travailler, c'était vraiment une méthode d'écoute qui m'intéressait : laisser parler le patient, le patient en priorité, et puis trouver avec lui des axes dans les problématiques.* »

3.2.2.2.2. Les éléments de l'écoute active

Les éléments de l'écoute active ont été cités spontanément dans les entretiens.

- ✓ Laisser exprimer le patient, l'inciter à parler, savoir se taire

Laisser parler le patient et « *savoir se taire* » semblait des conseils faciles à appliquer, mais les médecins formés trouvaient que sa mise en pratique nécessitait un effort conscient. « *Savoir se taire* » était d'autant plus important durant les « *silences pleins* », c'est-à-dire des « *silences durant lesquels le patient suivait le fil de ses pensées, continuait intérieurement son cheminement* ». Ces silences étaient identifiables par le langage non verbal.

Durant ces silences ou lorsque le patient montrait des signes d'hésitation, les signes d'écoute du médecin encourageaient le patient à poursuivre son récit.

« [...] *Puis il y a le silence, ne pas intervenir tout de suite, mettre un silence pour faire émerger ce qu'il a derrière* ».

- ✓ La reformulation

La reformulation consistait à reprendre les mots du patient ou des équivalents. Elle avait pour effet de montrer au patient que son message était entendu et l'incitait à poursuivre son récit.

L'utilisation de la reformulation pouvait :

- Assurer une bonne compréhension entre les interlocuteurs, notamment lorsqu'il s'agissait d'histoires complexes

« Je reformule pour bien comprendre et reprendre les choses. Je me rappelle que je m'ensers souvent. Surtout quand je suis un peu perdu par les patients. »

- Recadrer et garder le fil de la consultation face aux patients bavards

« Et même face aux personnes bavardes qui prennent beaucoup de temps et d'espace en consultation, je trouve que cela permet de moins se laisser déborder [...] la reformulation c'est vraiment un outil intéressant dans ce cas-là. »

Pour certains praticiens, la reformulation était une façon de rendre au patient l'histoire qu'il apportait en consultation. Reformuler était considéré comme une aide, voir une réassurance pour le médecin dans son travail.

« L'outil qui m'a le plus aidé, c'est la reformulation, car ce que le patient me donne, ça me permet de le rendre et ne pas le garder. C'est vraiment le rendre, c'est son affaire, c'est son histoire, et ne pas me charger, moi, et donc, c'est plus léger, c'est plus souple et voilà, je me sens plus confiante et plus solide. »

- ✓ Décrypter les attitudes verbales et non verbales

La communication pouvait être verbale, paraverbale ou non verbale. Les outils inhérents à l'écoute active permettaient de décrypter le contenu : *« Les mots, les métaphores, le cadre des références du patient, les mimiques, le regard, la posture, l'intonation... »*

Ce décryptage permettait d'identifier les situations de conflit potentiel : *« J'ai appris à repérer les gens qui sont agacés, qui sont énervés, qui ne sont pas contents. »* L'identification de ces situations

permettait de les clarifier et les désamorcer : « *[face aux patients identifiés comme agacés, énervés ou mécontents], je peux leur dire : « je vois que vous n'êtes pas content », ce qui fait que l'on peut parler du problème. Je peux mettre [ce qui ne va pas] sur la table tout de suite. »*

Ces outils ont permis aux médecins formés de mieux gérer l'entretien, surtout dans les situations qu'ils considéraient comme complexes et difficiles : patients « psy », négociation pour introduction d'un traitement, réalisation d'un examen, conflit familial, conflit de couple par exemple.

3.2.2.2.3. Vécu de la formation

Pour huit d'entre eux, il s'agissait de leur première formation dédiée à la communication médicale et à la relation médecin-patient.

La formation était jugée « *conviviale* » et « *agréable* », comme « *un moment de partage entre confrères* » facilitant l'apprentissage. Pour certains, c'était même une sorte de « *thérapie de groupe* » où chacun pouvait « *déposer un peu de sa souffrance professionnelle* ».

Le contact entre confrères était particulièrement apprécié. Cela donnait l'occasion de voir comment les confrères travaillaient et d'échanger sur les pratiques. « *C'était presque aussi formateur que la formation elle-même* ». Un médecin a toutefois signalé qu'il se sentait mal à l'aise lors d'un jeu de rôle, quand il jouait le rôle de quelqu'un qui n'avait pas les mêmes valeurs que lui.

Concernant l'enseignement, les participants ont trouvé que « *la transmission de savoir se faisait avec beaucoup de subtilité* » : l'alternance entre la théorie et la pratique (jeu de rôle) permettait à la fois aux médecins de mettre en pratique directement les outils de l'écoute active et de ressentir ses effets.

« *Ça [les jeux de rôle] permet de mieux identifier les difficultés des médecins et les difficultés des patients à se faire comprendre* ».

« *En tant que patiente, j'ai senti que ça [l'écoute active] m'entraînait sur un autre chemin et qu'on pouvait aller plus loin, dire plus de choses, préciser les choses. Je trouve que c'est vraiment bien en*

fait. [...] Dans le groupe, c'est pareil, il y a eu deux ou trois médecins qui ont ressenti exactement la même chose. »

« J'ai senti que le médecin était plus empathique. [...] On sent qu'il a envie de plus aider les gens. Pas uniquement soigner, mais aussi aider... »

Sur le contenu de la formation, les médecins étaient satisfaits de découvrir « *les techniques de communication* » et les « *outils éprouvés* ». La formation a été jugée « *éclairante* » et « *utile* » pour leur pratique quotidienne.

3.2.2.2.4. L'enthousiasme suite à l'initiation

L'initiation à l'écoute active avait suscité un enthousiasme chez les participants. Ils étaient impatients de mettre en pratique immédiatement les outils acquis durant la formation lors des consultations, d'apprendre davantage sur l'écoute active (une formation de niveau deux était initialement prévue) et de se perfectionner dans le domaine de la relation médecin-patient. « *Oui, j'aurais aimé connaître l'écoute active avant. [...] Ça m'a donné envie de me perfectionner.* »

3.2.3. Impacts de la formation

3.2.3.1. Vie professionnelle

3.2.3.1.1. Une prise de conscience de l'aspect relationnel en consultation

L'initiation à l'écoute active a permis aux participants de prendre conscience de certains aspects relationnels de la consultation. Être conscient de ces aspects a engendré des changements dans leur pratique professionnelle.

3.2.3.1.1.1. Le temps de parole laissé aux patients

Il était constaté que les médecins ne laissaient pas le temps aux patients de s'exprimer, ils les interrompaient de façon prématurée en pensant pouvoir gagner du temps : « *Le médecin moyen laisse parler le patient 18 secondes avant d'intervenir, [...] à peine le patient a-t-il eu le temps d'exprimer ses plaintes que déjà, on intervient* ».

Le résultat de cette interruption se traduisait souvent par une perte de temps et d'énergie pour le médecin, lorsqu'il passait à côté du véritable motif de consultation. Cela l'obligeait à reprendre la consultation depuis le début.

« Le nombre de consultations où on a coupé le patient dans ce qu'il nous disait pour gagner du temps et qu'on s'aperçoit en fin de consultation, le patient nous dit, « au fait docteur, j'ai ça, ça et ça » et qu'on s'aperçoit que c'était l'essentiel de la consultation, et qu'il faut tout recommencer à zéro, c'est extrêmement agaçant. Donc, c'est agaçant parce qu'on a mal fait notre boulot, donc c'est deux fois plus agaçant. »

L'initiation à l'écoute active a amené les praticiens à organiser différemment le temps de consultation, de façon à être plus « centré sur l'écoute ». Conscient de l'impact de la parole du patient, le médecin lui laisse désormais le temps de s'exprimer plutôt que réaliser un « interrogatoire » académique. *« Laisser s'exprimer les patients permettait d'aller à l'essentiel et ne pas aller pêcher soi-même les informations ».*

Ce temps d'écoute supplémentaire permettait de mieux comprendre les problématiques du patient, ce qui rendait la prise en charge plus adaptée. Cette écoute « productive » était bénéfique à la fois pour le médecin et pour le patient.

« J'écoute dans un but précis en fait. J'écoute pour prendre en charge les problèmes du patient, c'est une écoute dans un but bien précis pour savoir quels problèmes je vais prendre en charge chez le patient et pour savoir si j'ai bien cerné les problèmes qu'il me présente ».

« On y gagne, parce que c'est vrai que quand on laisse parler le patient, on a déjà compris 80 % des problèmes, des problèmes qu'il vient nous exposer, c'est très productif en fait. »

3.2.3.1.1.2. Différencier les attentes des patients des projections des médecins

Durant les consultations, les médecins élaboraient spontanément des projections sur les attentes du patient. Ils répondaient souvent à leurs propres représentations plutôt qu'aux attentes réelles du malade. Un des participants a évoqué son expérience lorsqu'il est allé avec sa femme voir

un spécialiste en rhumatologie. *« La question qu'on voulait poser ne concernait pas les traitements, mais on voulait savoir si ma femme pouvait continuer à exercer sa profession. Le rhumatologue n'a pas répondu à notre question et nous a juste donné des anti-inflammatoires ».*

Trop souvent, les médecins négligeaient l'impact des pathologies sur la qualité de vie des patients, plus préoccupés par les traitements à mettre en place. Le retentissement d'une pathologie bénigne sur la qualité de vie était souvent minoré voire négligé : *« J'ai souvent des gens qui viennent en consultation de nutrition pour dire que, bah, je dis ça à vous parce que mon médecin n'entend pas, j'ai mal au dos, ça fait plusieurs fois que je lui dis que j'ai mal au dos, mais il ne l'entend pas, il dit que c'est rien, que ce n'est pas grave ».*

Les médecins formés à l'écoute active avaient pris conscience de l'impact de leurs représentations sur le déroulement d'une consultation. En faire abstraction leur permettait de se focaliser sur les demandes et les attentes du patient : *« à mieux l'écouter et à mieux l'entendre ».*

Ce recentrage sur le patient aidait les médecins à cerner plus facilement les enjeux de la consultation : *« pourquoi le patient venait, ce qu'il attendait de la consultation, ce qu'il attendait du médecin en particulier »*, et de répondre aux *« problèmes du patient »*.

En faisant abstraction de leurs propres projections, les médecins interviewés avaient l'impression d'être plus efficaces et de mieux répondre aux attentes des patients.

3.2.3.1.1.3. Délivrer une information compréhensible par le patient

Les médecins pensaient délivrer une information claire au patient. Ce n'était pas toujours le cas. Le langage utilisé par les soignants était souvent trop spécifique et technique. Les termes familiers aux médecins pouvaient être source d'incompréhension pour le patient.

« On voit bien que les propos des médecins sont très techniques, trop techniques souvent, ça paraît banal pour nous quand on discute entre confrères ou dans notre tête. Dans notre raisonnement, c'est on ne peut plus banal, c'est un langage qu'on comprend parfaitement, mais c'est vrai que les mots ne sont pas toujours compréhensibles pour les patients. »

Il s'est avéré que certains patients quittaient le cabinet sans comprendre le message du médecin et sans poser de question. La vérification de l'information délivrée était donc une nécessité pour s'assurer que le patient a bien compris.

« Et très souvent, en consultation, les personnes viennent juste pour savoir ce qui s'est passé dans la consultation chez le spécialiste, alors qu'évidemment, je n'y étais pas. Ils n'avaient pas compris, ils n'avaient pas pu poser leur question, ils avaient peur, ils n'ont pas pu, ça les inquiète, ou pas, ou ceci et cela. »

3.2.3.1.1.4. L'importance du langage para verbal et non verbal.

Le langage paraverbal du patient était considéré comme une mine d'informations pour le praticien. Savoir les déchiffrer, *« de capter l'intonation, le comportement des gens »* assurait une source d'informations complémentaires utiles pour une prise en charge globale.

De même, les médecins formés ont pris conscience qu'ils s'exprimaient également par le paraverbal et le non verbal. Il était donc important *« de tenir compte des messages qu'on veut faire passer, des messages qu'on donne aussi par le para verbal et le non verbal »*.

Ainsi, ils pouvaient par exemple signifier leur implication, leur empathie par la gestuelle. *« Eh bien, ils [les formateurs] ont décrit la gestuelle qu'on pouvait adopter pour signifier sans le dire, mais signifier quand même qu'on est dans l'empathie, qu'on suit le cheminement du patient, qu'on s'implique pour se mettre à son niveau etc. »*

3.2.3.1.1.5. Les « pièges » de la consultation

Les participants formés ont identifié *« des pièges de consultation »*, c'est à dire des attitudes ou postures non constructives qui pouvaient engendrer un sentiment de méfiance chez le patient. On identifiait notamment *« le jugement »* et *« l'avis autoritaire »* dans les verbatims. Il était facile de tomber dans ces pièges. En particulier lorsque le patient était en désaccord avec les préconisations du médecin. L'exploration des connaissances et des croyances du patient permettait d'éviter ces pièges. Cela contribuait à la construction d'une relation collaborative bénéfique à la fois pour le médecin et le patient.

Par exemple, explorer « *l'histoire, le passé, le vécu des patients* » contribue à comprendre les causes des désaccords : « *les patients ont des croyances personnelles, des représentations de la maladie, il y a des choses qu'ils ont envie de faire et d'autres choses qu'ils n'ont pas envie de faire [...] par rapport à leur histoire, à ce qu'ils ont déjà fait* ».

Les médecins ont trouvé cette démarche d'exploration « *intellectuellement intéressante* » et « *constructive* » car elle pouvait désamorcer de nombreuses situations d'incompréhension : « *Certains ne voulaient pas faire l'Hémocult, car dans leur culture, il ne faut pas jouer avec leurs selles, ça se passe mieux après une explication* ».

Cette démarche était également appréciée par les patients. Ils se sentaient « *mieux écoutés et compris* », ils « *aimaient bien qu'on s'intéresse à eux* » et « *ne pas être jugés et d'être respectés dans leurs choix* ».

Globalement, cette démarche rendait les consultations « *plus calmes et paisibles* ».

3.2.3.1.1.6. *Hiérarchiser les plaintes et structurer la consultation*

Les médecins ont évoqué des consultations difficiles où ils pouvaient se sentir débordés par les demandes multiples et éparées. « *Pris dans le rythme de la consultation, on est un peu perdu parce qu'on a des patients qui arrivent avec... qui parlent dans tous les sens et qui partent dans tous les sens, qui parlent de tout et de rien et on a un peu de mal à hiérarchiser les choses.* »

La mise en application de l'écoute active a permis aux médecins formés de « *structurer l'information délivrée par le patient* », « *hiérarchiser les motifs de consultation* » et « *de mieux gérer l'entretien* ».

Sachant recentrer le patient dans les situations où il multipliait les motifs de consultation sans liens apparents, les praticiens se disaient plus « *sereins* ». L'écoute active apportait ainsi des outils pour gérer les consultations à motifs multiples.

« *Ça calme aussi l'angoisse du soignant, de ne pas partir dans tous les sens en même temps, quand on voit un patient qui arrive avec 4 ou 5 plaintes en même temps, c'est intéressant.* »

3.2.3.1.1.7. *Les médecins pouvaient également être les bénéficiaires de la consultation*

Les médecins formés ont pris conscience que durant les consultations, les patients n'étaient pas les seuls bénéficiaires. Ils pouvaient également s'enrichir de l'expérience du patient, de son domaine d'expertise. « *Des fois, c'est moi qui suis bénéficiaire de la consultation* »

3.2.3.1.2. Impacts sur la pratique de la médecine

3.2.3.1.2.1. *Impacts sur la posture*

« *La posture, c'est comment je me définis en tant que médecin face à mon patient, ce qu'il attend de moi, ce que je peux prétendre lui offrir en tant que médecin.* »

L'initiation à l'écoute active a engendré une évolution de cette posture.

- ✓ La posture de « *sauveur* »

Être spontanément dans « *la posture de sauveur* » était un « *comportement naturel* » en tant que soignant. Cette posture était intégrée de façon inconsciente lors de la formation universitaire initiale : « *dans ma formation initiale, [...] Il m'a semblé qu'on nous a insufflé qu'on était des sauveurs. Et donc si on n'arrivait pas à les guérir de la pneumonie, c'était d'abord de notre faute* ». Pour les médecins interviewés, cette « *posture de sauveur* » était « *très modélisant pour l'étudiant* » car il était très « *galvanisant de jouer le rôle de sauveur en cas de situation critique* ». Elle était par ailleurs largement amplifiée par les croyances populaires véhiculées par les « *séries et films* » qui se déroulaient dans un environnement hospitalier : « *Ils croient qu'on est dans « Urgences » quoi* ».

Or, en dehors des situations d'urgence, les attentes des patients ne se réduisaient pas à la proposition de solutions toutes faites, de protocoles. Ils avaient besoin d'être écoutés, compris et respectés dans leur autonomie. Pour illustrer leur propos, les médecins ont cité un extrait de film qui était visionné pendant la formation.

« *Le truc qui m'a marqué c'était le film avec Gérard Jugnot. Il y avait un extrait de film avec le docteur machin qui expliquait une scène de vie. C'était l'histoire de quelqu'un qui racontait ses*

problèmes à son ami et son ami voulait le « sauver » en lui proposant des solutions. À chaque proposition de son ami, il répondait par « Oui, mais... » Parce qu'il voulait juste se plaindre, pour partager, pour expliquer. Il voulait surtout que son ami l'écoute et ne rien proposer. Voilà, C'était assez emblématique des situations où nous sommes. »

Le triangle dramatique de Karpman était abordé pendant la formation de nombreuses fois. Jouer le rôle de sauveur revenait à placer le patient dans le rôle de victime à sauver, ce qui déséquilibre la relation de soin.

Dans le schéma de Karpman, victime, sauveur et persécuteur pouvaient changer de rôle. Par exemple, le médecin qui impose un traitement de l'hypertension dans son rôle de sauveur peut être également vu comme un persécuteur, lorsqu'il interroge le patient sur son observance.

« Je le ressors à chaque fois, c'est le fameux triangle de Karpman, où il y a chaque sommet : victime, sauveur et persécuteur dont les rôles peuvent changer. »

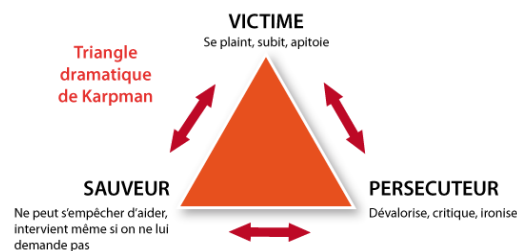


Figure 2. Triangle de Karpman

Imposer une décision au patient sans son adhésion en jouant au sauveur, c'est aussi prendre le risque d'un échec. « Parce que le sauveur, s'il ne sauve pas, il est un « rateur » ».

✓ La posture d'accompagnant

Dans un contexte de médecine de ville, l'écoute active proposait une posture d'accompagnant.

Le rôle des médecins était de guider et non d'imposer des décisions. Ainsi, les patients devenaient des partenaires de soin.

« Et puis dans cette formation, on a appris aux patients à reprendre leurs responsabilités dans le soin. Le patient doit être un partenaire. On est presque à égalité. [...] rester dans une relation d'adulte à adulte. Et même un adolescent, le respecter, [...] qu'il reprenne en main sa santé. »

Cette collaboration impliquait le patient et conduisait à de meilleurs résultats.

« C'est un travail à deux et je sais que le patient a sa solution. Je suis là pour l'aider [...] à la conscientiser, à la reformuler et l'aider à la mettre en œuvre. »

« Les gens ont leurs propres solutions, ce ne sont pas les nôtres. Je leur dis que ce qui est important est que je les aide à avancer, mais qu'ils vont trouver leur solution. Elle ne sera peut-être pas parfaite, mais ce sera la meilleure. »

Cette posture était également bénéfique pour les médecins formés. Ils ont remarqué que les consultations étaient plus apaisées et moins fatigantes. *« Je ne me suis pas battu avec lui, je l'ai accompagné, je n'ai pas perdu mon temps, ni mon énergie. »*

De nombreux éléments ont été mentionnés dans les entretiens pour expliquer cette sensation de confort et de tranquillité liée à cette posture.

Dans la posture de l'accompagnant, les médecins :

➤ *« Acceptaient mieux leurs limites »* en tant que professionnel de santé,

« Ce que cette approche de l'écoute active apporte, c'est vraiment d'éclaircir les choses : ce que moi en tant que médecin, je peux prétendre offrir comme réponse, et ce que la médecine peut lui offrir, quelles sont les limites et ça de manière claire. »

« On ne peut pas tout soigner, on ne va pas sauver tout le monde, les gens vont mourir quand même, les gens vont avoir des problèmes. Voilà, c'est de se dire aussi qu'on n'est pas tout puissant, qu'on n'est pas Dieu, qu'on ne peut pas tout faire. On peut aider les gens, les suivre, mais on ne peut pas tout régler. »

➤ Pouvaient se décharger des *« attentes irréalistes »*.

« Ça permet d'éclaircir et justement, de me décharger d'attentes irréalistes ou infaisables. Et du coup de dire à l'autre, moi, personnellement, ou en tant que médecin, je ne peux pas répondre à cette question. »

Ainsi, les médecins formés ont appris à envisager une responsabilité partagée avec le patient : *« c'est une formation qui m'a permis de prendre du recul et ne plus me sentir absolument responsable des patients. J'ai une responsabilité dans mon travail, mais je ne suis pas responsable de la vie des gens »*, ce qui contribuait à réduire la fatigue professionnelle. *« On porte moins sur nous le problème des gens, on est moins crevé. »*

3.2.3.1.2.2. Conséquences sur le travail au quotidien

De nombreux changements positifs ont été relevés.

Les praticiens évoquaient spontanément une amplification de *« plaisir et de satisfaction au travail »* et une diminution de fatigue professionnelle : *« Après la formation, j'ai l'impression d'être moins submergé par mon travail »*. Ils se sentaient *« plus à l'aise avec les patients »* avec lesquels ils avaient une relation plus *« apaisé »*, notamment avec les *« patients difficiles »* : *« le plus grand changement c'est de ne plus avoir de ressentiment par rapport à certains patients que je redoutais, clairement. Et ça c'est chouette »*. Ils se disaient plus performant avec une optimisation du temps de consultation : *« avec des idées claires sur les choses qu'attend le patient, Je peux mieux utiliser le temps de la consultation »*. Ils avaient également l'impression d'apporter une meilleure réponse au patient, leur offrant une réponse plus adaptée à leurs attentes. *« J'ai l'impression d'avoir plus de satisfaction dans mon travail et de mieux travailler »*.

Enfin, cette formation avait conduit les médecins participants à réfléchir sur leur pratique.

« Le fait de se mettre vraiment en situation avec des personnes qui nous regardent, [...] on se juge aussi et on s'aperçoit qu'on ne fait pas telle chose, ou qu'on croyait être dans l'empathie mais finalement, on ne l'est pas. Ça permet de faire un feedback et prendre du recul. »

Cette réflexion permettait d'améliorer la pratique et de lutter contre l'inertie : « *c'est comme toute pratique, j'imagine que quand on la répète, on peut acquérir des défauts en la répétant. [...] Là, il faut prendre du recul, repérer ses défauts et les corriger.* »

Ils se disaient ainsi plus « *en alerte* », malgré un travail routinier, pour identifier les champs de progression souhaitables et y travailler. « *Parce que quand on enchaîne des consultations, on se sent à l'aise, on entre dans les routines, mais il faut rester en alerte.* »

« *Justement, ce qui est intéressant, c'est de travailler sur des stratégies. De reconnaître une difficulté et de se dire là, il faut que je change. C'est comme ça qu'on teste des choses, qui marchent, ou qui ne marchent pas. C'est toujours dans la pro activité, c'est-à-dire identifier les obstacles en amont pour mettre en place des stratégies derrière.* »

3.2.3.2. Impacts sur le patient

3.2.3.2.1. Satisfaction des patients

Les médecins interviewés ont rapporté que les changements procurés par la formation augmentaient la satisfaction des patients. « *J'ai senti que ces changements leur [les patients] font plaisir.* »

Les patients appréciaient :

- ✓ de constater que leur médecin devenait « *plus serein* », « *moins stressé* » et « *moins énervé* »,
- ✓ que leur médecin les écoutait mieux,
- ✓ que le médecin s'intéressait plus à eux, à leur vie et non uniquement à la maladie.

Cette évolution vers une approche centrée sur le patient et non centrée sur la maladie rendait la prise en charge « *plus humaine* ». Ainsi, les patients avaient l'impression que les médecins « *les comprenaient mieux* » et « *prenaient mieux en compte leurs demandes.* »

Ces changements amélioraient également l'ambiance de la consultation. Les consultations se déroulaient dans un « *meilleur climat* » et étaient plus « *paisibles* ».

In fine, ces changements permettent de mieux impliquer les patients dans le processus de soins, les rendant plus autonomes.

« Je trouve que les patients sont plus satisfaits et qu'il y a plus de complicité dans la consultation, dans une prise en charge qui devient plus humaine. [...], le patient redevient acteur. »

3.2.3.2.2. L'émancipation du patient

L'écoute active proposait une conception plus émancipatrice, permettant au patient de devenir acteur de soin. *« Ce qui est important, [c'est] que le patient reprenne ses propres responsabilités, qu'il n'attende pas tout du médecin ».*

La responsabilité était ainsi partagée entre les deux partenaires de soins. *« Chacun a sa part et le médecin n'est pas responsable de tout et n'a pas tout à apporter. Il y a ce que je [le médecin] peux faire, ce que je peux apporter. Il a ce qu'il [le patient] peut faire, ce qu'il peut apporter ».* Ce partenariat permettait au patient de mieux comprendre sa propre histoire, *« dans l'écoute active, il y a à la fois écouter ce que le patient amène et puis l'aider à s'écouter soi-même »*, et l'aider à mieux mobiliser ses ressources. *« Si le patient se comprend mieux, il peut faire plus de choses à son niveau. Ce n'est pas le médecin qui a tout le savoir et qui va le lui dicter. Je pense que c'est ça également, que le patient puisse se prendre en charge. »*

3.2.3.3. **Impact professionnel hors consultation**

3.2.3.3.1. Formation des internes

Les onze médecins qui avaient une activité universitaire étaient tous MSU (Maîtres de Stage des Universités). Ils ont fait des observations sur l'apprentissage de la communication de leurs internes stagiaires :

- ✓ L'apprentissage de la communication à l'hôpital n'était pas adapté à l'exercice ambulatoire.

« Les internes communiquent comme on leur a appris à l'hôpital. Ici au cabinet, ils s'aperçoivent que les gens sont différents et que les plaintes sont différentes... Les patients n'ont pas les mêmes attitudes qu'à l'hôpital. Du coup, ils ont du mal à cadrer leur interrogatoire, ils ont du mal à laisser le patient

parler. [...] Ils sont dans les schémas d'interrogatoire avec des questions qui sont bien trop spécifiques [...] avant même de poser le cadre de la consultation ».

- ✓ Les internes avaient du mal à bien hiérarchiser une consultation, étaient trop concentrés sur la maladie et n'étaient pas en capacité d'explorer les attentes.

« Le patient arrive avec sa demande en vrac, il faut faire ressortir le motif principal de la consultation. C'est ça que j'essaie d'apprendre à mes internes. Parce qu'au départ, ils ne savent pas bien ».

« En général, elle [l'interne] est plus centrée sur le somatique, la plainte quoi, quand on discute, quand on débrieife ensemble, je me rends compte que cette formation m'a permis d'aller plus loin sur le « profond » des gens, ce qu'il y a au fond d'eux, ce qui est essentiel en eux et qu'ils ont à nous dire, ce qu'ils attendent de nous ».

- ✓ En cas de difficultés en consultation, lors d'un refus d'examen ou d'un traitement par exemple, les internes n'avaient pas les outils nécessaires pour explorer les raisons sous-jacentes du refus. Ils préféraient se réfugier dans le biomédical avec une explication scientifique.

« Quand ils rencontrent un obstacle, ils sont désarmés et ils ne s'autorisent pas à faire une stratégie de bricolage. Ils sont plus dans l'esquive. Poteau et hop, ils font demi-tour et finalement, dans le biomédical. »

- ✓ Les stages ambulatoires chez un MSU amélioraient les compétences relationnelles des internes en médecine générale.

« L'interne qui est en premier stage de médecine ambulatoire, elle découvre les enjeux de la consultation donc... On se dit qu'heureusement, il y a le troisième cycle. »

« Et après 6 mois de stage, la plupart m'ont dit qu'il y a eu un changement, qu'ils ne voient plus les patients de la même manière, qu'ils ne les écoutent plus de la même façon et surtout qu'ils ont acquis

quelques outils pour débloquer les situations pour écouter les patients et identifier les demandes des patients. »

Ainsi, les MSU interviewés considéraient que réaliser davantage de stages ambulatoires était un moyen d'améliorer la formation des futurs médecins généralistes. *« Trois stages ambulatoires c'est bien. Deux stages, c'est limite pour leur apprendre tout ce qu'il y a. Après, ça dépend de leurs capacités. Trois ou quatre stages, ce serait vraiment bien. C'est toujours perfectible. »*

Enfin, être initié à l'écoute active a été utile pour la formation des internes à la communication : *« Je m'en sers même pour la formation de mes internes, pour leur expliquer la communication : cette relation qu'on a en colloque singulier en tête-à-tête, des éléments que je ressors de temps en temps [...] prendre le temps d'écouter, [...] s'assurer que le patient ait bien compris ce qu'on a voulu lui dire. »*

« Ça m'a également aidé avec mes stagiaires, ça m'a permis de leur apprendre à écouter, à différencier la sympathie et l'empathie. »

3.2.3.3.2. Réunions professionnelles

L'écoute active a donné des outils pour animer les discussions professionnelles.

« J'anime beaucoup de réunions, parce qu'on est en train de monter une maison médicale, je vois bien que j'utilise ces techniques pour que les gens puissent s'exprimer, pour qu'ils aient la parole. »

3.2.3.3.3. Détecter les techniques de communication

L'apprentissage des techniques de communication permettait d'identifier ces techniques, ces usages linguistiques lorsque d'autres personnes les utilisaient. Chez les visiteurs médicaux par exemple. *« Maintenant, j'identifie les techniques de communication chez les visiteurs médicaux, ça m'agace quand ils les utilisent d'ailleurs. »*

3.2.3.4. Impact dans la vie personnelle

L'impact dans la vie privée résultait surtout des conséquences du confort professionnel : une « *vie professionnelle plus paisible* », un meilleur cloisonnement entre la vie professionnelle et la vie personnelle : « *comme le professionnel ne déborde plus, et n'agace plus et ne joue plus sur l'humeur, bah, du coup on rentre la maison plus tranquille et quand on ferme la porte du cabinet, elle est fermée. On rentre à la maison avec l'humeur de la maison. Donc, ça c'est bien, ça a permis de cloisonner, plus facilement. Je pense que l'inverse est vrai aussi.* »

Certains médecins ont témoigné de l'utilisation de l'écoute active dans leur vie privée. « *Ça m'a aidé aussi dans les conflits avec mes enfants.* »

« *Mes enfants sont grands maintenant, mais quand ils étaient ados, ça aidait de savoir reformuler un enfant pour savoir ce qu'il voulait vraiment. Savoir lui dire que j'avais bien entendu et demander ce qu'il voulait vraiment. Oui, c'est quelque chose qu'on utilise dans la vie de tous les jours.* »

Globalement, la formation a été vécue comme « *une expérience enrichissante* » aussi bien dans la vie professionnelle que dans la sphère privée.

3.2.4. La décision médicale

3.2.4.1. Qualité de la décision médicale

L'écoute active aboutissait à une meilleure compréhension des demandes, des plaintes et des attentes des patients. Elle permettait de mieux cadrer les prescriptions et d'éviter les erreurs.

« *Parce que prescrire c'est souvent se tromper. Que ce soit au niveau des examens complémentaires ou des médicaments (Mieux écouter, c'est une arme pour ne pas se tromper).* »

3.2.4.2. L'application du savoir médical

Une communication efficace était à la base de la relation soignant-soigné. Elle permettait d'aboutir à une décision partagée et d'appliquer efficacement le savoir médical. L'inverse était également vrai : une communication défectueuse pouvait nuire à la mise en œuvre d'une décision médicale.

« C'est ce qu'on appelle une méta-compétence. Parce qu'il faut bien finaliser la consultation, et toutes les compétences qu'on a mises en œuvre avant peuvent être gâchées par le fait que ce n'est pas validé. Une bonne communication permet d'être efficace avec ce qu'on a mis en œuvre auparavant. »

Plus spécifiquement, être initié à l'écoute active permettait de mieux identifier les représentations des patients, concernant les produits de la santé (médicaments, vaccins par exemple), les examens complémentaires et de mieux prendre en compte leur contexte psychosocial pour générer une meilleure adhésion.

« Le plus important, c'est ce qui va finalement se passer entre le patient et le médecin, l'échange d'information et le projet qu'on va lui proposer. [...] Si vous avez fait des propositions, mais que vous n'avez pas vérifié qu'il a tout compris et qu'il est adhérent à votre projet, ça ne sert quasiment à rien. »

Le décryptage des attitudes paraverbales et non verbales de refus aidait à déceler les facteurs de non-adhésion et à les lever en consultation.

« Le patient qui vous répond « oui, mais... », Il n'est pas client de votre proposition. [...] C'est-à-dire qu'il ne va pas adhérer. Parce qu'il dit oui, par politesse, qu'importe, mais non. En fait non. »

L'identification des obstacles aux soins permettait de mettre en œuvre des stratégies pour aboutir à une décision partagée.

« Il y a une alliance thérapeutique qui s'est créée, avec l'écoute et l'échange. On permet au patient de prendre en charge sa santé. [...] On prend cette décision ensemble. »

3.2.4.3. Fractionner la consultation comme solution de consultation à motifs multiples

L'état d'esprit des médecins formés a évolué concernant les consultations à motifs multiples. Alors qu'ils avaient tendance à traiter tous les motifs dans le temps restreint d'une seule consultation, ils préféreraient désormais utiliser ce temps pour écouter et hiérarchiser les demandes.

« Il y en a certains qui viennent pour plusieurs plaintes. C'est intéressant de leur demander quelle est la plainte qui les préoccupe le plus dans l'immédiat, dans un deuxième temps et dans un troisième temps etc. pour les apaiser, avec la certitude que leur problème a été pris en compte et qu'on va faire les choses de façon intelligente et fractionnée. »

Ils prenaient alors le temps pour traiter ce qui posait problème dans l'immédiat et proposaient un autre rendez-vous pour les motifs non urgents.

« Quand il y a plusieurs demandes et quand il n'y a pas le temps de tout faire, la demande étant bien entendue, on reprend un rendez-vous, c'est plus confortable pour tout le monde. »

« Après la formation, je suis plus calme, j'arrive à leur dire non plus calmement et à leur dire : écoutez là, on va regarder ensemble ce qui vous pose problème tout de suite, pour le reste on peut prendre rendez-vous un autre jour. »

Patients et médecins étaient satisfaits de ce nouveau mode de fonctionnement :

Pour les médecins, fractionner les consultations optimisait le temps de consultation et réduisait la fatigue professionnelle. *« C'est plus agréable et c'est beaucoup moins fatigant. »*

Les patients préféraient également que le médecin prenne le temps de traiter chaque problème au lieu de les expédier à la chaîne. *« C'est plus confortable pour tout le monde. »*

3.2.4.4. Déterminants de la prescription

L'étude du verbatim a relevé trois déterminants de la prescription dans les entretiens :

- ✓ Condition d'exercice : le paiement à l'acte

Le paiement à l'acte intervenait sur la prescription et le nombre de patients, la rémunération leur étant liée. Les jeunes médecins utilisaient la prescription comme outil pour créer et fidéliser leurs patients et assurer la pérennité financière de leur cabinet.

« On voit des rhinopharyngites, beaucoup de gens viennent pour qu'on leur prescrive des médicaments, point. Si on ne leur prescrit pas de médicaments ils ne reviennent pas. Donc quand on est jeune installé, on prescrit beaucoup plus de médicaments à la noix. »

Ainsi, les médecins qui exerçaient dans les régions où l'offre de soins était limitée, avaient le sentiment qu'il était plus facile de refuser la prescription de médicaments ou d'actes inutiles.

« La pénurie de médecins rend les choses plus faciles quand on refuse les prescriptions inutiles... Les gens savent que s'ils n'adhèrent pas à ce qu'on va leur dire, bah, ce sera difficile d'aller ailleurs quand même. »

✓ L'état du médecin en consultation

La prescription était un moyen d'écourter une consultation. *« Une manière de ne pas parler, de ne pas écouter en consultation, c'est prescrire en fait. »*

Ce genre de comportement était plus fréquent lorsque les médecins étaient pressés ou stressés par une salle d'attente pleine. *« Il y a des fois, certains ont besoin d'une écoute plus prononcée. On n'a pas forcément de temps [...], alors on donne un traitement et, ça leur évite d'avoir à se déverser en continu. »*

De fait, prescrire un médicament et/ou un examen pour chaque symptôme était un procédé utilisé par les médecins pour se « débarrasser du problème », pour aller plus vite.

« Avant la formation [...], au lieu de répondre par un côté rassurant, je vais botter en touche, lui demander d'aller voir un spécialiste, se « débarrasser » un peu du problème. »

✓ La formation du médecin

Face aux symptômes et aux maladies, la formation médicale initiale conditionnait le médecin à procéder à des « examens complémentaires » et à répondre aux symptômes et maladies par des « médicaments ». La méconnaissance des autres moyens permettant de répondre aux attentes des patients pouvait être à l'origine d'une sur-prescription.

« On a beaucoup de demandes, pour lesquelles les seules réponses qu'on a apprises à la faculté, n'est-ce pas... [Rires] c'est la prescription médicamenteuse, ou la prescription d'examen, ou la prescription de tout un tas de chose ».

Connaître les alternatives aux prescriptions médicamenteuses réduisait cette sur-prescription : « *Les conseils* » du médecin permettaient souvent de « *se passer d'une ordonnance* », « *la prescription non médicamenteuse d'activités sportives* » pouvait réduire la nécessité d'introduire des traitements à visée cardiovasculaire par exemple.

En particulier, l'utilisation des outils de l'écoute thérapeutique, notamment ceux de l'écoute active, réduisait la prescription, notamment celles d'anxiolytiques.

3.2.4.5. Le cas particulier de l'écoute active

Certains médecins formés à l'écoute active mettaient en place des consultations dédiées à l'écoute thérapeutique. « *J'organise des séances, deux-trois séances qui se suivent à deux-trois jours d'intervalle, et là je ne fais que de l'écoute active, je demande au patient d'identifier sa demande, sa plainte, de trouver ses besoins, ses moyens. Sur les trois séances, je développe* ».

Cette écoute était souvent proposée aux patients qui avaient besoin d'exprimer leurs « *problèmes de vie* », de « *souffrance personnelle ou professionnelle* ». Ces patients se disaient « *soulagés* » quand ils ont pu « *raconter leurs problèmes* » à un médecin réceptif sans être jugé. En outre, raconter leur histoire de vive voix permettait aux patients de s'écouter eux-mêmes et de « *mobiliser les ressources nécessaires* » afin « *de trouver des solutions personnelles* » pour y faire face.

3.2.4.6. Impact de l'écoute active sur la décision médicale

- ✓ Optimisation des prescriptions, lutte contre l'iatrogénie

L'écoute thérapeutique permettait de calmer l'anxiété du patient. Ainsi les médecins avaient l'impression d'une diminution de prescriptions d'anxiolytiques et dans une moindre mesure d'antidépresseurs.

Être capable de rassurer les patients sur les symptômes bénins évitait les prescriptions médicamenteuses inutiles. « *Les ordonnances allégées* » diminuaient le risque d'iatrogénie et évitaient des « *automédications dangereuses* ».

- ✓ Optimisation de ressources médicales

Rassurer le patient évitait le nomadisme médical d'un patient inquiet en quête d'examen complémentaires ou de recours aux spécialistes inutiles.

« *Je vois certains confrères qui se plaignent beaucoup avec des personnes qui avaient beaucoup de demandes d'ordonnances. Si ces patients-là sont écoutés, ils peuvent se sentir rassurés par les paroles du médecin au lieu de demander des examens, ou d'aller voir des spécialistes. Ça inverse la situation de surenchère à la thérapeutique* ».

3.2.5.Limites

3.2.5.1. La technique de l'écoute active

3.2.5.1.1. Utilisation professionnelle

Les deux jours de formation à l'écoute active ont engendré un enthousiasme chez les participants, ce qui les a encouragés à une amélioration de leurs pratiques. « *Quand on sort de la formation, on se dit : Ouais ! On va faire de l'écoute active !* ».

Il existe cependant des obstacles à la mise en place de cette écoute :

- ✓ Il existait tout de même une différence entre la théorie et la pratique

« *Parfois je sens qu'il y a des concepts qui sont juste un modèle et que ça ne marche pas complètement* »

- ✓ En pratique quotidienne, il était difficile de prêter attention au langage non verbal du patient tout en travaillant en même temps sur un dossier informatique. « *On ne peut pas faire une consultation sans regarder l'ordinateur.* »

- ✓ Manque d'outil pour formaliser les données recueillies dans le dossier médical

« Je ne peux pas marquer tout ce qui s'est passé, sinon, je fais un roman. En vingt-trente minutes, raconter une consultation en entier, ce n'est pas possible... [...] Peut être un outil, un logiciel pourrait largement améliorer ce problème. »

Bref, la mise en place de l'écoute active nécessitait « *du temps et une énergie folle* » et il était beaucoup « *plus confortable de rester sur ses habitudes plutôt que d'adopter des changements* ». Cependant, les médecins formés avaient fait l'effort malgré tout d'intégrer séquentiellement les outils. « *J'ai un post-it sur mon ordinateur qui me donne le thème de la journée : la reformulation, le recadrage, le silence...* »

3.2.5.1.2. Utilisation non professionnelle

Les retours sur l'utilisation des techniques d'écoute active dans la vie privée ont été plus mitigés. Trois participants trouvaient que ces techniques de communication « *manquaient de spontanéité et ajoutaient un côté artificiel à la conversation* », deux autres trouvaient que ces techniques sont « *proches de la manipulation* » et étaient agacés lorsqu'ils identifiaient l'utilisation des techniques de communication chez leur interlocuteur dans la vie personnelle.

Enfin, l'utilisation de l'écoute active nécessitait du recul et l'absence d'implication affective, ce qui était difficile dans la vie personnelle :

« Je le vois avec ma fille, je le vois avec ma femme, je n'arrive pas du tout à appliquer ce genre de truc. Ça reste théorique des fois dans la discussion mais dans les conflits qu'il peut y avoir, ou dans les choses... impossible d'avoir le recul nécessaire. »

3.2.5.1.3. Décision médicale, prescription

Concernant leurs décisions médicales et leurs prescriptions, les médecins interviewés parlaient de leur impression, de ce qu'ils avaient relevé : « *C'est l'impression que j'ai, après les chiffres...* »

Concernant les prescriptions médicamenteuses, les médecins n'avaient pas le temps, ni l'énergie de certifier leur impression en comparant leurs statistiques ROSP avant et après la formation.

Un seul médecin avait toutefois déclaré que son médecin conseil de l'assurance maladie lui a indiqué que ses patients diabétiques étaient plus observants pour la réalisation de leur HbA1c trimestriel.

4. Discussion

4.1. Matériel et Méthode

4.1.1. Concernant le matériel

La population étudiée était composée de seize médecins généralistes exerçant dans les régions Ile de France, Centre, Rhône-Alpes et Haute-Savoie. Les praticiens de ces régions ont été les premiers à donner une suite favorable à la demande d'entretien.

Ces médecins ont été initiés à l'écoute active par la SFMG entre 2007 et 2012. Ils ont tous bénéficié de la même formation. D'autres organismes proposent des formations à « l'écoute active ». Cependant, la durée de formation de ces organismes, leur contenu scientifique et le recrutement des participants (pas systématiquement des médecins) diffèrent d'un organisme à l'autre. Le choix s'est porté sur les médecins formés à la SFMG afin de garantir l'homogénéité de la formation reçue. Par ailleurs, la SFMG a été historiquement le premier organisme de formation professionnelle à proposer une formation à l'écoute active aux médecins.

Les médecins participants à cette étude ont été indemnisés d'une somme de cent euros à titre de compensation des honoraires qu'ils auraient perçus pendant le temps dédié à l'entretien. Le biais de sélection par la rémunération était donc limité.

La moyenne d'âge était de 51 ans et similaire à l'âge moyen des généralistes en France (51.9 ans).

L'échantillon regroupait des médecins de différents modes d'installation (Installation libérale solitaire (six), en groupe (neuf) ou salarié (un)).

Ils avaient un environnement d'exercice différent : dix exerçaient en zone urbaine, six en zone semi-rurale.

Trois des seize médecins pratiquaient l'homéopathie de façon majoritaire. Cela correspondait à la proportion de médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier (33).

Onze des seize médecins volontaires avaient une activité universitaire, (Onze Maîtres de Stage Universitaire, dont un était également Maître de Conférences des Universités). Ils sont surreprésentés par rapport à la population de médecins généralistes initiés à l'écoute active. Les médecins qui ont choisi d'être Maître de Stage Universitaire sont plus motivés pour rester en contact avec l'université et pour participer aux travaux universitaires (34).

4.1.2. Concernant la méthode

Cette étude qualitative était basée sur des entretiens individuels semi-directifs. Ce choix a été motivé par le caractère anonyme des entretiens. Les médecins interviewés pouvaient ainsi exprimer aussi bien les points positifs que les points négatifs de l'écoute active. L'organisation d'entretiens individuels était également plus simple à mettre en place sur le plan pratique que des focus groupe.

Le déroulement des entretiens était guidé par une grille d'entretien conçue à partir de la bibliographie. Elle était pertinente dès le départ, car aucune modification de cette grille n'a été effectuée au fur et à mesure des entretiens.

4.2. Résultats

4.2.1. Conditions d'exercice

La qualité des conditions de travail des médecins généralistes résulte d'un équilibre à trouver entre un travail jugé de qualité, une rémunération correcte et une vie privée satisfaisante (35).

L'analyse de la littérature concordait avec le ressenti des médecins lors des entretiens : des conditions d'exercice difficiles, qui tendent à se dégrader.

4.2.1.1. Une confrontation quotidienne à la souffrance

Les médecins sont quotidiennement confrontés à la souffrance des patients. Ils répondent aux besoins et aux émotions de ces derniers avec des émotions propres (36). Celles-ci sont nombreuses : le besoin de sauver le patient, le sentiment d'échec et de frustration lorsque la maladie progresse, le sentiment d'impuissance face à cette dernière (37). Ces émotions sont courantes dans la pratique quotidienne de la médecine et affectent le médecin.

4.2.1.1.1. Exemple de la confrontation à « la souffrance psychique » du patient

La confrontation à la « souffrance psychique » du patient était une situation clinique que les médecins interviewés évoquaient souvent pour illustrer leur propos.

Bien que le terme de « souffrance psychique » ou de « souffrance psychosociale » n'apparût pas dans les retranscriptions, sa réalité, c'est-à-dire « l'interaction entre le mal-être et l'environnement » y était omniprésente. On le retrouvait dans les verbatim sous le nom d' « *anxiété réactionnelle* », « *dépression réactionnelle* », « *stress professionnel/personnel* » ou « *problèmes dans la vie* ». Ainsi, les patients se tournaient vers leur médecin généraliste lorsqu'ils ressentaient une souffrance au travail (charge de travail élevée, problèmes organisationnels et de communication au sein de leur entreprise, manque de reconnaissance et de l'aide de la part de la hiérarchie par exemple) ou dans leur vie personnelle.

Cette entité correspond aux troubles d'adaptation dans la classification internationale DSM IV-TR (38), c'est-à-dire des états de perturbation émotionnelle entravant le fonctionnement et les performances sociales qui surviennent en réaction à un ou plusieurs événements de la vie.

Cette souffrance du patient se fait entendre chez le médecin généraliste par « des appels ou des consultations où le patient exprime essentiellement de l'angoisse, de la solitude, ou le sentiment d'être dépassé par ses responsabilités » (39). Elle correspond à une bonne partie de la pratique de la médecine générale, les « troubles mentaux » étant la première cause de morbidités et de recours aux généralistes pour la population adulte de 25 à 64 ans (40).

De fait, l'émergence de ce genre de demandes à la frontière entre le social et le médical contraint le médecin généraliste à apporter une réponse. Mal formé et en l'absence de recommandations officielles, cette « souffrance psychosociale » met le généraliste face à ses limites et à celles de ses outils : l'écoute, les arrêts de travail, les traitements médicamenteux, le recours aux spécialistes psychiatres. Le médecin se trouve ainsi atteint au cœur même de sa fonction, ce qui génère une vive souffrance pour lui-même (41).

Une revue de la littérature montrait que face à la « souffrance psychosociale », « l'écoute compatissante » est l'outil le plus fréquemment utilisé. Or, dans ce cas, le médecin reçoit le discours du patient de manière souvent abrupte, sans outil pour gérer ce qui se dit, à savoir des histoires de vie bien loin de ses compétences techniques. « *Il ne peut toujours maintenir la bonne distance avec son patient. C'est la modalité d'écoute qui mobilise le plus le médecin généraliste, en le poussant dans ses limites, qu'elles soient professionnelles ou personnelles. C'est cette manière d'écoute qui est la plus éprouvante pour le médecin. Celle à propos de laquelle il exprime sa difficulté, son impuissance, son insatisfaction, bref sa propre souffrance* » (42).

4.2.1.2. Des patients aux « clients »

L'augmentation des exigences des patients en termes de disponibilité et de prise en charge multiplie la charge de travail et dégrade les conditions d'exercice (43).

4.2.1.2.1. Exigences en termes de disponibilité

Au sein de la profession médicale, l'éthos traditionnel est caractérisé par la notion de « disponibilité permanente » des praticiens à l'égard de leurs patients. Les journées de travail sont longues, les horaires atypiques et élastiques (44). Ce modèle est souvent plus présent en milieu semi-rural où les médecins assurent la permanence des soins.

Les valeurs professionnelles et personnelles de « don » de soi, fortement associées au métier de médecin (35), rendent difficiles le fait de refuser une consultation, même si l'insistance du patient à être vu rapidement est illégitime car non fondée sur une pathologie urgente.

Cette « disponibilité permanente » engendre une surcharge de travail au détriment de la vie privée et de l'équilibre personnel. C'est un facteur de risque d'épuisement professionnel et de cessation d'activité des médecins généralistes (45).

4.2.1.2.2. En termes de prise en charge, exemple de la prescription

La difficulté lors de l'installation est apparue spontanément dans nos entretiens dès lors qu'on parle de prescription : créer/fidéliser la clientèle et assurer la pérennité financière du cabinet étaient liés. Un des outils dont disposait le jeune médecin était la prescription de médicaments. Par la suite, la

prescription se révélait indispensable pour maintenir ce lien lorsqu'une relation stabilisée s'était instaurée, il était de plus en plus difficile de faire sortir le patient sans ordonnance. Le processus conduisait à l'installation d'un « rituel de l'ordonnance » et il était difficile de modifier sa pratique au risque de perdre des patients.

La prescription chez le généraliste français serait en partie contrainte par le contexte de l'exercice libéral et concurrentiel : une étude comparative des pratiques de la prescription entre les généralistes français et néerlandais constate que le patient français domine la fin de la consultation en retenant son règlement si ses besoins en matière de prescription n'ont pas été satisfaits (46).

La même étude montre qu'accepter les demandes déraisonnables des patients engendre une dévaluation du métier et une souffrance au travail : *« j'ai cru que je pouvais fidéliser la clientèle comme ça, mais c'est faux, parce qu'on finit par passer pour un paillasson, les gens disent « donnez-moi ça et ça »* (46). Les médecins ressentent un sentiment d'inutilité professionnelle face à des patients qui leur dictent la conduite à suivre en matière de traitement ou de parcours de soins (47).

4.2.1.3. Contraintes de l'exercice libéral : Le travail administratif et rémunération.

« La paperasse », les « lourdeurs administratives » étaient au cœur de plaintes récurrentes. Les activités de secrétariat étaient considérées par les médecins comme le « sale boulot » qui peut être délégué à d'autres. Les médecins ayant cet état d'esprit disaient qu'ils n'avaient pas fait autant d'années d'étude pour faire du secrétariat, tout en reconnaissant pour certains l'importance des fonctions d'aide et de secrétariat (48).

Pourtant la moitié des généralistes n'ont pas de secrétaire. Pour certains il s'agit d'un choix, pour d'autres d'une contrainte économique (45). Rares étaient les médecins qui jugeaient inutile la présence d'un secrétariat et préféraient assumer seuls le travail administratif, mais beaucoup estimaient que les charges d'un secrétariat seraient un luxe, conséquences des conditions de travail difficiles.

4.2.1.3.1. Sur-prescription comme révélateur de fatigue professionnelle

Une revue de littérature confirme ce qui émergeait des entretiens : la « fatigue professionnelle » est un facteur non clinique important intervenant dans les motivations de prescription médicamenteuse.

Une charge de travail élevée conduit à faire plus de prescriptions. Cette sur-prescription permet de pallier la fatigue du médecin, son manque de désir à s'investir dans la relation soignant-soigné (49). Ainsi, les ordonnances permettent de ne pas revoir des patients dont les retours sont jugés « gênants ».

Les prescriptions sont plus nombreuses les jours où il y a une surcharge de travail, la veille des vacances, ou lorsque la salle d'attente est pleine. Ce phénomène est plus fréquent chez les médecins en fin de carrière ou souffrant d'épuisement professionnel. Prescrire est un mécanisme efficace pour clore la consultation plus rapidement (46).

Le portrait de « gros prescripteurs » est dressé par Anne VEGA : Ils ont généralement moins d'appétence pour les patients, à qui ils font peu confiance. La consultation est souvent un monologue conclu par une prescription qui leur permet de se passer d'écoute. Assez peu épanouis dans leur travail, ils n'ont pas forcément souhaité être médecins généralistes, mais ils ont le souci de la reconnaissance professionnelle et de l'ascension sociale (50).

4.2.1.3.2. Arrêt prématuré de l'activité

Les difficultés du métier identifiées lors des entretiens ont trouvé leur écho dans un rapport de DRESS sur la cessation d'activité des médecins généralistes libéraux (45).

En effet, les difficultés de l'exercice relevées dans les entretiens concordent avec les causes de l'arrêt prématuré de l'exercice :

- ✓ Risque de l'épuisement professionnel
- ✓ Retentissement sur la vie privée
- ✓ Être dépassé par ses patients devenus trop exigeants
- ✓ Contraintes liées à l'exercice libéral : travail administratif et rémunération

Pour un médecin sur cinq, la carrière libérale ne dépasse pas 18 ans et environ 10 % des cessations d'exercice se font au bout de 8 ans (51).

4.2.1.3.3. L'épuisement professionnel

L'étude de la littérature confirme que les médecins généralistes libéraux sont une population à fort risque d'épuisement professionnel, avec un taux de suicide élevé.

- ✓ Une enquête réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux montre que 53 % des médecins libéraux interrogés se sentent menacés par l'épuisement professionnel (52).
- ✓ Selon la CARMF, la première cause d'invalidité chez les médecins est représentée par les affections psychiatriques en 2003 (53).
- ✓ L'étude réalisée en 2003 par Y. Léopold pour le Conseil national de l'Ordre des médecins montre une surmortalité chez les médecins français. Sur 5 ans, 69 suicides ont été recensés pour 492 décès dans une population de 44 000 médecins. Ce taux de suicide de 14 % contraste avec celui de 5,9 % retrouvé dans la population générale du même âge (30 à 65 ans). (54)

4.2.2. Impacts de l'écoute active

4.2.2.1. Comblent la lacune de la formation à la relation médecin-patient pour mieux appliquer le savoir médical

Les médecins se plaignaient de leur formation initiale. Ils la jugeaient insuffisante et inadaptée à leur pratique, notamment sur le plan relationnel, alors que la relation au patient était indispensable à la qualité des soins.

L'absence de formation sur l'aspect relationnel et la gestion de l'incertitude en médecine générale, semblaient être particulièrement préjudiciables à l'exercice du métier. Cela avait pour conséquence d'augmenter drastiquement les prescriptions inutiles. Le médicament devient un moyen de réguler la fatigue et d'éviter des patients « gênants ». Le recours aux examens complémentaires et aux avis des spécialistes permet de ne pas « *passer à côté de quelque chose de grave* » et rassure. (50)

Les médecins formés à la relation médecin-patients appliquent mieux leur savoir médical (55).

4.2.2.2. Une relation d'aide vers l'autonomie du patient

Pour Carl Rogers, une relation d'aide est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au patient « *d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation* ». Les ordres et les menaces ne sont pas des techniques qui transforment fondamentalement le comportement humain, l'implication du patient, elle, est essentielle.

En effet, « *l'approche de l'écoute active vise directement la réalisation, d'une indépendance et d'une intégration plus grande de l'individu* ». L'approche est centrée sur l'individu et non sur le problème. « *Le but n'est pas de résoudre un problème en particulier mais d'aider l'individu à atteindre la maturité qui lui permettra de faire face au problème actuel et aux suivants, d'une manière mieux adaptée. S'il peut acquérir les outils suffisants pour prendre en main un problème de manière plus indépendante, plus responsable, moins confuse, mieux organisée, alors il pourra aussi prendre en mains de cette façon de nouveaux problèmes* » (56).

4.2.2.3. Un épanouissement professionnel des médecins

Les médecins initiés à l'écoute active ont rapporté qu'ils :

- ✓ Sont plus à l'aise avec les patients et ont des consultations plus maîtrisées et apaisées
- ✓ Ne redoutent plus certains « patients difficiles »
- ✓ Utilisent mieux le temps de travail et de consultation
- ✓ Sont capables de se décharger des attentes irréalistes
- ✓ Ont plus de satisfaction au travail
- ✓ Se sentent plus confiants
- ✓ Se sentent plus efficaces et moins submergés par le travail

On retrouve certaines de ces caractéristiques chez les médecins cessant tardivement leur carrière et qui ont en commun de s'être épanouis professionnellement grâce à l'aménagement de conditions de travail favorable et à la reconnaissance de leurs compétences (45).

4.2.3. Mise en situation : L'utilisation de l'écoute active face à la souffrance psychosociale

L'efficacité des formations à des techniques relationnelles dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychologique par le médecin généraliste a fait l'objet en 2000 de méta-analyses (57,58). À l'issue de ce travail, il est prouvé que la qualité de la prise en charge dépend constamment de la capacité du médecin à :

- ✓ Établir un rapport satisfaisant avec le patient
- ✓ Développer une compréhension partagée du problème
- ✓ Promouvoir un changement positif du comportement du patient

4.2.3.1. Établir un rapport satisfaisant

L'écoute active propose des outils de communication (les attitudes, les habiletés relationnelles et techniques) afin d'établir un rapport satisfaisant avec les patients.

Carl Rogers établit la notion de « considération positive inconditionnelle » du patient, c'est-à-dire une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers ce que vit le patient, sans réserve ni jugement (59). Cette considération bienveillante évite les pièges de la communication en consultation (avis autoritaire, préjugés...)

L'utilisation des outils de communication était cependant sujette à controverse dans les entretiens : Son côté artificiel et sa tendance à la « manipulation » étaient souvent relevés, notamment dans l'utilisation hors champ professionnel. Ces aspects sont également abordés par une autre étude sur la communication. Pour ces auteurs, s'il est important d'être présent, authentique, à l'écoute, il est tout aussi souhaitable d'être formé aux techniques relationnelles : celles-ci font l'objet d'un apprentissage conscient avec des mises en pratique. Elles sont ensuite intégrées et oubliées, laissant le champ à l'authenticité et à la spontanéité (60).

4.2.3.2. Développer une compréhension partagée du problème

Les médecins interviewés ont souligné l'importance de se défaire de leurs propres projections. En effet, bien que les médecins aient le sentiment de faire des efforts pour communiquer, les questions

et les préoccupations des patients étaient souvent mal entendues, mal comprises. C'est ce que l'anthropologue S.Fainzang appelle le « décalage cognitif » (61). Ce « décalage cognitif » est à l'origine de réponses inappropriées et insatisfaisantes.

L'élaboration d'une compréhension partagée du problème nécessite une exploration des connaissances du patient et de ses croyances.

Cette élaboration n'est possible que si le médecin ne pense pas à la place du patient et ne lui impose pas ses propres solutions. Il doit avoir la croyance fondamentale que le patient possède les ressources nécessaires au changement. « *Quoi que l'aidant puisse savoir de la situation, le patient est le seul qui puisse résoudre le problème* » (59). Pour cela, « *la relation d'aide doit être exempte de toute forme de pression ou de coercition* », pour Carl Rogers, « *le psychologue habile s'abstient d'introduire dans les situations thérapeutiques ses désirs, ses réactions ou ses penchants personnels*» (59).

4.2.3.3. Promouvoir un changement positif du comportement

Un changement positif et durable n'est possible qu'avec l'autonomie et l'implication personnelle du patient (59).

La thérapie brève définit d'ailleurs quatre niveaux d'implication chez le patient (62)

- ✓ Le passant ou le touriste : qui n'a pas de demande propre (souvent envoyé par un tiers. Il pense qu'il n'a pas de problème ou que son problème vient des autres)
- ✓ Le chercheur ou le plaignant : qui veut une solution, mais n'est pas prêt à passer à l'action. Il vient chercher le remède miracle, car enfermé dans sa plainte, il ne veut pas reconnaître sa part de responsabilité
- ✓ L'acheteur ou le client : qui est motivé par le changement, et prêt à essayer des solutions proposées
- ✓ Le cothérapeute : autonome et proactif, qui veut se prendre en charge.

Responsabiliser le patient et lui rendre son autonomie permet ainsi au patient de trouver les ressources en lui-même pour affronter les problèmes et mettre en place les changements durables.

4.2.4. L'écoute active comme outil de soin

Les médecins généralistes affirment que la première réponse en matière de souffrance psychique est l'écoute (bien avant les médicaments, intervention sur le social/administratif, le recours aux spécialistes). Ne disposant pas d'outil adéquat, c'est une fonction de quasi « psy » qu'ils ont du mal à gérer (42).

L'écoute active, contrairement à l'écoute « compatissante », offre des outils et des compétences émotionnelles pour établir une relation de soins, tout en évitant la contagion émotionnelle (58) et la souffrance professionnelle. On retrouve dans la littérature les éléments de l'écoute active abordés lors des entretiens :

- ✓ Les attitudes, habiletés relationnelles (savoir être)
 - Utilisation de l'empathie, c'est-à-dire reconnaître ouvertement le point de vue et les émotions du patient et utiliser le reflet.
 - Utilisation des compétences émotionnelles
- ✓ Les habiletés techniques (savoir-faire)
 - Respect des silences
 - Reformulation
 - Résumé/synthèse

4.2.5. Les raisons de la carence de la formation à la communication

Malgré les bénéfices potentiels d'une formation des médecins à la communication pour le patient (meilleurs service médical rendu), pour le médecin (amélioration de la prise en charge du patient et diminution de la fatigue professionnel) et pour la société (optimisation des ressources de soin), cet apprentissage reste quasi-inexistant dans les cursus des médecins généralistes de l'échantillon.

Cette carence trouve écho chez les internes de médecine générale. Ainsi, une enquête conduite en 2017 auprès des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées (63) montre que 94,4% d'entre eux avaient rencontré des difficultés de communication avec leurs patients et 84,6% d'entre eux souhaitaient une formation à la communication et à la relation médecin-patient.

Claude Richard, Marie-Thérèse Lussier et al. émettent dans leur ouvrage intitulé *Communication professionnelle en santé* (63) quelques hypothèses sur les raisons de ce scotome :

- ✓ Jusqu'à très récemment, la relation du médecin aux patients reposait sur l'autorité conférée par son expertise. Dans cette posture descendante paternaliste, il s'agissait pour le médecin de savoir comment faire respecter ses prescriptions.
- ✓ Le volume croissant de connaissances scientifiques à transmettre oblige les responsables des programmes universitaires à faire des choix. On ne peut que constater que ces responsables des programmes, ne privilégient pas la mise en place d'une formation à la communication : la plupart pense que les médecins acquièrent les bases de la communication thérapeutique à leur admission à la faculté ou en observant leur sénior et que la manière de communiquer ne modifie pas la qualité des soins ni essentielle à l'expertise médicale.

En 2012 (64) puis en 2016 (65), un état des lieux des formations à la relation médecin-patient a été réalisé au sein des trente-cinq DMG (Départements de Médecine Générale) de France. On remarquera là encore une certaine confusion des concepts entre relation et communication même au sein d'une discipline souvent pionnière en matière de pédagogie. Ces deux recensements concluent à une extrême hétérogénéité des formations à la communication aussi bien en termes de temps dédié qu'en matière de contenu.

Après la formation initiale, tous les acteurs des soins sont soumis à une obligation réglementaire de développement et de perfectionnement des compétences : le DPC (Développement Professionnel Continu). La réalité de ce parcours (obligation triennale de 21 heures de formation) et de son indemnisation ; l'agrément des organismes de formation comme la validation des programmes pédagogiques est placée sous l'autorité d'une agence d'état : ANDPC (l'Agence Nationale du

Développement Professionnel Continue). Celle-ci opère dans le cadre des Orientations Nationales de Santé Publique définies par le Ministère de la Santé. Jusqu'à présent, force est de constater que les tutelles publiques y compris celles de l'enseignement supérieur n'ont pas inscrit cette formation à la communication comme une priorité nationale. Aussi la commission de contrôle des programmes de l'ANDPC a-t-elle rejetée en 2018, y compris en appel, la formation « Écoute active, premier pas de l'Éducation Thérapeutique du patient » (Orientation nationale n° 32 : Éducation pour la santé) avec l'explicatif suivant : malgré sa qualité pédagogique n'entre dans aucune des orientations prioritaires du DPC définie par l'arrêté du 08 décembre 2015 (66). Par contre lorsque le problème médical génère en lui-même un retentissement psychologique important, une formation à « l'annonce d'une mauvaise nouvelle » semble nécessaire, en particulier en milieu hospitalier où cette question est l'objet de nombreuses insatisfactions des patients.

Jusqu'à ce jour, seul le Fonds d'action des professions médicales (FAFPM) géré par les syndicats professionnels a accepté des programmes de formation à la communication thérapeutique, ce qui illustre que les professionnels en activité ont eux bien identifié ce besoin de formation. Fait nouveau et porteur d'espoir, l'ANDPC a proposé en mars 2019 aux Collèges professionnels d'apporter leur contribution à l'élaboration des orientations nationales de Santé. Si la formation à la communication thérapeutique est retenue parmi ces orientations, il est même possible qu'elle s'impose à terme aux universités médicales, pour le plus grand bien des patients, des médecins et la Santé publique.

4.3. Les limites de l'étude

Les limites de l'étude étaient celles de la recherche qualitative. En effet, la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (31). Cependant, les impacts relevés ont trouvé écho dans d'autres études similaires, ce qui confère à l'étude une validité externe.

5. Conclusion

Cette étude exploratoire qualitative a permis de relever les impacts d'une initiation à l'écoute active chez les médecins généralistes. Les retours des praticiens ont été très positifs.

Les médecins formés ont rapidement intégré les techniques enseignées à leur pratique quotidienne. Ils avaient tous évoqué un sentiment de confort dans leur travail qu'ils avaient tiré de la formation, alors qu'ils jugeaient leur métier contraignant, stressant et difficile. Ils regrettaient de ne pas avoir été initiés à ces techniques lors de leur formation initiale et recommandaient cette formation à leurs confrères qui évoquaient des problèmes relationnels avec leurs patients.

D'autres changements bénéfiques ont pu être rapportés, notamment dans leur posture par rapport au patient ou dans leur pratique médicale. Ils ont fait part notamment de leur sentiment de mieux appliquer le savoir médical et de développer une meilleure autonomie et une meilleure observance chez leurs patients. Enfin, quelques changements positifs mesurables dans le cadre des objectifs de santé publique ont été cités.

Les études supplémentaires peuvent être menées pour confirmer les thèmes émergents issus de cette recherche : les impressions de confort de travail peuvent être confirmées par le biais de consultations simulées avec observateurs ou une enquête auprès des médecins formés, quant à l'impact de l'écoute active sur la prescription, il pourrait être étudié par une étude quantitative comparant les prescriptions des praticiens avant et après la formation.

Compte tenu des impacts bénéfiques rapportés, une initiation à l'écoute active devrait être proposée aux étudiants en DES de médecine générale dans le cadre de leur formation à la communication. Elle devrait également être accessible aux médecins généralistes en exercice dans le cadre des programmes de l'ANDPC sous réserve d'être reconnue comme un objectif national de Santé Publique, tant la carence universitaire est criante et les besoins flagrants. Ceci supposerait que l'Agence oriente le DPC également vers la protection des médecins eux-mêmes, ce qui n'est pas le cas alors que les projets d'accréditation en cours ont, eux, pris ce sujet en considération.

6. Bibliographie

1. Collège national des généralistes enseignants (France), Pouchain D. Médecine générale: concepts et pratiques, à l'usage des étudiants, des enseignants et des praticiens de la discipline. Paris: Masson; 1996.
2. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
3. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. mars 2009;74(3):295-301.
4. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 1 oct 2000;51(7):1087-110.
5. WONCA EUROPE. The European definition of general practice/family medicine. 2002;
6. Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.
7. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain J-C. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Médecine*. 1 oct 2011;7(8):381-5.
8. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 20 janv 1999;281(3):283-7.
9. Dyche L, Swiderski D. The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *J Gen Intern Med*. mars 2005;20(3):267-70.
10. Waitzkin H. Doctor-Patient Communication: Clinical Implications of Social Scientific Research. *JAMA*. 2 nov 1984;252(17):2441.
11. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship with the doctor mean? *Scand J Prim Health Care*. sept 1992;10(3):163-9.
12. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 27 juin 1994;154(12):1365-70.
13. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 19 févr 1997;277(7):553-9.
14. Beaulieu MD, Leclère H, Bordage G. Taxonomy of difficulties in general practice. *Can Fam Physician*. juin 1993;39:1369-75.
15. Kurtz SM. Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol*. juin 2002;29(Supplement S2):S23-S29.
16. Kurtz SM, Silverman J, Draper J, Silverman J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford; San Francisco: Radcliffe Pub.; 2005.

17. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 23 févr 2002;359(9307):650-6.
18. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2003;78(8):802-9.
19. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach*. 1 janv 1999;21(6):563-70.
20. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*. 3 sept 2003;290(9):1157-65.
21. Mazzi MA, Bensing J, Rimondini M, Fletcher I, van Vliet L, Zimmermann C, et al. How do lay people assess the quality of physicians' communicative responses to patients' emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations. *Patient Educ Couns*. mars 2013;90(3):347-53.
22. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. *Presse Médicale*. juin 2006;35(6, Part 1):967-73.
23. Balint M, Valabrega J-P. *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot; 1996.
24. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press; 1997. 468 p.
25. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Aust Fam Physician*. déc 2005;34(12):1053-5.
26. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 19(5):413-25.
27. Duan C, Hill CE. The current state of empathy research. *J Couns Psychol*. 1996;43(3):261-74.
28. Gladstein GA. Empathy and Counseling Outcome: An Empirical and Conceptual Review. *Couns Psychol*. 12 janv 1977;6(4):70-9.
29. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy*. sept 2007;44(3):240-8.
30. Kawamichi H, Yoshihara K, Sasaki AT, Sugawara SK, Tanabe HC, Shinohara R, et al. Perceiving active listening activates the reward system and improves the impression of relevant experiences. *Soc Neurosci*. 2 janv 2015;10(1):16-26.
31. Aubin, Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;2008;84:142-5(N° 84):Pages 142 à 145.
32. Kaufmann J-C. *L'entretien compréhensif*. Paris: A. Colin; 2014.
33. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, Dr Patrick BOUET, Président, Sous la direction du Dr Jean-François RAULT, Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale., Réalisé par Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS,, Géographe de la santé. *ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE, SITUATION AU 1ER JANVIER 2016*.

34. Cadwallader JS, Vaillant Roussel, Boulet P, Paumier F, Bottet A, Dumoitier N. Motivations des médecins généralistes à devenir maître de stage des université. *Exercer*. 2015;2015;117:33-9.(N° 117):Pages 33 à 39.
35. Bloy G, Schweyer F-X, éditeurs. *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010. 423 p. (Métiers santé social).
36. Quill TE, Williamson PR. Healthy approaches to physician stress. *Arch Intern Med*. sept 1990;150(9):1857-61.
37. Quill TE. Partnerships in patient care: a contractual approach. *Ann Intern Med*. févr 1983;98(2):228-34.
38. Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N, et al. *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
39. LAZARUS Antoine, STROHL Hélène. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport*. 1995 févr. (Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain).
40. DRESS. *L'état de santé de la population en France en 2006, Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. 2007.
41. Haxaire, Claudie, Genest Philippe, Philippe Bail. *Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique*. In: *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. 2010. p. 133-46. (Presses de l'EHESP).
42. Dumitru-Lahaye C, Directeur J.-P. Goudailler. *L'hétérogénéité discursive: analyse linguistique des représentations de la souffrance du médecin généraliste dans l'exercice de sa profession [Maîtrise de Linguistique (M2R)]*. Université PARIS DESCARTES; 2005.
43. Dubet F. *Le déclin de l'institution*. Paris: Seuil; 2002. 421 p. (L'épreuve des faits).
44. Nathalie Lapeyre, Nicky Le Feuvre. *Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé*. *Rev Fr Aff Soc*. 2005;
45. Anne VEGA. *Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES; 2007.
46. Rosman, Sophia. *Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas*. In: *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP. 2010. p. 117-32.
47. Sarradon-Eck Aline. « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins. In: *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP; 2010. p. 253-70.
48. Hughes EC, Chapoulie J-M. *Le regard sociologique: essais choisis*. Paris: Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales; 1996. 344 p. (Recherches d'histoire et de sciences sociales).
49. COHEN David, KARSENTY Serge. *Les Représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques : une étude comparative Québec - France : rapport de recherche du Programme « Médicaments et santé mentale » de la Mission interministérielle recherche expérimentation*.

UNIVERSITE DE MONTREAL. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention; CENTRE DE RECHERCHE EN ECONOMIE DE LA SANTE (Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne); FRANCE. Mission interministérielle recherche expérimentation; 1997 déc.

50. Anne Vega. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. Sous la responsabilité scientifique de Sylvie Fainzang, directrice de recherche INSERM au CERMES CNRS-Inserm-EHESS; 2011 août.
51. Véronique Lucas-Gabrielli, Marie Jo Sourty-Le Guellec. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Cent Rech D'ETUDE Doc EN Econ SANTE. avr 2004;(N°81).
52. Régis Mouriès. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. Union Régionale des Médecins Libéraux IDF; 2007.
53. CARMF. Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité. Informations de la CARMF; 2006.
54. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil national de l'Ordre des médecins; 2003 oct. (Rapport au Conseil national de l'Ordre des médecins).
55. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. BMJ. 10 nov 2001;323(7321):1100-2.
56. Rogers CR, Zigliara J-P. La relation d'aide et la psychothérapie. Issy-les-Moulineaux: ESF; 2014.
57. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (I): Definitions and literature review. Br J Gen Pract. avr 2000;50(453):313-8.
58. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (II): A research agenda for the development of evidence-based practice. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. mai 2000;50(454):396-400.
59. Rogers CR. Le développement de la personne. Paris: InterEditions; 2011.
60. Jacques Auger, Jacques Puichaud. Comment améliorer la relation médecin-malade? Rev Prat - MÉDECINE GÉNÉRALE. sept 2004;(N° 662/663).
61. Fainzang S. La relation médecins-malades: information et mensonge. P.U.F; 2015.
62. Isebaert L, Cabié M-C. Pour une thérapie brève: le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1999. 208 p. (Relations).
63. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique; 2005.
64. Hocry C. Etat des lieux de l'enseignement théorique de la Relation/Communication médecin-malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés en France en 2012-2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
65. Adeline Florence, Jonathan Yana. Etat des lieux des modalités de l'enseignement de la compétence « Relation – Communication – Approche Centrée Patient » au sein des

Départements de Médecine Générale français. [Mémoire]. Diplôme Inter Universitaire de Pédagogie Médicale Universités Paris V, Paris VI, Paris XI, Paris XII; 2016.

66. Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.

**Annexe 1. Courriel de la SFMG aux médecins généralistes ayant participé à la formation
« l'écoute active du patient »**



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

sfm@sfmg.org
www.sfm.org

Chère consœur, Cher confrère,

Vous avez participé à la formation :

- "**Écoute active du patient**"

Un des axes du plan triennal de recherche de la SFMG est celui de la communication thérapeutique en Médecine Générale.

En association avec le département de médecine générale de l'Université Paris XI, nous vous proposons de **participer à une thèse qualitative portant sur l'impact de la formation à laquelle vous avez participé, que vous pratiquiez ou non l'écoute active**. Il s'agit d'un entretien, en face en face, dans votre cabinet (ou le lieu de votre choix) avec le thésard, et dont la durée n'excèdera pas 45 mn. L'indemnisation prévue est de 100 euros.

Nous envisageons de recruter entre 15 et 20 médecins, d'ici la fin mai.

Si vous souhaitez contribuer à cette recherche, renvoyez nous le court questionnaire d'identification, joint à cet envoi.

Vous pouvez nous envoyer le questionnaire :

- par courrier à l'adresse :

SFMG - 141 avenue de Verdun – 92130 Issy les Moulineaux

- par retour mail à l'adresse : formation@sfmg.org , en enregistrant dans un premier temps le document renseigné sur votre ordinateur et en l'envoyant en pièce jointe.

Bien confraternellement,

Pascale ARNOULD, MCA Paris XI

François RAINERI, MCA Paris XI

Responsable SFMG Dépt Groupes de Pairs

Responsable SFMG Dépt Formations

Courriel : formation@sfmg.org

7. Summary

The doctor-patient relationship has evolved from a paternalistic and biomedical system to an autonomist and bio-psycho-social model. The current concept, PCA (patient-centered approach) is largely inspired by Carl Rogers' work on active listening.

This study was conducted to identify the impacts of an initiation in active listening on GPs. This was a qualitative study, based on semi-structured individual interviews. These interviews were conducted using an interview guide with an “icebreaker question” and five potential reminders. GPs who had been trained in active listening by the SFMG were contacted for interviews.

The sample studied included 16 general practitioners practicing in Ile de France, Centre or Rhône-Alpes-Côte d'Azur. The interviews took place between February and September 2015. Trained GPs have noted beneficial changes in the experience of their profession, in their positioning with respect to patients in their medical practice. They reported a feeling of increased comfort at work after being trained, compared with the usual challenges, stress and difficulties of their job. Doctors who had received training evoked peaceful consultations and felt a change in the doctor-patient relationship towards a collaborative relationship that promotes patient autonomy. In terms of medical decision, trained physicians felt they were better able to apply their medical knowledge to more observant patients. They report a lack of training in communication during their initial professional training which was also one of the reasons they participated in this training. They expressed regret not to have been trained earlier in communication. Given the beneficial effects reported, an introduction to active listening could be offered to students in general medicine and GPs.

Keys words: General medicine, Communication, doctor-patient relationship, active listening

8. Résumé

La relation médecin-patient a évolué d'un système paternaliste et biomédical vers un modèle autonomiste et bio-psycho-social. Le concept actuel, ACP (Approche Centrée sur le Patient) est largement inspiré des travaux de Carl Rogers sur l'écoute active.

Cette étude a été réalisée pour relever les impacts d'une initiation à l'écoute active sur les médecins généralistes. Il s'agissait d'une étude qualitative, basée sur des entretiens individuels semi-directifs. Ces entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide comportant une question « brise glace » et de cinq relances potentielles. Des médecins généralistes ayant été formés à l'écoute active à la SFMG ont été contactés pour la réalisation des entretiens.

L'échantillon étudié comportait 16 médecins généralistes exerçant en Ile de France, dans la région centre ou Rhône-Alpes-Côte d'azur. Les entretiens ont eu lieu entre février et septembre 2015. La saturation a été atteinte lors du 11^e entretien. Les médecins formés ont relevé des changements bénéfiques dans le vécu de leur métier, dans leur posture par rapport au patient, dans leur pratique médicale. Ils faisaient état d'une sensation de confort au travail après la formation alors qu'ils jugeaient leur métier contraignant, stressant et difficile. Les médecins formés évoquaient des consultations apaisées, une évolution de relation médecin-patient vers une relation de collaboration favorisant l'autonomie du patient. En termes de décision médicale, les médecins formés avaient l'impression de mieux appliquer leur savoir médical chez les patients devenus eux-mêmes plus observants. Ils font état d'une carence de formation à la communication lors de leur cursus initial, ce qui était d'ailleurs une des raisons pour laquelle ils ont participé à cette formation. Ils ont exprimé le regret de ne pas avoir été formés plus tôt. Compte tenu des effets bénéfiques rapportés, une initiation à l'écoute active devrait être proposée aux étudiants en DES de médecine générale et aux médecins généralistes.

Mots clés: Médecine générale, communication, relation médecin-patient, écoute active