



Année 2016-2017

N°

## **THESE**

pour le

## **DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'État

par

**LUC COLOMBIER**

Né le 8 Août 1982 à Saint-Doulchard (18)

---

**La qualité d'écoute des médecins généralistes : étude qualitative de l'opinion des patients dans le département du Cher.**

---

Présentée et soutenue publiquement le **2 juin 2017** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation Médicale et Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Christophe DESTRIEUX, Anatomie, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse :

Docteur Thierry BALAND, Médecine Générale – Mehun-sur-Yèvre

## Résumé en français :

**Introduction :** L'écoute est le fondement de la relation entre deux personnes, *a fortiori* de la relation médecin-patient. Indispensable au diagnostic, elle semble, pour les professionnels et en particulier les médecins généralistes, indissociable de leur profession et peut leur paraître innée. Du point de vue des patients, il semble que les médecins aient des progrès à faire afin d'acquérir une bonne qualité d'écoute. Cette étude tente d'en déterminer les composantes.

**Méthode :** Une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés a été réalisée à partir de patients demeurant dans le département du Cher. Une retranscription *verbatim* des entretiens puis une analyse thématique s'en est suivie.

**Résultats :** Onze catégories de déterminants d'une bonne ou d'une mauvaise qualité d'écoute ont été identifiés, ayant trait : à la notion de temps, à la gravité du problème, au questionnement, à l'attitude verbale et non verbale du médecin, à sa personnalité, à son professionnalisme, à son état de santé, à son statut (médecin installé ou remplaçant), à la longévité de la relation médecin-patient et enfin à l'utilisation de certaines techniques de communication. A cela s'ajoutaient l'impression d'avoir tout dit et celle de n'avoir pas été interrompu comme éléments associés à une bonne qualité d'écoute.

**Conclusions :** Les déterminants repérés par cette étude permettent de définir 43 conseils pour améliorer sa qualité d'écoute, utiles à tout médecin clinicien, et en particulier au médecin généraliste. A partir de ceux-ci pourrait émerger une formation des étudiants et internes en médecine à l'écoute afin de leur donner les clés utiles à un meilleur exercice de leur profession.

## Mots-clés en français :

- Qualité d'écoute
- Médecine générale
- Communication
- Relation médecin-malade
- Professionnalisme
- Formation

## **Résumé en anglais :**

### The listening skills of the general practitioners : qualitative study of the opinion of the patients in the Cher department (France).

**Introduction:** Listening is the basis of the relationship between two people, especially in the doctor-patient relationship. Essential to the diagnosis, it seems, for professionals and particularly general practitioners, it seems inseparable from their profession and may even appear innate for them. From a patient's perspective, it seems that doctors still have to make progress in order to acquire good listening skills. This study tries to determine the components of listening.

**Method:** A qualitative study by semi-structured individual interviews has been carried out from patients residing in the Cher department. A verbatim transcription of the interviews followed by a thematic analysis was then carried out.

**Results:** Eleven categories of criteria determining good or poor listening skill were identified, related to: the notion of time, the severity of the problem, the questioning, the verbal and non-verbal attitude of the physician, his personality, his professionalism, his state of health, his status (physician installed or replaced), the longevity of the doctor-patient relationship and finally the use of certain communication techniques. To this was added the impression of having said everything and of not having been interrupted as elements associated with good listening skill.

**Conclusions:** The criteria identified by this study allow us to define 43 tips to improve ones listening skills, useful to any clinician doctor, and particularly the general practitioner. From these could emerge a training of students and medical interns in order to give them useful keys to a better exercise of their profession.

## **Mots-clés en anglais :**

- Listening skills
- General medicine
- Communication
- Physician-patient relationship
- Professionalism
- Training

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Pr. Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr. Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr. Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr. André GOUAZE - 1972-1994  
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. Catherine BARTHELEMY  
Pr. Philippe BOUGNOUX  
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN  
Pr. Noël HUTEN  
Pr. Olivier LE FLOCH  
Pr. Yvon LEBRANCHU  
Pr. Elisabeth LECA  
Pr. Gérard LORETTE  
Pr. Roland QUENTIN  
Pr. Alain ROBIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU  
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN  
– L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI  
– P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE  
– J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y.  
LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH –  
J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C.  
ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ALISON Daniel .....	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie, addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie, radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry .....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
LABARTHE François.....	Pédiatrie

LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

LEBEAU Jean-Pierre  
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien..... Soins palliatifs  
POTIER Alain..... Médecine Générale  
ROBERT Jean..... Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

BAKHOS David .....	Physiologie
BARBIER Louise .....	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
BERTRAND Philippe .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100

MAZURIER Frédéric..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292  
MEUNIER Jean-Christophe..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966  
PAGET Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
RAOUL William..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292  
SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM  
1100  
WARDAK Claire ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire ..... Orthophoniste  
GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier  
MONDON Karl ..... Praticien Hospitalier  
PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

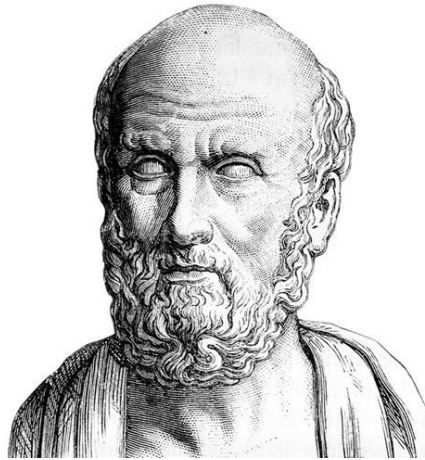
LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier  
MAJZOUB Samuel ..... Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice..... Praticien Hospitalier



## Serment d'Hippocrate



En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

## Remerciements

À Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN,

Au cours de mes études de médecine c'est de vous que j'ai appris le plus et je vous en remercie. Vous avez été là dans les moments de doute et vos conseils ont été d'une grande valeur. Vous me faites aujourd'hui l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous assure de ma gratitude et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,

Vous avez su, par le biais du DUMG, me transmettre les valeurs et les compétences de la médecine générale. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

À Monsieur le Professeur Christophe DESTRIEUX,

Outre que vos cours d'anatomie m'aient passionné, votre personne m'inspire une grande sympathie. Je vous remercie d'avoir accepté *in extremis* de faire partie de mon jury de thèse et de l'intérêt porté à mon travail.

À Monsieur le Docteur Thierry BALAND,

Je te remercie d'avoir accepté par amitié de diriger mon travail de thèse, de m'avoir aiguillé dans ce projet, malgré ta disponibilité limitée. Tes remarques ont enrichi cette étude et l'ont éclairée de ton regard expérimenté. Merci également pour la formation que tu m'as transmise au cours de ces deux semestres de stage en libéral.

À Delphine et Daisy mes relectrices anglophones

## Dédicace

À Stéphane, mon ami, prédestiné à diriger cette thèse. Ton décès brutal fut un déchirement. Merci pour ton soutien et tes conseils érudits.

À mes parents, sans qui je ne serais pas ce que je suis. Merci pour ce que vous m'avez transmis et pour votre amour.

À ma famille. Merci pour votre soutien pendant toutes ces années.

À Anne, Arnaud, Damien, David, Jean-Marie, Lucie, Michaël et Sébastien, mes amis. Merci de toute l'affection que vous me portez.

À Victoire et Florent, mes filleuls.

À Geoffrey.

*Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours.*  
Louis Pasteur

*Savoir écouter, c'est posséder, outre le sien, le cerveau des autres.*  
Léonard de Vinci

## Sommaire

Résumé en français : .....	2
Mots-clés en français : .....	2
Résumé en anglais : .....	3
Mots-clés en anglais : .....	3
Composition de la faculté.....	4
Serment d'Hippocrate .....	9
Remerciements .....	10
Dédicace .....	10
Sommaire .....	12
1. Introduction .....	14
1.1. Définitions .....	14
1.1.1. L'écoute.....	14
1.1.2. Le concept d'attention .....	14
1.1.3. Le type d'écoute selon le niveau d'attention.....	14
1.1.3.1. L'écoute attentive.....	14
1.1.3.2. L'écoute avec attention flottante.....	15
1.1.3.3. L'écoute avec attention sélective .....	15
1.1.3.4. La qualité .....	15
1.1.4. La qualité d'écoute .....	15
1.2. La qualité d'écoute : don inné ou capacité acquise ? .....	16
1.2.1. Le prisme de la communication .....	16
1.2.2. Les techniques issues de la programmation neurolinguistique <sup>5,6</sup> .....	16
1.2.3. Les techniques issues de l'entretien motivationnel <sup>7,8</sup> .....	17
1.2.4. La communication non verbale .....	17
1.3. La notion d'empathie.....	18
1.4. La « quantité d'écoute » .....	18
1.5. Recherche d'un référentiel pour l'évaluation de la qualité d'écoute.....	19
1.5.1. Le référentiel de compétences de la WONCA .....	19
1.5.2. Le référentiel de compétences du CNGE .....	20
1.5.3. Le guide de Calgary-Cambridge .....	20
1.5.4. Transposition de la norme ISO 9001:2015 <sup>24</sup> à la qualité d'écoute .....	22
1.5.4.1. Définition des enjeux externes et internes .....	22
1.5.4.2. Approche par les risques d'une mauvaise qualité d'écoute .....	22
1.5.4.3. Information documentée .....	23
1.5.4.4. Amélioration continue .....	23
1.6. L'évaluation par les médecins de leur qualité d'écoute .....	23
1.7. L'avis des patients sur la qualité d'écoute de leur médecin .....	24
1.7.1. La qualité d'écoute : principale attente des patients .....	24
1.7.2. Recherche de facteurs statistiquement associés à une moindre qualité d'écoute <sup>24</sup>	24
1.8. Conclusion introductive.....	25
2. Matériel et méthodes .....	26
2.1. Type d'étude .....	26
2.2. Méthodologie.....	26
2.3. Population cible .....	27
2.4. Questionnaire quantitatif .....	27
2.5. Questionnaire qualitatif .....	27

2.5.1.	Première partie .....	27
2.5.2.	Deuxième partie .....	28
2.5.3.	Troisième partie.....	28
2.5.4.	Quatrième partie .....	28
3.	Résultats .....	29
3.1.	Caractéristiques de l'échantillon .....	29
3.1.1.	Motif de consultation .....	29
3.1.2.	Sexe .....	29
3.1.3.	Age .....	30
3.1.4.	Catégorie Socio-Professionnelle .....	30
3.1.5.	Lieu de domicile.....	30
3.2.	Evaluation quantitative de la qualité d'écoute.....	31
3.3.	Evaluation qualitative de la qualité d'écoute.....	32
3.3.1.	Déterminants liés à la notion de temps.....	32
3.3.2.	Déterminants liés à la gravité du problème .....	33
3.3.3.	Déterminants liés au questionnement du médecin .....	33
3.3.4.	Déterminants liés à l'attitude verbale du médecin .....	33
3.3.5.	Déterminants liés à l'attitude non-verbale du médecin.....	34
3.3.6.	Déterminants liés à la personnalité du médecin .....	35
3.3.7.	Déterminants liés au professionnalisme du médecin .....	36
3.3.8.	Déterminants liés à l'état de santé du médecin .....	36
3.3.9.	Déterminants liés à la longévité de la relation .....	37
3.3.10.	Déterminants liés au statut du médecin .....	37
3.3.11.	Déterminants liés à certaines techniques .....	37
3.4.	Impression d'avoir tout dit .....	39
3.5.	Impression d'avoir été interrompu .....	39
3.6.	Utilisation de techniques pouvant améliorer la qualité d'écoute.....	39
3.7.	Durée estimée de la consultation .....	40
3.8.	Pourcentage du temps consacré à l'écoute .....	40
4.	Discussion .....	41
4.1.	Synthèse des principaux résultats .....	41
4.2.	Comparaison aux travaux cités en introduction .....	42
4.3.	En pratique.....	43
4.4.	Limites de l'étude .....	43
	Bibliographie .....	44
	Annexe 1 : Questionnaire patient .....	48
	Annexe 2 : Enregistrements verbatim .....	49
	Annexe 3 : Données sociodémographiques. ....	75
	Annexe 4 : Demande d'avis au comité de protection des personnes pour une recherche mentionnée au 3° de l'article L 1121-1 du code de la santé publique. ....	76
	Annexe 5 : Quelques conseils pour améliorer sa qualité d'écoute.....	77
	Dépôt de sujet de thèse.....	79

# 1. Introduction

L'écoute, d'apparence banale et instinctive *a priori*, est un des fondements de la relation entre deux personnes, en particulier dans le domaine médical. En consultation, elle occupe la majeure partie de la phase diagnostique, en particulier dans le recueil des données motivant le patient à consulter un médecin, nommé « interrogatoire ».

## 1.1. Définitions

Il convient de commencer par définir les concepts que nous allons développer ensuite pour mieux les appréhender.

### 1.1.1. L'écoute

L'écoute, du latin *auscultare*, se définit comme l'« action d'écouter »<sup>1</sup>, c'est-à-dire de « prêter l'oreille avec attention pour entendre »<sup>1</sup>, de « s'appliquer à entendre »<sup>2</sup>, d'« être attentif à ce qui se dit »<sup>2</sup> ou même de « tenir compte de ce que quelqu'un exprime »<sup>2</sup>.

On comprend bien qu'il ne suffit pas d'entendre pour écouter mais bien de focaliser son attention sur les paroles de l'interlocuteur qui nous parle.

### 1.1.2. Le concept d'attention

L'attention, concept indispensable pour préciser le type d'écoute vient du latin *attentio* et signifie la « concentration de l'esprit sur un objet »<sup>1</sup>, « l'action de se concentrer sur, de s'appliquer »<sup>2</sup>.

Au maximum, elle se définit comme une « marque d'affection, d'intérêt ou d'égard »<sup>2</sup>. Bien que cela dépasse le sens dont nous parlons ici, l'on voit bien le lien qui peut se créer à travers l'attention portée au patient et son ressenti d'intérêt de la part de son médecin.

Dans le domaine psychanalytique, l'attention se définit comme la « concentration du psychisme sur un objet ou un point précis »<sup>3</sup>. Elle ne peut couvrir l'ensemble des échanges verbaux entre un patient et son thérapeute.

### 1.1.3. Le type d'écoute selon le niveau d'attention

#### 1.1.3.1. L'écoute attentive

Forme classique si l'on suit la définition, l'écoute attentive comporte une focalisation de l'attention permanente. Utile à l'écolier lors d'une dictée ou au traducteur en langue étrangère, cette forme d'écoute monopolise la mémoire à court terme de façon intense en la saturant rapidement. Elle demande un effort intellectuel et entraîne une fatigue cérébrale rapide

lorsqu'elle n'est pas entraînée. Incompatible avec la durée d'une consultation médicale, elle ne peut avoir totalement sa place dans la relation entre un patient et un médecin.

### **1.1.3.2. L'écoute avec attention flottante**

Introduite par la psychanalyse, l'écoute avec attention flottante « désigne le type particulier d'attention que doit prêter le psychanalyste au discours de l'analysant, qui favorise l'activité inconsciente du psychanalyste lui-même et facilite sa mise en relation avec le monde interne du patient »<sup>3</sup>. Ne s'arrêtant à rien de précis dans le discours du patient, elle laisse libre court à l'interprétation. Incompatible également avec la consultation médicale non psychanalytique, elle peut y prendre une place mineure lors des digressions du patient sur un sujet sans rapport direct avec le motif de consultation.

### **1.1.3.3. L'écoute avec attention sélective**

Principal mode d'interrogatoire du patient, l'écoute avec attention sélective permet de saisir des mots clés utiles au diagnostic, comme par exemple la douleur ou bien encore la fièvre, en s'affranchissant des circonvolutions de langage présentes dans l'expression de la plainte. Permettant une acquisition rapide d'informations pertinentes, l'écoute avec attention sélective biaise la compréhension des subtilités et de la représentation que le patient se fait des symptômes qu'il présente.

### **1.1.3.4. La qualité**

D'emblée la qualité se définit par la « manière d'être d'une chose et ce qui en détermine sa nature »<sup>1</sup>. De façon absolue, et c'est ce qui nous intéresse ici, c'est sa « manière d'être bonne »<sup>1</sup>, sa « supériorité »<sup>2</sup> ou son « excellence »<sup>2</sup> par opposition classique à la quantité et, contrairement, à la médiocrité.

La qualité est une notion graduelle qui peut se mesurer et s'évaluer selon un référentiel de normes. Prenons l'exemple des produits de consommation, pour standardiser cette graduation, l'Organisation Internationale de Normalisation, a défini des normes propres à l'évaluation de la qualité. Il s'agit des normes ISO 9000 à 9004. Un référentiel équivalent doit pouvoir s'appliquer dans l'évaluation des qualités humaines.

## **1.1.4. La qualité d'écoute**

Nous pouvons maintenant définir la qualité d'écoute d'un individu comme la bonne manière de prêter attention à ce qu'il exprime. Celle-ci détermine, pour le patient, le sentiment d'intérêt qu'un médecin porte à ce qu'il dit lors d'une consultation.

## **1.2. La qualité d'écoute : don inné ou capacité acquise ?**

On perçoit bien que, naturellement, certains ont une propension plus importante pour l'écoute. Tout comme on apprend à parler, on apprend, par la guidance parentale et institutionnelle à se taire. Pourtant, bien qu'indispensable, l'écoute n'est pas seulement la capacité à faire le silence quand quelqu'un parle<sup>4</sup>. Il s'agit aussi de montrer à l'interlocuteur l'intérêt que l'on a pour son discours et d'alimenter la conversation pour orienter celle-ci vers le sens qui nous est utile. La pertinence d'une considération météorologique ou footballistique est souvent proche de zéro en médecine, c'est pourquoi il existe des outils, innés ou acquis, utilisables par tout médecin pour améliorer sa capacité d'écoute.

### **1.2.1. Le prisme de la communication**

On n'écoute bien que ce qu'on entend bien, c'est évident. Pourtant il existe plusieurs facteurs d'atténuation entre la pensée d'un individu et la compréhension de celle-ci par son interlocuteur lorsque celle-ci utilise le canal, indispensable, de la communication orale. Ces facteurs sont résumés sous le vocable de « prisme de la communication » et peuvent être schématisés ainsi :

Ce que je veux dire  $\geq$  ce que mon vocabulaire me permet de dire  $\geq$  ce que je peux dire  $\geq$  ce que je dis vraiment  $\geq$  ce que l'autre entend  $\geq$  ce que l'autre retient  $\geq$  ce que l'autre interprète  $\geq$  ce que l'autre comprend.

A chaque étape survient une perte d'information plus ou moins conséquente (trouble de l'expression, bas niveau culturel, surdité, trouble de mémoire, ambiguïté du langage, ...). La bonne compréhension de ce mécanisme, facilement reproductible en assemblée par le jeu du « téléphone arabe », permet d'identifier le biais systématique qui s'installe entre l'émetteur et le récepteur d'un discours. Ce biais valable dans les 2 sens d'une relation médecin-patient peut être partiellement contourné par le recouplement du questionnement et la reformulation des propos.

### **1.2.2. Les techniques issues de la programmation neurolinguistique<sup>5,6</sup>**

La programmation neurolinguistique (PNL) est une technique développée par les psychothérapeutes qui permet de modifier des comportements par l'intermédiaire des langages verbal et non verbal. Deux outils tirés de cette méthodologie peuvent s'adapter au contexte de consultation tout venant.

La synchronisation consiste à adopter une posture, le plus souvent non verbale, en parfaite symétrie avec son interlocuteur pour lui manifester son approbation ou un sentiment d'empathie. Le débit, le timbre et le volume de la voix peuvent également être synchronisés.

La reconnaissance des canaux sensoriels de mémorisation (ouïe, vue, kinesthésie : toucher ou émotion ressentie, goût ou odorat) via les mouvements oculaires lors d'un rappel d'information peut également permettre de choisir une autre voie que la communication verbale pour se faire comprendre du patient : un écrit ou même un dessin sont parfois plus efficaces, comme le veut l'adage, qu'un long discours.



Ces deux outils, dont la validité scientifique est discutée, peuvent néanmoins être utiles à la réalisation d'un climat d'écoute favorable. On conçoit bien, si on devait caricaturer le propos, qu'un médecin assis bras croisés en arrière de son fauteuil et qui s'impose ensuite d'une voix forte devant une patiente timide aura peu de chance de recueillir l'expression de celle-ci.

### **1.2.3. Les techniques issues de l'entretien motivationnel<sup>7,8</sup>**

Il existe 4 techniques qui permettent l'écoute dans une relation d'aide comme elle trouve sa place dans la particularité singulière de l'entretien motivationnel :

- le questionnement ouvert, qui permet de recueillir des réponses complètes ;
- la valorisation des processus de changement, qui encourage le patient à réfléchir sur sa condition ;
- le reflet, qui permet de répéter ou de reformuler les mots du patient pour lui permettre de préciser sa pensée ;
- le résumé, qui permet au thérapeute de vérifier qu'il a bien compris et qui identifie l'ambivalence du patient.

Ces techniques, utilisées correctement, issues d'un type d'entretien bien particulier utilisé essentiellement en addictologie, peuvent aider le médecin à extraire le fond de la pensée d'un patient peu loquace lors d'une consultation tout-venant et générer chez ce dernier le sentiment d'avoir été bien compris.

### **1.2.4. La communication non verbale**

Pierre angulaire de la qualité d'écoute, la communication non verbale prend, d'après certains auteurs une part considérable. Ainsi d'après Mehrabian en 1972<sup>9</sup>, le langage corporel contribue à la communication pour 55%, les indices para-linguistiques pour 38% tandis que le contenu verbal seulement pour 7%. Une étude de Hargie en 2011<sup>10</sup> montrait des résultats un peu moins élevés mais tout aussi éloquentes, estimant à 60-65 % le rôle du contenu non verbal dans la communication.

Sept dimensions composent la communication non verbale d'après Knapp en 1972<sup>11</sup>, toujours d'actualité aujourd'hui :

- l'environnement physique de la communication,
- les caractéristiques physiques des interlocuteurs (taille, couleur de peau, odeur, ...),
- les vêtements et ornements utilisés (costume, uniforme, parfum, ...),
- la distance interpersonnelle (distance intime, personnelle, sociale, publique),
- le contact physique établi (poignée de main, geste amical, ...),
- le langage corporel (attitude, gestuelle, regard, expression du visage, ...),
- le contenant de la voix (volume, intonation, rythme, ...).

Ces caractéristiques de la communication non verbale jouent un rôle prépondérant dans la qualité de la communication entre un médecin et un patient<sup>9</sup> et plus particulièrement dans la qualité d'écoute du médecin par la perception qu'en a le patient. On peut s'attendre à retrouver certains de ces facteurs dans notre étude, bien que la plupart soient des éléments inconscients.

### 1.3. La notion d'empathie

L'empathie, définie de façon simple comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent<sup>2</sup>, degré de syntonie affective<sup>3</sup> est une dimension aboutie de la relation d'aide qui s'appuie avant toute chose sur une excellente qualité d'écoute. Introduite par Carl Rogers, premier psychothérapeute à identifier vers 1940 le rôle prépondérant de la relation médecin-patient dans l'efficacité thérapeutique, l'empathie consiste selon lui à « percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent [...], c'est-à-dire capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécus par l'interlocuteur, en percevoir les causes de la même façon que lui »<sup>12,13</sup>.

Une étude qualitative sur les déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale<sup>14</sup> en 2014 a montré qu'une large majorité d'internes pensent que l'empathie n'est pas une qualité innée mais au contraire s'acquiert au cours des études de médecine, par formation ou par mimétisme des médecins seniors. Néanmoins, cette étude révèle qu'un interne doté d'une personnalité attentive ou sensible paraît plus empathique qu'un interne extraverti, distant, stressé, épuisé ou angoissé. De même la personnalité de l'interlocuteur influence l'empathie : un patient demandeur, agressif, plaintif, étrange ou passif rend le médecin moins empathique. Le facteur temps (durée de la consultation) est également relevé comme directement associé à l'empathie.

### 1.4. La « quantité d'écoute »

En parallèle de la qualité, le temps passé à l'écoute a également fait l'objet de plusieurs études. Selon Anne Revah-Levy et Laurence Verneuil<sup>15</sup>, le temps de parole laissé au malade au début d'une consultation médicale se limite à 23 secondes en moyenne. Véritable variable d'ajustement de la consultation médicale, ce temps initial est pourtant primordial à l'élaboration du diagnostic.

Une étude américaine<sup>16</sup> montrait déjà en 1984 que 69 pourcents des médecins généralistes interrompaient le motif de consultation initial pour le diriger vers un sujet spécifique. Plus récemment, une autre étude américaine<sup>17</sup> indiquait que la durée moyenne de parole d'un patient en médecine générale ou médecine de famille avant d'être interrompu dans son motif de consultation était de 12 secondes. Une fois sur quatre, celui-ci était même coupé avant même d'avoir fini sa phrase.

De même que dans la relation médecin-patient, dans la relation médecin orienteur-médecin spécialiste, ce dernier interrompt souvent la présentation du patient qui lui est faite, alors même que celle-ci est structurée en termes médicaux<sup>18</sup>.

Bien qu'elle ne soit qu'une partie des déterminants de la qualité d'écoute, la quantité de temps consacré à celle-ci a pour le moins, une importance décisive.

## **1.5. Recherche d'un référentiel pour l'évaluation de la qualité d'écoute**

Les référentiels existants permettent de confronter les points de vue savants sur la qualité d'écoute. Issus de réflexions générales, ils se veulent un guide de bonne pratique à travers une standardisation de la profession médicale.

### **1.5.1. Le référentiel de compétences de la WONCA**

Le référentiel dispose que :

- la médecine générale « utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée »
- « dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, [les médecins généralistes] intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés ».
- « chaque contact entre le patient et le médecin généraliste - médecin de famille contribue à l'histoire qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste - médecin de famille et est en elle-même thérapeutique »<sup>19</sup>.

Plus précisément, sur la compétence de communication, le référentiel indique que le médecin généraliste doit :

- « structurer la consultation ;
- fournir des informations qui seront aisément comprises et expliquer les investigations et leurs résultats ;
- comprendre et gérer différentes émotions de façon adéquate »<sup>19</sup>.

Bien qu'il ne nous indique nullement comment doit se situer la qualité d'écoute d'un médecin généraliste, la WONCA propose quelques pistes de travail aux nombres desquelles figurent :

- l'adoption d'une communication appropriée à la relation individuelle entre un patient unique et son médecin traitant ;
- une prise en charge basée, non seulement sur une prescription par le sachant, mais sur une véritable négociation ;
- l'instauration progressive d'une relation de confiance entre un patient et son médecin ;
- les capacités de communication du médecin généraliste sont une donnée propre à celui-ci ;
- la relation patient-médecin est en elle-même thérapeutique.

On perçoit en filigrane l'importance de l'écoute dans l'établissement de la relation entre un patient et un médecin et la portée bénéfique (ou néfaste) qu'elle peut avoir sur la thérapie. Cependant cette écoute apparaît comme une capacité individuelle du médecin qui ne peut s'enseigner ou se transmettre de façon universelle à ses confrères.

### 1.5.2. Le référentiel de compétences du CNGE

Le référentiel précise le rôle du médecin généraliste lors de consultations types. Par exemple dans le cas d'un patient asthénique, le médecin généraliste doit : « accueillir le patient :

- en explorant la plainte et l'environnement de la plainte par l'écoute et l'observation du patient permettant d'orienter vers une organicité ou non

- en menant un entretien d'anamnèse sur sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. En particulier rechercher des dysfonctionnements au sein de la cellule familiale, des éléments de souffrance au travail, des difficultés relationnelles, des craintes de précarisation, liées par exemple au contexte économique

- en étant attentif à la qualité de la relation thérapeutique qui se construit, tenant compte de la difficulté éventuelle à verbaliser (autodépréciation, sentiment de honte, excès d'humilité) »<sup>20</sup>.

Dans ce type de situation, l'écoute doit être initialement attentive sur le cortège de symptômes qui accompagnent l'asthénie pour ne pas passer à côté d'une cause organique.

Dans un autre exemple, celui d'une demande de contraception chez une adolescente après un accident de préservatif, le médecin généraliste doit « écouter la plainte et les motifs d'inquiétude de la patiente :

- en se renseignant par l'entretien semi directif sur les conditions et les raisons de l'accident (partenaires, protections, pratiques sexuelles) [...]

- en évaluant le risque de grossesse,

- en évaluant les risques infectieux,

- en se renseignant sur les relations et tabous familiaux autour de la sexualité »<sup>20</sup>.

On perçoit bien ici le caractère semi-directif de l'échange avec l'importance de l'écoute, ciblée (écoute avec attention sélective), d'une part, sur un interrogatoire circonstanciel et précis puis ouverte (écoute avec attention flottante), d'autre part, sur les représentations du patient vis-à-vis de son problème.

Bien que la bonne qualité d'écoute ne fasse pas partie des compétences sélectionnées par le CNGE pour définir le métier de médecin généraliste, l'importance donnée au recueil de l'information par l'interrogatoire dans les diverses situations cliniques exemplaires montre toute la pertinence de la qualité d'écoute dans la bonne réussite d'un acte de soins tel que le pratique quotidiennement un médecin généraliste.

### 1.5.3. Le guide de Calgary-Cambridge

Elaboré en 2004 par des auteurs anglais<sup>21-23</sup>, ce guide se veut être une base documentaire utile à l'enseignement et à l'évaluation des pratiques des étudiants en médecine. Parmi les 2 premiers chapitres, 3 rubriques comportent des données utiles à l'évaluation de la qualité d'écoute. On y relève la manière dont une consultation standard doit se dérouler pour être optimale.

## I - DÉBUTER L'ENTREVUE

### A - Préparer l'entrevue

#### B - Établir le premier contact (l'accueil)

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

#### C - Identifier la (les) raison(s) de consultation

1. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue
2. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse
3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes
4. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques

## II - RECUEILLIR L'INFORMATION

### A - Exploration des problèmes du patient

1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant)
2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)
3. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause
4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)
5. Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...) ; offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord
6. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails
7. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a ; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires
8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre ; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé
9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début

### B - Habilités additionnelles pour comprendre la perspective du patient

1. Détermine activement et explore adéquatement :
  - Les idées du patient (ses croyances sur les causes)
  - Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème
  - Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème)
  - Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie
2. Encourage le patient à exprimer ses émotions

## **1.5.4. Transposition de la norme ISO 9001:2015<sup>24</sup> à la qualité d'écoute**

La norme ISO 9001, prise dans sa dernière version 9001:2015, s'intéresse, comme on l'a vu précédemment, à l'évaluation de la qualité des procédés et des produits de consommation tels qu'un pot de yaourt, un jouet pour enfant ou bien encore une automobile. Bien qu'inadaptée par nature à la qualité d'écoute, la réflexion de l'Organisation Internationale de Normalisation, qui tend *in fine* vers une amélioration de la satisfaction de la clientèle, peut nous aider à mieux cerner les tenants et aboutissants d'une bonne qualité d'écoute.

### **1.5.4.1. Définition des enjeux externes et internes**

Les enjeux externes pouvant impacter la qualité d'écoute correspondent à tous les phénomènes extérieurs aux protagonistes de la consultation. On peut lister par exemple et sans exhaustivité :

- la météorologie,
- l'accueil par la secrétaire,
- le retard pris dans les consultations,
- la panne de courant ou de chauffage dans le cabinet, ...

Les enjeux internes, au contraire, touchent le patient lui-même et le médecin et peuvent impacter la qualité d'écoute de ce dernier :

- le caractère plaintif du patient,
- l'empressement du médecin à finir ses consultations,
- la douleur,
- l'émotivité, ...

Ces enjeux déterminent, le plus souvent de façon inconsciente, la qualité d'écoute des médecins du fait d'une impaction sur la capacité de concentration et de mémorisation des informations.

### **1.5.4.2. Approche par les risques d'une mauvaise qualité d'écoute**

Les risques d'une mauvaise qualité d'écoute sont liés principalement aux conséquences dommageables pour le patient du fait d'une mauvaise orientation de l'interrogatoire. Les questions successives peuvent se tisser dans une mauvaise direction, entraînant le médecin ou le patient là où il ne voulait (ou ne devait) pas aller.

On peut citer par exemple :

- l'erreur de diagnostic, pour laquelle une thérapeutique inadaptée est mise en place,
- la non prise en compte d'une allergie médicamenteuse,
- l'insatisfaction du patient quant à son motif de venue, ...

### **1.5.4.3. Information documentée**

Le principe de la compilation documentaire est d'expliquer et de démontrer le bon fonctionnement d'un processus. Dans le cadre de la qualité d'écoute, la présente thèse se veut la synthèse de l'information disponible sur le sujet et la recherche des caractéristiques intrinsèques et extrinsèques d'une bonne qualité d'écoute à travers l'étude qualitative du ressenti des patients.

### **1.5.4.4. Amélioration continue**

Le but ultime de ce travail est de pouvoir proposer une amélioration des pratiques professionnelles, une fois tous les déterminants réunis, à travers la prise de conscience de ces derniers dans l'individualité de la qualité d'écoute de chaque médecin. Une formation à l'écoute, d'emblée théorique, comme c'est déjà le cas pour la Psychologie Médicale enseignée en 2<sup>ème</sup> année de médecine, mais aussi et surtout pratique, apparaît indispensable à la satisfaction des patients en médecine générale et dans les autres spécialités cliniques.

## **1.6. L'évaluation par les médecins de leur qualité d'écoute**

Comme nous l'avons démontré précédemment, l'évaluation de la qualité d'écoute des praticiens ne peut se faire précisément dans le cadre d'un référentiel de société savante. Il faut donc proposer d'autres pistes pour cerner les tenants et les aboutissants d'une bonne écoute.

Une étude<sup>25</sup> qualitative par questionnaires menée en 2011 sur des médecins généralistes et leurs patients a montré quels facteurs les médecins généralistes identifiaient comme influençant leur qualité d'écoute. D'après cette étude, celle-ci diminuerait si « la consultation traite de plus de deux motifs, d'un problème social, ou si un problème émerge à la fin de la consultation. Les médecins surestiment les craintes, les croyances et les souhaits de leurs patients, et sous-estiment leur capacité de réassurance »<sup>25</sup>.

Il n'est pas simple de s'autoévaluer sur une dimension aussi complexe que sa propre qualité d'écoute. Bien que des facteurs de moindre efficacité soient identifiés par les médecins généralistes comme atténuant leur qualité d'écoute, ils ne sont probablement pas les mieux placés pour les identifier. Voyons ce qu'en pensent les patients.

## **1.7. L'avis des patients sur la qualité d'écoute de leur médecin**

Par nature, la qualité d'écoute étant une donnée individuelle constitutive, mais néanmoins modifiable, d'un thérapeute, le meilleur évaluateur de cette qualité est l'écouté lui-même. D'ordinaire satisfaits de leur médecin traitant, nombreuses sont les critiques qui sont faites par les patients quant à l'incompréhension ressentie<sup>26</sup>. L'abondance des forums médicaux sur la toile met en lumière les nombreuses insatisfactions quant aux relations entre les soignés et les soignants.

Conscients ou inconscients des phénomènes qui favorisent ou, au contraire, grèvent leur relation interpersonnelle avec leur médecin généraliste ou spécialiste d'organe, les patients ont de plus en plus leur mot à dire dans l'évaluation « commerciale » de leur médecin. En témoigne le site [www.notetondoc.com](http://www.notetondoc.com)<sup>27</sup>, permettant d'évaluer les médecins en ligne et dans lequel la qualité d'écoute fait partie des 2 critères de notation des médecins par leurs patients avec le sentiment de confiance. Suit une note de recommandation du praticien qui corrobore les 2 premières.

### **1.7.1. La qualité d'écoute : principale attente des patients**

Une étude qualitative menée par Cayla en 2013<sup>28</sup> auprès de patients douloureux chroniques a conclu que « le médecin généraliste [est] identifié par les patients comme la personne ressource essentielle dans leur parcours. Ils ont donc envers lui de multiples attentes, non restreintes à une demande de soulagement. Sa disponibilité, sa compréhension et son écoute sont primordiales et permettent l'établissement d'une relation de confiance que les patients jugent essentielle. [...] Les compétences relationnelles du médecin sont très sollicitées dans la prise en charge de leur douleur chronique »<sup>28</sup>.

Une revue de la littérature faite par Ibanez en 2010<sup>29</sup> a fait une synthèse des priorités des patients en ce qui concerne les consultations de médecine générale : les qualités qui ressortaient principalement étaient l'empathie, l'écoute et le respect.

De même, une thèse portant sur les attentes de 250 patients en France et à l'étranger<sup>30</sup>, réalisée par Inchauspe en 2012, montrait de façon très significative que parmi les qualités d'un bon médecin, l'écoute arrivait largement en tête des réponses, quelle que soit la population étudiée, suivie de la compétence et du caractère compréhensif.

Enfin, dans une étude de Gulczynski qui traitait de l'importance accordée par les patients aux compétences en médecine générale<sup>31</sup>, une question ouverte finale s'intéressait aux autres compétences (que les compétences du CNGE) attendues par les patients de la part d'un médecin généraliste. Sur 68 réponses spontanées à cette question, le mot « écoute » revient 26 fois, ce qui est considérable.

### **1.7.2. Recherche de facteurs statistiquement associés à une moindre qualité d'écoute**

La même étude de 2011<sup>25</sup>, cette fois-ci prise du côté des patients, a montré une corrélation entre perception d'une mauvaise qualité d'écoute et cinq facteurs significativement associés :

- l'âge supérieur à 80 ans du patient ;



- l'insuffisance du temps de parole accordé au patient du point de vue du médecin ;
- les catégories socio-professionnelles inférieures des patients ;
- les mauvaises prédispositions du médecin (retard, fatigue, préoccupations) ;
- l'attitude non verbale inadaptée du médecin.

Cinq autres facteurs semblaient diminuer la qualité d'écoute sans cependant être significativement associés :

- une interruption extérieure gênante pour le patient ;
- une situation qui rappelle au médecin une expérience personnelle ;
- l'utilisation par le médecin d'un langage difficile à comprendre ;
- la durée insuffisante de la consultation selon le patient ;
- l'interruption du patient par le médecin.

Le seul facteur identifié comme améliorant significativement la qualité d'écoute du médecin étant la catégorie socio-professionnelle élevée du patient.

Enfin, quatre facteurs semblent améliorer la qualité d'écoute sans toutefois être significativement associés :

- l'âge élevé du médecin ;
- l'ancienneté de la relation médecin-patient ;
- la formation médicale en communication ;
- l'activité en groupe.

Malgré de nombreux biais, en particulier d'information et de recrutement, et l'utilisation d'un questionnaire fermé, cette étude identifie des relations causales entre plusieurs facteurs extrinsèques (sociologiques, démographiques) et intrinsèques (durée de la consultation, qualités propres et comportements du médecin) et la qualité d'écoute du médecin généraliste en consultation.

## 1.8. Conclusion introductive

D'après Richard et Lussier<sup>32</sup>, « l'écoute constitue une stratégie essentielle de toute communication efficace. De plus elle permet aux interlocuteurs de mieux se connaître ». L'écoute est donc à la fois vectrice de la relation et relation en elle-même.

De nombreuses autres références<sup>33,34</sup> témoignent de l'importance de la communication dans la relation soignant-soigné mais ne traitent pas de l'écoute en tant que telle. Une méta-analyse de 2014<sup>35</sup> montre le lien significatif entre la relation médecin-patient et la survenue d'événements de santé chez les patients. Il est donc permis de penser, par juxtaposition, qu'une bonne qualité d'écoute, pierre angulaire de la communication médicale, est directement liée à l'amélioration de la santé des patients que le médecin a en charge.

La qualité d'écoute, définie comme la bonne manière de prêter attention à ce qu'un patient exprime, fait partie des compétences indispensables des médecins, et en particulier des médecins généralistes, même si elle n'est qu'indirectement reprise dans les référentiels métiers des sociétés savantes. Principale attente des patients, son auto-évaluation par les praticiens est difficilement réalisable et c'est donc par l'avis des patients, eux-mêmes écoutés, que l'on pourra trouver les clés d'une bonne qualité d'écoute.

## 2. Matériel et méthodes

Pour évaluer la qualité d'écoute des médecins, nous avons eu besoin de recueillir l'avis argumenté des patients dans leur diversité la plus complète.

### 2.1. Type d'étude

Compte tenu de la pénurie de données sur la qualité d'écoute du point de vue des patients, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés<sup>26</sup>.

Par raison de commodité, cette étude a été circonscrite aux habitants de plusieurs communes représentatives du département du Cher. Elle a eu lieu de janvier à mars 2017.

### 2.2. Méthodologie

Les entretiens ont été, d'une part, réalisés à partir de 6 cabinets de médecine générale, dans une salle neutre qui n'était pas destinée à la consultation, auprès de patients choisis aléatoirement par l'investigateur, à la sortie de consultations de médecine générale. D'autre part, l'étude a été réalisée conjointement auprès de personnes rencontrées spontanément par l'investigateur, sans lien avec un contexte thérapeutique, et qui acceptaient de participer à celle-ci.

Les médecins généralistes des cabinets de médecine générale concernés ou leurs remplaçants ont été informés qu'une étude était en cours et qu'un sondage était pratiqué sur leurs patientèles sans que ne leur soit donnée ni la nature de l'étude, ni le sujet abordé, de façon à ne pas créer un biais d'information du médecin généraliste qui aurait pu alors modifier sa relation thérapeutique.

Afin que cette étude ne stigmatise pas les médecins concernés par celle-ci, l'identité du médecin n'a pas été demandée au patient. Lorsque celle-ci a quand même été révélée par le patient au cours de l'entretien, son nom a été remplacé par un nom de fantaisie sans consonance avec le patronyme original.

L'identité des patients répondants n'a pas non plus été demandée afin de garantir la sincérité des réponses. Les entretiens ont été enregistrés de façon anonyme sur un dictaphone et étiquetés selon leur numéro d'ordre dans l'étude. Ils ont ensuite été reproduits *verbatim* dans l'annexe 2 puis analysés.

La méthode d'analyse choisie a consisté à repérer les déterminants influençant la qualité d'écoute parmi les réponses obtenues lors des entretiens. Les entretiens ont bénéficié d'une analyse en double lecture indépendante puis d'une mise en commun des déterminants relevés par chacun.

Une fois la saturation ayant semblé être obtenue, celle-ci a été vérifiée par quatre nouveaux entretiens individuels.

## 2.3. Population cible

L'échantillon étudié a été constitué de patients de façon la plus diversifiée possible, à partir de personnes demeurant dans le département du Cher, pour qu'elles puissent représenter la population française dans son ensemble et ainsi éviter le biais de recrutement. Il a notamment été tenu compte :

- de la diversité des âges des patients, à l'exclusion des enfants,
- de la mixité homme / femme
- de la catégorie socio-professionnelle répartie selon les 8 catégories de l'INSEE<sup>367</sup> :
  - Agriculteurs exploitants,
  - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise,
  - Cadres et professions intellectuelles supérieures,
  - Professions intermédiaires,
  - Employés,
  - Ouvriers,
  - Retraités,
  - Autres personnes sans activité professionnelle,
- du caractère rural, semi-rural ou urbain central ou périphérique,
- du motif de consultation : chronique (renouvellement de traitement), aigu (nouveau problème) ou mixte.

## 2.4. Questionnaire quantitatif

Le questionnaire quantitatif comportait préalablement une question introductive – dite question brise-glace – d'évaluation numérique de la qualité d'écoute sur une échelle de 0 à 10.

Celui-ci contenait en outre une partie destinée à caractériser le patient selon les critères évoqués ci-dessus :

- Age (12 à 17 ans – 18 à 35 ans – 36 à 65 ans – 66 ans et plus)
- Sexe
- Catégorie socio-professionnelle
- Lieu de domicile (rural – semi-rural – urbain périphérique – urbain central)
- Motif de consultation (aigu – chronique – mixte)

## 2.5. Questionnaire qualitatif

Le questionnaire qualitatif visait à faire préciser la qualité d'écoute du médecin généraliste avec ses tenants et ses aboutissants. Il comportait 4 parties distinctes.

### 2.5.1. Première partie

La 1<sup>ère</sup> partie se composait de questions ouvertes sur la qualité d'écoute :

- Quelle impression avez-vous eue vis-à-vis de la qualité d'écoute lors de la consultation ?
  - Pourquoi avez-vous eu cette impression ?

ou :

- Pourquoi avez-vous mis cette note (note de la question introductive) ?

- Qu'auriez-vous voulu dire d'autre lors de cette consultation ?
  - Pourquoi ne l'avez-vous pas fait ?

### **2.5.2. Deuxième partie**

La 2<sup>ème</sup> partie s'intéressait aux outils susceptibles de pouvoir amener le médecin à accroître sa qualité d'écoute et à la perception que les patients avaient eu de leur utilisation :

- Votre médecin a-t-il reformulé vos propos pour vous faire préciser les choses ?
- Votre médecin utilise-t-il des questions dont la réponse n'est pas en « oui » ou « non » ?
  - Par exemple des questions qui commencent par « pourquoi » ou « comment » ?
- Votre médecin laisse-t-il des silences ? Vous incite-t-il à parler ?
- Avez-vous été interrompu(e) lorsque vous parliez ?
  - D'après vous, quelle était la raison de cette interruption ?

### **2.5.3. Troisième partie**

La 3<sup>ème</sup> partie concernait les caractéristiques perçues de la consultation elle-même :

- Combien de temps, d'après vous, a duré la consultation ?
  - Selon vous, était-ce une durée suffisante ?
- Quel pourcentage du temps de la consultation votre médecin a-t-il parlé ?

### **2.5.4. Quatrième partie**

Une dernière partie, plus libre et en fin de questionnaire, essayait de trouver d'autres déterminants que ceux abordés lors de la première partie. Plusieurs questions ont été posées en fonction du contexte pour inciter le patient à enrichir sa réponse, comme :

- Qu'est-ce qui fait qu'un médecin a une meilleure écoute qu'un autre médecin ?
- A l'inverse, qu'est-ce qui fait qu'un médecin a une moins bonne écoute ?
- Si vous deviez donner un conseil à un jeune médecin qui s'installe pour améliorer sa qualité d'écoute, qu'est-ce que vous lui diriez ?
- Si vous deviez donner un conseil au médecin qui vous a vu pour qu'il obtienne la note de 10, qu'est-ce que vous lui diriez ?

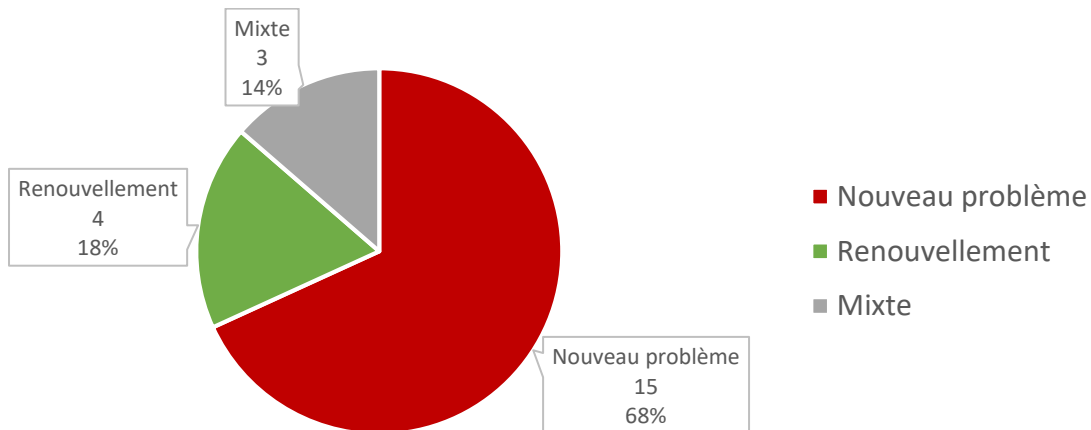
### 3. Résultats

#### 3.1. Caractéristiques de l'échantillon

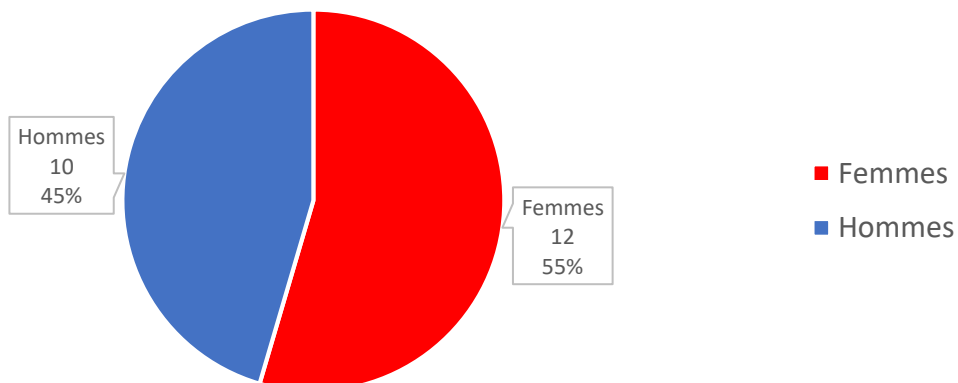
Vingt-deux entretiens, d'une durée moyenne de dix minutes ont été réalisés auprès de 19 patients seuls et de 3 patients accompagnés (d'un enfant ou d'un parent), tous demeurant dans le département du Cher. Ces entretiens ont porté sur la qualité d'écoute de 14 médecins généralistes installés ou remplaçants dont 13 exerçaient dans le département du Cher et 1 dans le département des Landes [NDLR : patient en cours de mutation professionnelle].

Les graphiques ci-dessous présentent la répartition de l'échantillon de patients selon les critères définis pour obtenir la plus grande diversité possible.

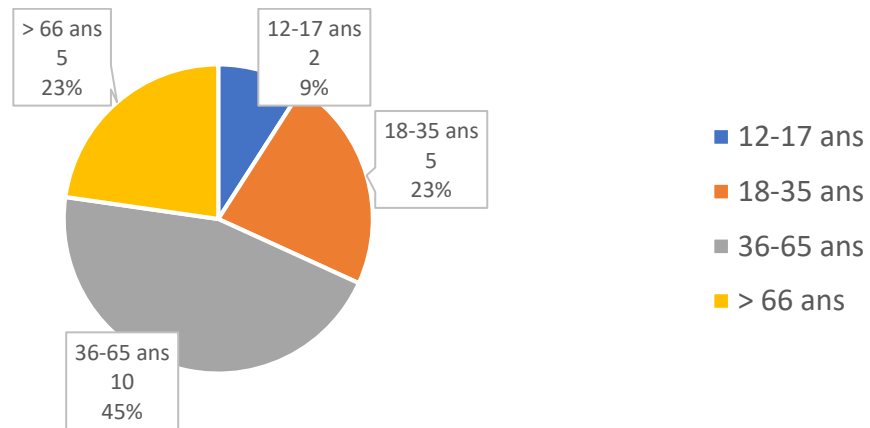
##### 3.1.1. Motif de consultation



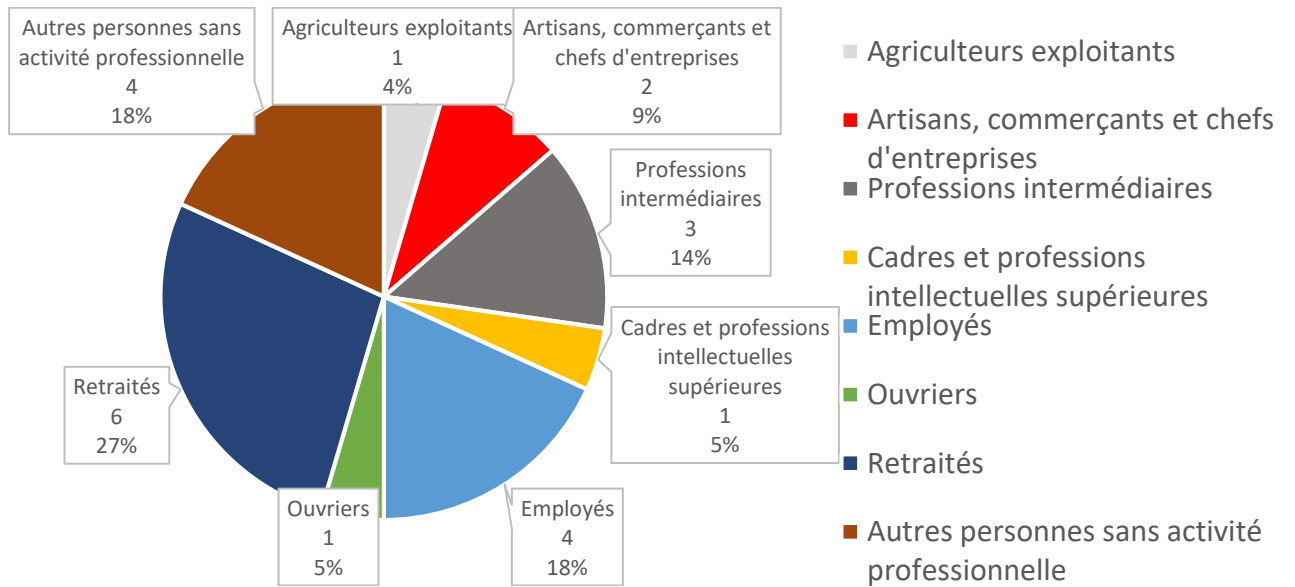
##### 3.1.2. Sexe



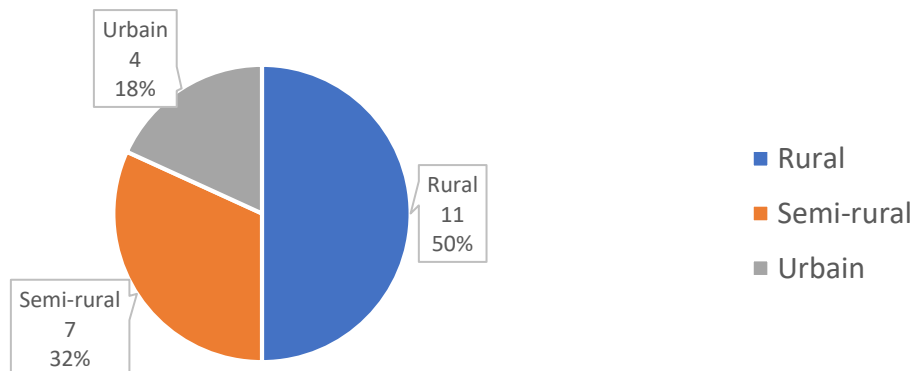
### 3.1.3. Age



### 3.1.4. Catégorie Socio-Professionnelle

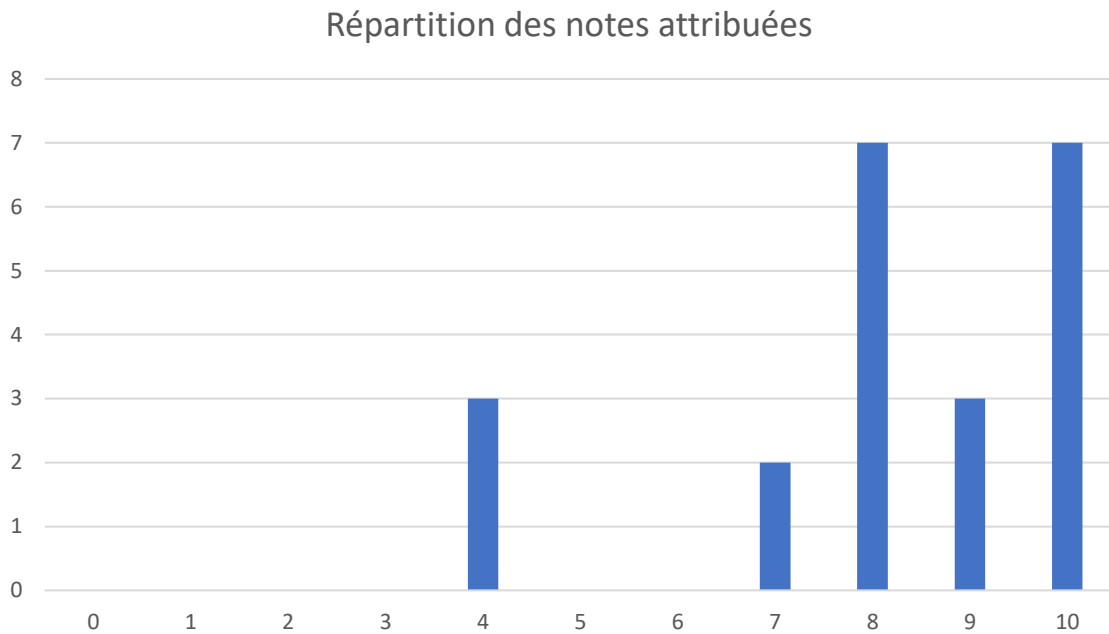


### 3.1.5. Lieu de domicile



### 3.2. Evaluation quantitative de la qualité d'écoute

Construit à partir de la notation introductive du patient sur la qualité d'écoute du médecin généraliste dont il a parlé, l'histogramme suivant détaille la répartition des notes. Lorsqu'une note était constituée de 2 nombres, la plus petite des 2 valeurs a été conservée.



### 3.3. Evaluation qualitative de la qualité d'écoute

Les déterminants évoqués par les patients comme relevant d'une bonne ou d'une mauvaise qualité d'écoute ont été regroupés par catégories avec les reproductions *verbatim* les plus caractéristiques de chaque catégorie.

#### 3.3.1. Déterminants liés à la notion de temps

Une part importante des réponses apportées a eu trait à l'importance du **temps consacré** à l'écoute des problèmes, comme l'a dit le patient 6 (abrégé P6 et ainsi de suite) « Il prend le temps de m'écouter » ou « si j'ai une question à poser, oui, je peux la poser, il y a du temps », d'un côté reconnaissant mais aussi conscient d'une certaine limite comme P8 « il ne peut pas passer deux heures avec le même patient » ou encore « je n'allais pas lui parler et m'éterniser sur la pluie et le beau temps, je savais que la salle d'attente était pleine donc il n'y avait pas lieu ».

La **souplesse** dans la durée de la consultation par rapport au motif a été perçue comme un facteur de bonne qualité d'écoute. Ainsi P2 a constaté « si ça doit déborder, il fait déborder même si par principe il n'aime pas faire attendre les gens dans la salle d'attente ». De même, P3 a attribué une bonne note à la qualité d'écoute car « il a pris pas mal de retard à cause de moi ». P7 a conclu en disant qu'il a « l'impression qu'il adapte la durée au problème » parce qu'il lui était « déjà arrivé de rester plus d'une demi-heure ».

L'**empressement** du médecin a été vécu comme un obstacle à une bonne écoute. Par exemple P5 a dit « il a fait à la va-vite parce que ça n'était pas vraiment un rendez-vous », P8 a ajouté « on a à peine le temps de rentrer qu'on a déjà l'appareil au bras », « il ne me fait même pas déshabiller » ou encore « si on rentre et puis au bout de deux minutes on est déjà ressorti avec l'ordonnance on se dit « tiens j'ai le sentiment d'être venu chez l'épicier » ».

Le **retard** a également été vécu comme un facteur de mauvaise qualité d'écoute comme l'a noté P3 « Il y a des fois quand il y a trop de retard dans la salle d'attente c'est pas trop écouté. Quand on attend une heure ou deux dans la salle d'attente on sait que ça va être tac tac tac tac et hop c'est fait ! ». P8 a ajouté « j'ai été droit au but parce que je le sentais surbooké » ou « pour qu'il écoute bien il faut qu'il ne soit pas trop surbooké ».

Une certaine indépendance a cependant été remarquée entre la **durée numérique** perçue de la consultation et la qualité d'écoute. La comparaison entre la note attribuée à la qualité d'écoute et la durée de consultation a révélé que la plupart des consultations de dix minutes avaient obtenu une très bonne note quand bien même une consultation de vingt minutes n'avait mérité qu'une note de quatre.



### 3.3.2. Déterminants liés à la gravité du problème

Selon le degré de **gravité**, l'écoute devait être, selon les patients interrogés, différente et d'autant meilleure que le problème était grave. C'est bien ce qui est ressorti de plusieurs entretiens dont celui de P8 : « Bon c'est sûr que si c'est un patient qui a le cancer il a besoin d'écoute, il a besoin de parler. Un patient qui vient parce qu'il a l'œil sec ou l'oreille qui gratte bon, c'est sûr qu'il y a beaucoup moins de temps à passer avec lui, c'est un peu suivant le problème qu'il peut y avoir. Le médecin est moins à l'écoute pour un bouton au front que pour la grosse maladie » ou encore, toujours par P8 : « J'estime que je n'ai pas une grosse maladie, il n'avait pas besoin de passer une demi-heure avec moi ».

### 3.3.3. Déterminants liés au questionnement du médecin

L'absence d'**approfondissement** du questionnement, lors de la partie appelée « interrogatoire », a été notée comme péjorative par P1 : « Il n'y a pas eu assez de questionnement, il n'a pas cherché à faire d'investigations au-delà », « il n'a pas cherché à en savoir plus ou à me questionner pour pouvoir mieux déterminer le souci ». Au contraire un questionnement approfondi a été vécu comme facteur de bonne qualité d'écoute comme l'ont dit P2 : « Il approfondit s'il sent qu'il y a quelque chose qui ne va pas » et P7 : « il a trouvé que ça n'avait pas été recherché à fond [...] en posant plein de questions « pourquoi ceci, cela ? » ».

La **teneur** du questionnement ne devait pas pour autant être dénuée d'objet et de sens et concerner, par exemple, des propos météorologiques, comme l'ont noté P8 : « Je n'allais pas lui parler et m'éterniser sur la pluie et le beau temps » et P9 : « il vous pose des questions, des questions qui sont réelles » et les questions devaient faire preuve de **perspicacité** selon P6 : « Moi je n'allais peut-être pas tout dire mais lui il a tout vu ». De plus, selon P1 les questions ne devaient pas concerner uniquement le champ des symptômes mais aussi le **ressenti** « Il n'écoutait pas ce que je ressentais », de même pour P17 : « Il cherche plus à savoir ce qui s'est passé, comment on l'a senti, enfin nos émotions » et l'**environnement**, selon P18 « Et puis il faut connaître un peu aussi parce que, des fois, dans le côté médical, des fois, il faut connaître un peu l'environnement. [...] Il faut aussi faire un petit peu d'ensemble, ne pas être toujours sur le point précis que la personne réclame, on discute un peu, parler un peu de la famille, de ce qui se passe autour, de ce que la personne vit, de ce qui lui arrive en ce moment ».

### 3.3.4. Déterminants liés à l'attitude verbale du médecin

L'**obstination** a été considérée comme un frein à la qualité d'écoute comme l'ont formulé P1 : « il ne prenait pas en compte les différents éléments que je lui donnais », P16 : « Il reste campé sur certaines positions » ou encore P22 : « il écoutait d'une oreille peu attentive dans le sens où il avait déjà établi un pré-diagnostic »

Il en a été de même pour l'**hypocrisie** selon P18 : « Je me suis dit c'est hypocrite, pourquoi il me dit qu'à moi « Je peux fumer cinq cigarettes par jour » et puis après il va dire au médecin « Le tabac est persistant ». Il fallait me dire à moi « Il faut arrêter de fumer enfin ! » ». Le **manque de franchise**, en tant qu'attitude et non en tant que qualité personnelle, a aussi été relevé par P16 : « J'aime bien qu'on donne des réponses franches et rapides, pas qu'on tourne

autour du pot, que ce soit bon ou mauvais. [...] Par moments j'ai l'impression qu'il laisse planer un peu le doute ».

Le **jugement**, dans son acception péjorative, a également été vécu comme un obstacle à la confiance donc à la qualité d'écoute. Ainsi P2 a dit : « si le gars venait pour un problème de chaude-pisse ou un truc comme ça ils pouvaient être du genre à dire « Ben fallait faire attention à ce que vous faisiez ou fallait pas faire n'importe quoi » » ou encore « Je repense à mon dermato [...] mais lui justement il était plutôt du genre à juger ». P10 a ajouté : « Je n'ai pas trouvé qu'il était attentif à mon écoute, il était plus dans la négation à me dire ce qui n'allait pas, ce que j'étais en train de faire qui n'était pas bien et de me dire que c'est mieux de faire autrement ».

A l'extrême, une attitude d'**infantilisation** a bloqué toute communication comme l'a indiqué P10 : « Je sentais plus du reproche chez lui, limite que je ne savais pas m'en occuper, l'impression que j'avais vingt ans de moins ou quarante ans de moins et qu'il fallait tout que je réapprenne avec lui ». Il en était de même de l'**agressivité**, relatée par P11 : « Je l'ai trouvé agressif, je ne comprenais pas ce qu'il me disait donc j'ai changé ».

L'utilisation du **vocabulaire médical** par le médecin a pu être un obstacle à la compréhension du malade et donc une barrière au sentiment d'être bien écouté comme le disait P5 : « Ce qui est bien c'est qu'il n'utilise pas trop les termes médical [sic], il essaie de faire comprendre plus simplement, c'est ça qui est bien, parce qu'on ne connaît pas spécialement les termes des médecins ».

Un recueil trop **factuel** a pénalisé l'écoute comme l'a dit P16 : « par exemple si c'est cassé ou si ça n'est pas cassé, non c'est juste bleu, sans écouter si on a mal ou pas »

Au contraire, une **attitude persuasive** et positiviste a été vécue comme valorisante par P6 : « [II] faut faire ça, prenez votre temps mais il faut le faire » ou par P11 : « Il a toujours su m'écouter. J'ai des problèmes de dépression donc il m'a super-boostée ».

### 3.3.5. Déterminants liés à l'attitude non-verbale du médecin

D'une part le **regard** a paru primordial dans la qualité d'écoute comme le précise P3 : « elle ne regardait pas partout, elle était avec moi, elle n'était pas sur son téléphone – elle retranscrivait quand même dans le dossier – mais elle n'était pas en train de regarder dehors, vraiment elle était avec moi ». P21 a ajouté : « Il n'y a pas cinquante façons d'écouter, il me regarde, il marque aussi ce que je lui dis ».

D'autre part la **position d'écoute** a eu une importance dans le sentiment d'être bien écouté, quand bien même cela n'avait pas été le cas, comme l'indique P22 : « C'est purement l'attitude qui est liée à la personne qui écoute. [...] Il peut très bien écouter à cent pourcents ce que je dis tout en faisant autre chose, alors qu'une autre personne pourra paraître très attentive avec le doigt devant la bouche et les bras croisés à hocher la tête de temps en temps et finalement ne rien comprendre à ce que je dis ».

L'**inaction** du médecin, devant des troubles présentés par le patient pour lesquels les mesures prises n'avaient pas permis leur résolution, a été, quant à elle, vécue comme un barrage à la

qualité d'écoute comme l'a reconnu P19 : « il ne me donne que des médicaments, il ne me fait pas faire autre chose et ça ne me sert à rien. [...] Après la dernière fois il m'a dit « Mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? » Ben ça n'est pas à moi de le dire ».

### 3.3.6. Déterminants liés à la personnalité du médecin

De nombreuses qualités personnelles ont été relevées par les répondants comme facteur de bonne écoute au premier rang desquelles a figuré la **gentillesse**, comme l'ont indiqué entre autres P18 : « Il avait le côté gentil qu'on n'a plus du tout maintenant. Oh si d'ailleurs il est gentil, d'ailleurs il ne faut pas que je dise ça, si, ils sont gentils » ou P17 : « Si directement il n'est pas aimable on n'a pas envie de rester et de dire ses problèmes », mais aussi l'**agréabilité**, remarquée par P14 : « Parce qu'il est agréable, qu'on a pu parler » ou par P17 : « Du coup il a été tellement, je dirais, souriant, du coup je pense que les jeunes ça les met plus à l'aise », ou encore le **calme**, cité par P21 : Je suis tellement habitué à lui, c'est un monsieur qui est calme, c'est un docteur qui est calme, qui est gentil ».

Le **feeling** a été une donnée plusieurs fois relevée, notamment par P10 : « parce qu'on se sent bien avec. Je ne me serais pas bien entendue dès la première fois, j'aurais... franchement je ne serais pas restée » ou par P14 : « Je ne le sentais pas, c'est le feeling. Vous êtes bien avec quelqu'un ou vous n'êtes pas bien avec quelqu'un, c'est pas concret, c'est abstrait ».

L'**empathie** a également été citée comme élément favorisant le sentiment d'écoute par P18 : « Un peu plus d'empathie ça ne serait pas mal aussi. [...] Pas se mettre à la place des gens parce qu'on ne peut pas se mettre à la place des gens. Enfin je ne leur demande pas ça. Enfin quoique » Dans le même registre, P12 a indiqué : « on voit qu'il est compréhensif par rapport à ce qu'on a puis par rapport aux réponses qu'on a ».

Un défaut physique qu'est le manque d'intensité de la **voix** a été relevé par P19 : « Des fois il ne parle pas assez fort. [...] Pour comprendre ce qu'il dit il faut se concentrer ». Bien que sans lien direct avec la qualité d'écoute, ce facteur a pu limiter la poursuite d'une conversation par incompréhension du patient des questions ou des réponses faites à ses propres interrogations.

De même, au-delà du volume sonore, la quantité a eu elle aussi son importance pour alimenter une conversation, en particulier pour un médecin **taciturne** comme le signale P4 : « Il ne parle pas plus qu'il y en a besoin, il est comme moi » ou P8 : « Il n'est pas très causant mon médecin ».

Enfin, le **manque d'intérêt** pour l'écoute des patients, facteur probablement assez rare parmi les médecins, a néanmoins été remarqué par P3 : « Le premier médecin que j'ai eu ne nous écoutait pas beaucoup. Quand on voulait parler il nous faisait une ordonnance pour voir le psychologue ou autre. Il n'aimait pas trop qu'on parle avec lui ».

D'autres défauts personnels ont été relevés comme des obstacles à un sentiment d'être bien écouté comme par exemple la **froidueur** du médecin, exprimée par P7 : « Il y a des médecins qui sont froids, qui ne mettent pas en confiance et qui répondent parfois trop sèchement », ou même un **débit de parole rapide**, selon P10 « Mon nouveau médecin traitant qui est un médecin du sport, lui il parle très rapidement et je trouve que lui il manque aussi un petit peu d'écoute ».

### 3.3.7. Déterminants liés au professionnalisme du médecin

La **disponibilité** a été perçue comme une qualité professionnelle permettant une meilleure écoute. Ainsi P7 a constaté : « Il a suivi mes parents donc je venais régulièrement le voir avec mes parents et il a été très très disponible quand ils ont eu leurs soucis de santé et depuis avec moi c'est parfait ».

L'**esprit de synthèse** a aussi été noté comme facteur favorable d'écoute par P18 : « Il essaie de jongler avec les pathologies qui sont quand même importantes. Il essaie de voir un peu ce qu'il peut faire ou ne pas faire, conseiller et tout. C'est en ce sens qu'il écoute. Il prend des bonnes décisions ».

L'**exhaustivité**, définie par la capacité du médecin à répondre à chacune des demandes du patient a été relevée par P3 comme une prise en compte de l'importance de son discours et de ce fait d'une bonne qualité d'écoute : « On a accordé de l'importance à ce que je disais. Quand je parlais, en fait, ça n'était pas pour rien, on prenait réellement soin et on trouvait une solution aux problèmes que j'exposai ». P4 a ajouté dans le même esprit : Suivant ce que je lui ai dit, il en a tenu compte ».

La **science** du médecin a également été notée comme intimement liée à l'écoute du fait de la reconnaissance de la pathologie du patient qui devient alors un être entendu et compris, objet d'un diagnostic aboutissant au traitement. Son manque a été remarqué par P1 : « C'est regrettable aujourd'hui que les médecins restent figés sur leurs connaissances », décrit par P19 : « Quand même, ce sont des médecins, ils devraient savoir ce que j'ai » et conclu par P22 : « Il a fait son boulot, tant qu'on arrive au résultat, pas de souci ».

La **conscience**, dans l'acception de la réalisation d'un travail avec application et scrupule, également notée par P14 a paru accroître la qualité d'écoute : « J'en avais trouvé un très bien, très consciencieux. Après on était sur Bourges donc là j'en ai fait deux. Un qui était moins consciencieux que l'autre ».

### 3.3.8. Déterminants liés à l'état de santé du médecin

Seul P8 a relevé que le médecin était un être de chair et qu'il pouvait lui aussi avoir l'esprit occupé par sa propre santé ou des **soucis personnels**, impactant sa qualité d'écoute : « Il y a des moments où on prend un peu plus de temps et puis d'autres un peu moins parce que notre médecin il a ses problèmes à lui perso, il a sa vie privée, bon ben des fois ça peut ressortir dans le travail. Il peut être surbooké, il peut être malade aussi, un jour il a un mal de tête mais il est quand même au boulot ».

### 3.3.9. Déterminants liés à la longévité de la relation

La **confiance** a pu apparaître comme une résultante de la relation médicale, du fait de la durée de celle-ci. Elle a aussi été un facteur progressivement constitué d'impression de bonne qualité d'écoute. La confiance a pu être la conséquence d'un succès médical comme l'a dit P7 : « On a découvert que j'avais un cancer du sein grâce à lui donc si je suis encore là en ce moment c'est un peu grâce à lui parce qu'on l'a trouvé assez tôt, c'est pour ça que je suis en pleine confiance ». Elle a pu aussi provenir d'un mode particulier de relation durable, la médecine dite « de famille » exprimée par P4 : « Disons qu'un médecin de campagne autrefois c'était le médecin de famille, on lui faisait confiance ».

La confiance a aussi été perçue comme découlant de la **connaissance** de son médecin en tant que professionnel. P19 a précisé « Après le docteur Début, c'est un médecin de famille, on le connaît mieux donc quand tu connais mieux ton médecin tu as plus confiance en lui ». De façon corolaire, la connaissance par le médecin de ses patients était également un facteur de meilleure écoute, ce qu'a ajouté P15 : « Je suis traitée aussi autrement [...], il le connaît, il sait que je suis suivie aussi, donc je ne voulais pas lui en reparler [...] pour ne pas trop l'embêter et prendre trop son temps ». Cette idée a été synthétisée par P9 : « C'est difficile l'idée d'avoir un médecin parce qu'il faut qu'il apprenne à nous connaître et nous il faut qu'on apprenne à le connaître, c'est très compliqué, et après il y a une confiance qui rentre, aussi bien chez le médecin que chez le patient ».

### 3.3.10. Déterminants liés au statut du médecin

Le fait que le médecin ait été **remplacé** par un interne ou un médecin remplaçant aurait pu paraître diminuer la qualité d'écoute au vu de ce qui avait été dit plus haut et en particulier la relation de confiance. Au contraire, il n'en a rien été et comme l'a constaté P16 : « [les jeunes médecins] ils seraient plus à l'écoute, plus à essayer de chercher le fond du problème plutôt qu'à le traiter avec des médicaments. P9 a ajouté : « Le médecin remplaçant a peut-être une meilleure qualité d'écoute pour la bonne raison qu'il est interne ou étudiant et donc je ne peux pas dire qu'il a plus à cœur son travail, mais il fait beaucoup plus attention aux pathologies des personnes, aux problèmes de la personne ». De même P18 a dit : « Quand ce sont des remplaçants, les questions sont beaucoup plus pertinentes, on va plus au fond des choses, on regarde l'ordinateur et on commence à regarder tous les antécédents ».

### 3.3.11. Déterminants liés à certaines techniques

La présence d'une **question finale** de contrôle, par le médecin, que l'ensemble des motifs de consultation du patient avaient bien été traités a semblé un argument récurrent de bonne qualité d'écoute. Comme l'a noté P2, son médecin utilisait une question de conclusion : « En fin de consultation il demande toujours « Bon, il y a autre chose ? » ». P22 a suggéré aussi cette forme de vérification : « Peut-être qu'il finisse par une question [...] « Est-ce que vous m'avez tout dit ? » une question qui conforte le patient dans le fait qu'il n'a justement pas oublié un truc ». Un exemple de non utilisation de cette technique a été relayé par P15 : « Il a fallu que je lui rappelle le fait que je ne suis pas allée travailler aujourd'hui, je faisais comment quoi ? « Hé ben oui j'avais oublié » donc il m'a fait la feuille d'arrêt de travail pour la journée ».

L'utilisation de la reformulation, des questions ouvertes et l'absence d'interruption du discours ont également été relevées par certains patients mais uniquement dans la seconde partie du questionnaire, une fois ces éléments individuellement questionnés. Ils n'ont donc pas pu être pris en compte comme des réponses spontanées des patients.

### **3.4. Impression d'avoir tout dit**

L'impression, pour le patient, d'avoir tout dit a montré – et c'est logique – une assez bonne corrélation avec la notation qu'il a attribué à la qualité d'écoute du praticien.

Seuls P10, P15 et P17 n'ont pas eu cette impression et ont attribué respectivement 4, 8 et 4 sur 10.

P1, qui a attribué la note de 4 sur 10, a justifié son impression d'avoir tout dit par le fait qu'il « donne toutes les infos nécessaires pour qu'il puisse au mieux cibler le problème et trouver une solution et le traitement adéquat ». C'est donc en imposant tous les éléments qu'il a obtenu cette impression et non parce que le questionnement a été approfondi ou conclu par une question finale de contrôle.

P11 a apporté un éclairage intéressant sur cette impression, en termes de résultat : « je suis ressortie avec toutes les réponses ».

### **3.5. Impression d'avoir été interrompu**

Tout comme l'impression d'avoir tout dit, l'impression d'avoir été interrompu a montré une excellente corrélation avec la note attribuée à la qualité d'écoute. En effet, seuls P10 et P17 ont eu cette impression et avaient préalablement attribué une note de 4/10.

En particulier, P17 a été insatisfait de la qualité d'écoute lorsqu'il a ressenti une interruption dans son discours, surtout lorsqu'il a présumé que c'était pour « faire du chiffre » : « Oui car il veut aller vite, il a d'autres clients [sic] après ».

### **3.6. Utilisation de techniques pouvant améliorer la qualité d'écoute**

Selon les patients interrogés, l'utilisation de certaines techniques qui permettent, d'après la bibliographie, d'accroître la qualité d'écoute des médecins, a été très fluctuante et sans corrélation aucune avec la note attribuée en début de questionnaire.

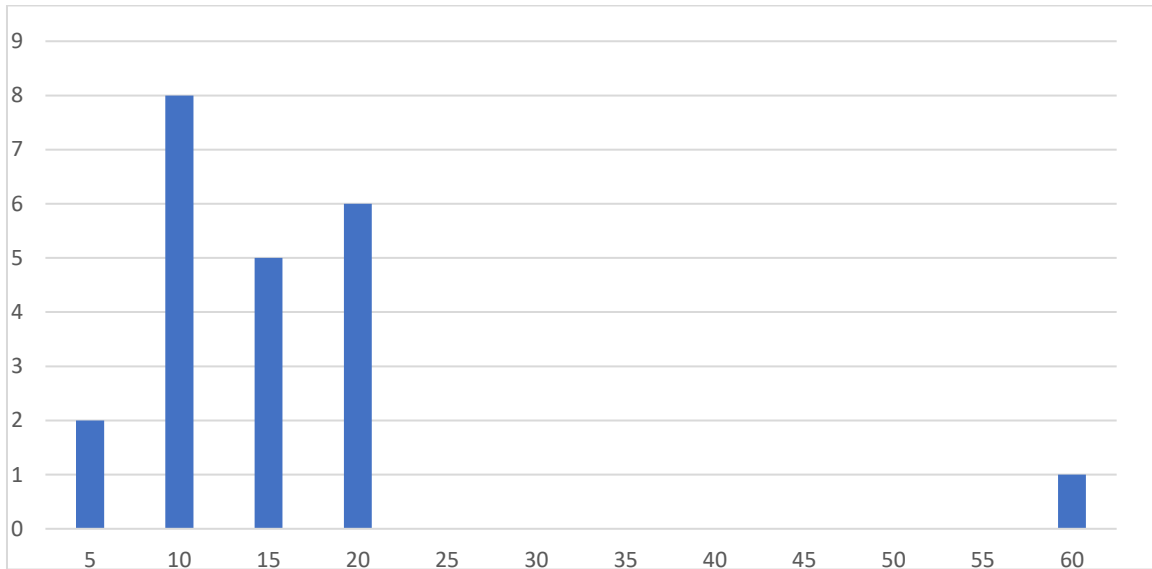
L'utilisation de la reformulation a été remarquée par un quart des répondants et n'a pas appelé de satisfaction ou d'insatisfaction particulière lors de la réponse au questionnaire.

L'approche par questions ouvertes a également été relevée par une petite moitié des participants à l'étude, souvent pour dire que le médecin utilisait peu cette technique. Elle n'a pas non plus appelé de commentaire positif ou négatif.

La présence de silences et l'incitation à parler a été, elle, plus fréquente, en particulier lors de l'utilisation de l'informatique par le médecin. La forme conversationnelle en « question-réponse » tout au long de la consultation a semblé être la pratique la plus courante. Encore une fois cette technique n'a appelé aucune critique du point de vue de l'impact sur la qualité d'écoute.

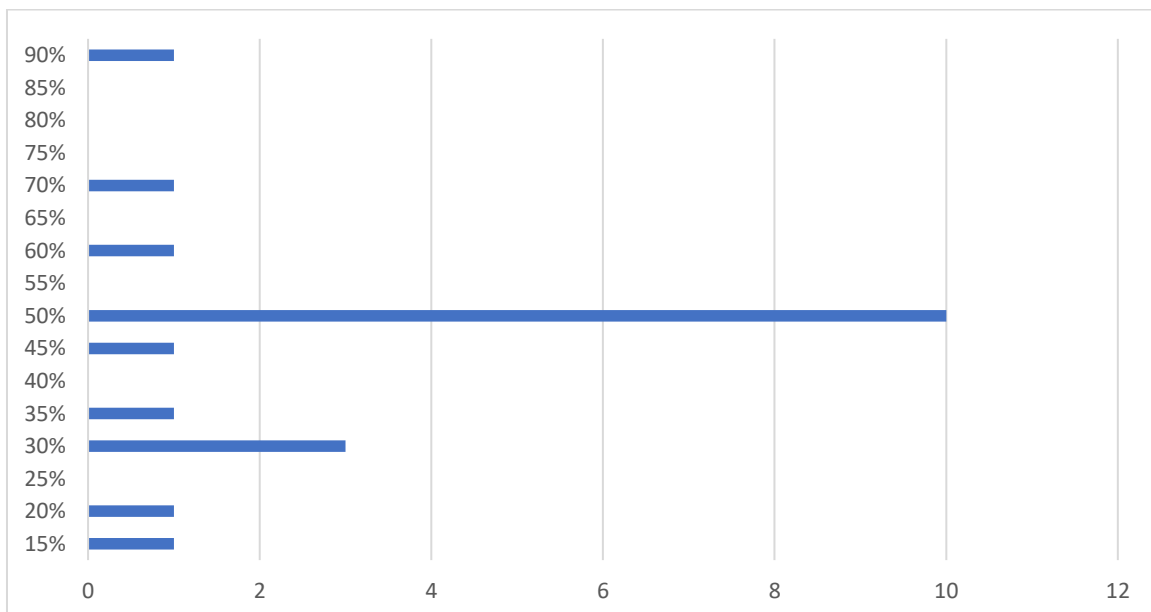
### 3.7. Durée estimée de la consultation

Toujours sans corrélation avec la note attribuée initialement, la durée de consultation perçue par le patient, sans regarder sa montre lors de l'entretien (lorsque les entretiens ont été réalisés en sortie de consultation) a été dispersée. Le diagramme suivant reprend les réponses obtenues (en minutes) et quantifie leur fréquence. Lorsqu'une fourchette de temps a été donnée, la valeur la plus grande a été retenue, le temps passant, pour les adultes, souvent plus vite qu'il n'y paraît.



### 3.8. Pourcentage du temps consacré à l'écoute

De façon similaire, le pourcentage de temps consacré à l'écoute, selon le souvenir du patient, n'a pas montré de lien avec la note initiale de qualité d'écoute. Le tableau suivant reprend les réponses obtenues en pourcentage de temps d'écoute selon leur fréquence.





## 4. Discussion

### 4.1. Synthèse des principaux résultats

Face à une demande croissante de la part des patients d'une meilleure qualité des soins, due à l'évolution de la société, comportant un partage accru du savoir, et à la disparition progressive du modèle médical paternaliste, la qualité d'écoute est une des variables de satisfaction d'une relation médecin-malade égalitaire bien menée. Cette étude présente l'opinion des patients du département du Cher, relativement représentatif, pour ce qui concerne la démographie, la répartition rurale/urbaine et les catégories socio-professionnelles<sup>37</sup>, du territoire national. Elle met en lumière onze catégories de déterminants qui accroissent ou, au contraire, grèvent la qualité d'écoute des médecins généralistes.

Une grande importance est accordée au temps que prend, au sens propre, le médecin ; temps qui s'adapte à chacun avec souplesse et qui ne montre aucun empressement. Un médecin qui n'a pas de retard est également considéré comme ayant une meilleure écoute. Enfin, le temps numérique n'est pas proportionnel à la qualité d'écoute puisque 5 à 10 minutes peuvent être suffisantes pour certaines consultations, et emporter la pleine satisfaction du patient quant à la qualité d'écoute, quand d'autres en demandent davantage.

De même, la qualité d'écoute doit s'adapter à la gravité de la situation. On conçoit logiquement qu'une consultation d'annonce de cancer, par exemple, doive nécessiter une écoute plus attentive pour percevoir les craintes du patient engendrées par cette annonce.

Le questionnement du médecin doit être approfondi, ne pas concerner des propos dénués d'intérêt comme par exemple la météorologie, doit être perspicace, s'intéresser au ressenti ainsi qu'à l'environnement du patient.

L'attitude verbale du médecin peut comporter des obstacles à la qualité d'écoute comme l'obstination, l'hypocrisie, le manque de franchise, le jugement, l'infantilisation ou pire l'agressivité. L'utilisation du vocabulaire médical est un frein à la bonne compréhension du patient, de même qu'un propos trop factuel. A l'inverse, une attitude persuasive est un élément positif.

L'attitude non-verbale du médecin est également concernée avec l'importance du regard et de la position d'écoute. A l'inverse, l'inaction est un facteur négatif.

La personnalité propre du médecin, constituant la partie majoritairement innée des déterminants d'une bonne qualité d'écoute, a une grande importance. De la gentillesse à l'agréabilité en passant par un caractère calme sont autant de qualités favorables. Le feeling, paramètre délicat à cerner, est aussi un élément positif. Enfin, l'empathie, capacité à percevoir et à ressentir les émotions de l'autre est une qualité acquise pour certains au fur et à mesure de la confrontation à la souffrance dans le cursus médical. Du côté négatif citons la faiblesse de la voix, le débit de parole élevé, le caractère taciturne, la froideur et bien entendu le manque d'intérêt pour l'écoute, qui grèvent une impression pour les patients de bonne qualité d'écoute.

Le professionnalisme du médecin est lui aussi mis en avant, par sa disponibilité en cas de besoin, son esprit de synthèse, son exhaustivité, sa science et sa conscience qui lui permettent d'accéder à la pleine prise en compte des demandes des patients et leur donne le sentiment d'être bien écoutés.

L'état de santé du médecin et ses soucis personnels sont également un obstacle à l'écoute.

La confiance, fruit d'une relation qui s'inscrit dans la durée, associée à la connaissance du patient par le médecin et du médecin par le soignant, permettent également d'accéder à une bonne écoute.

Pour autant, le statut de médecin remplaçant ou d'interne, qui ne bénéficie pas en règle d'une longévité dans la relation, est un atout pour ce qui est de l'écoute. En effet, d'après les patients, celui-ci s'intéresse davantage au contenu du dossier et en fait la synthèse avec le patient lors de la consultation ce qui donne à ce dernier une bonne impression d'écoute.

Enfin, la présence d'une question de contrôle, qui permet au médecin, en fin de consultation (ou d'interrogatoire), de vérifier que tous les motifs de consultation ont été abordés, est l'ultime moyen pour lui d'obtenir une meilleure qualité d'écoute et d'éviter les questions dites « de porte », qui méritent souvent une consultation à elles toutes seules.

Par ailleurs, le sentiment pour le patient d'avoir été interrompu a été associé à une moindre qualité d'écoute. Interrompre un patient trop bavard suppose un certain tact et nécessite non pas de lui demander de se taire, mais de réorienter le discours vers des données plus informatives.

## **4.2. Comparaison aux travaux cités en introduction**

L'étude de Sophie Dareths Fabier<sup>18</sup>, seule étude s'étant intéressée à la qualité d'écoute du côté des patients, réalisée en 2011 à partir de questions fermées sur un échantillon comportant de nombreux biais de recrutement et d'information, montrait dix facteurs associés (significativement ou non) à une mauvaise qualité d'écoute :

- l'âge supérieur à 80 ans du patient ;
- l'insuffisance du temps de parole accordé au patient du point de vue du médecin ;
- les catégories socio-professionnelles inférieures des patients ;
- les mauvaises prédispositions du médecin (retard, fatigue, préoccupations) ;
- l'attitude non verbale inadaptée du médecin,
- une interruption extérieure gênante pour le patient ;
- une situation qui rappelle au médecin une expérience personnelle ;
- l'utilisation par le médecin d'un langage difficile à comprendre ;
- la durée insuffisante de la consultation selon le patient ;
- l'interruption du patient par le médecin.

Elle révélait également cinq facteurs identifiés comme améliorant (significativement ou non) la qualité d'écoute du médecin :

- la catégorie socio-professionnelle élevée du patient.
- l'âge élevé du médecin ;
- l'ancienneté de la relation médecin-patient ;
- la formation médicale en communication ;
- l'activité en groupe.

On constate aisément que l'on retrouve dans les résultats de notre étude sept de ces éléments, soit la plupart des résultats non liés au caractère purement statistique de l'étude de Dartehs Fabier. D'autres apparaissent du fait de la méthode choisie d'entretiens individuels semi-structurés, complétant les données déjà connues mais sans pouvoir établir de caractère statistiquement significatif.

### **4.3. En pratique**

Avoir une bonne qualité d'écoute ça se travaille ! Outre les qualités propres à chaque personnalité, de nombreux paramètres peuvent être acquis par les médecins en particulier sur la gestion du retard. La communication, elle aussi, s'apprend et peut se corriger par la prise de conscience de ses travers.

Il serait de ce point de vue nécessaire, comme le proposent Richard et Lussier<sup>25</sup>, auteurs canadiens, qu'un cours avec travaux pratiques de communication en santé prenne sa place au cours du cursus médical français.

Nous proposons, en annexe 5, un guide intitulé « quelques conseils pour améliorer sa qualité d'écoute », élaboré pour être diffusé parmi les étudiants et internes en médecine.

### **4.4. Limites de l'étude**

L'étude par entretiens individuels semi-structurés est le choix qui est apparu le plus adapté compte tenu de la pénurie de bibliographie disponible sur le sujet. Bien que la qualité d'écoute soit une déterminante majeure de la satisfaction globale des patients, peu d'auteurs ont consacré leur travail à en cerner les principaux déterminants. Il est probable qu'une étude par questionnaires permettrait, à partir des éléments identifiés ci-dessus, de mesurer l'impact individuel de ces déterminants dans la globalité de la qualité d'écoute.

La population étudiée, située dans un département rural en déficit de médecins, est globalement satisfaite de la qualité d'écoute de ses médecins généralistes. Les raisons de cette satisfaction, éléments les plus pertinents, ont été mis en évidence dans cette étude. La réalisation d'une telle étude dans une population plus urbaine aurait peut-être permis de mettre en évidence d'autres motifs d'insatisfaction quant à la qualité d'écoute que ceux révélés ici.

Le questionnaire est parti *a priori* de l'intuition que plusieurs techniques de communication pouvaient améliorer la qualité d'écoute et que ces techniques auraient été repérées par les patients lors de la remémoration de la consultation, au cours de la passation du questionnaire. Les résultats obtenus n'ont pas montré ce résultat. Il paraît irréalisable qu'une étude d'intervention compare l'utilisation ou non de ces techniques telles la reformulation ou encore l'utilisation de questions ouvertes et mesurent leur impact sur la qualité d'écoute, l'utilisation de ces techniques n'étant probablement pas ou peu perçues par les patients au cours des consultations. Pourtant, on pourrait s'attendre à une différence notable de satisfaction dans la qualité d'écoute grâce à l'utilisation de celles-ci.

## Bibliographie

1. Gioan, P. *Dictionnaire usuel*. (Quillet Flammarion, 1963).
2. Collectif. *Le Petit Larousse Grand Format*. (Larousse VUEF, 2001).
3. Quevauvilliers, J. *Dictionnaire Médical*. (Elsevier Masson, 2007).
4. Bouchard, J. P. *Comment écouter pour mieux aider : introduction à l'écoute active*. (JPBL, 1992).
5. Thiry, A. *Apprendre à apprendre avec la PNL : les stratégies PNL d'apprentissage à l'usage des enseignants du primaire*. (De Boek Université, 2006).
6. Thiry, A. *La programmation neuro-linguistique (PNL)*. (PUF, 2016).
7. Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. *Pratique de l'entretien motivationnel, communiquer avec le patient en consultation*. (InterEditions, 2009).
8. Miller, W. & Rollnick, S. *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement [Motivational interviewing : preparing people for change]*. (InterEditions, 2006).
9. Mehrabian, A. *Non verbal communication*. (Aldine Atherton, 1972).
10. Hargie, O. in *Skilled interpersonal communication : Research, theory and practice* 43–82 (Routledge, 2011).
11. Knapp, M. L. *Nonverbal communication in human interaction*. (Holt, Rinehart and Winston, 1972).
12. Rogers, C. R. *La relation d'aide et la psychothérapie*. (ESF, 2008).
13. Rogers, C. R. *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory*. (Constable, 2003).
14. Joubert, A. *Etude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale*. (Paris Descartes, 2014).

15. Révah-Lévy, A. & Verneuil, L. *Docteur, écoutez!* (Albin Michel, 2016).
16. Beckman, H. & Frankel, R. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 692–696 (1984).
17. Rhoades, D. R., McFarland, K. F., Finch, W. H. & Johnson, A. O. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med* **33**, 528–532 (2001).
18. Why Doctors Interrupt | THCB. Disponible à : <http://thehealthcareblog.com/blog/2012/06/12/why-doctors-interrupt/>.
19. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. (2002). Disponible à : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
20. CNGE. Referentiel métier et compétences des médecins généralistes. (2009). Disponible à : [http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_Metier\\_et\\_Compences\\_MG.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compences_MG.pdf).
21. Silverman, J., Kurtz, S. M. & Draper, J. *Skills for communicating with patients*. (Radcliffe Publishing, 2013).
22. Kurtz, S. M., Silverman, J., Draper, J. & Silverman, J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. (Radcliffe Pub., 2005).
23. Bourdy, C., Millette, B., Richard, C. & Lussier, M.-T. *Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - Les processus de communication*. (2004).
24. Organisation Internationale de Normalisation - ISO. ISO 9000 management de la qualité. Disponible à : [http://www.iso.org/iso/fr/home/standards/management-standards/iso\\_9000.htm](http://www.iso.org/iso/fr/home/standards/management-standards/iso_9000.htm).
25. Dareths Fabier, S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. (Université Bordeaux 2 - Victor Segalen, 2011).

26. Lemoine, L. Pourquoi les médecins sont si peu psychologues | Psychologies.com. Disponible à : <http://www.psychologies.com/Bien-etre/Sante/Relation-avec-le-medecin/Articles-et-Dossiers/Pourquoi-les-medecins-sont-si-peu-psychologues>.
27. Notetondoc. L'avis des patients sur ceux qui les soignent. Disponible à : <http://www.notetondoc.com/>.
28. Cayla, M. Attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale - Etude qualitative auprès de patients du Cher. (Académie d'Orléans - Tours, Université François Rabelais, Faculté de Médecine de Tours, 2013).
29. Ibanez, G., Cornet, P. & Minguet, C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? *Pédagogie Médicale* **11**, 151–165 (2010).
30. Inchauspe, A. Rôles du médecin en soins primaires en 2012 : l'avis des patients. Thèse descriptive de 250 sujets en France et à l'étranger sur les attentes des patients quant à leur médecin et à la consultation médicale. (Université Toulouse 3 - Paul Sabatier - Faculté de médecine, 2012).
31. Gulczynski, M.-C. Importance accordée par les patients aux compétences en médecine générale. (2015). Disponible à : <https://hal-descartes.archives-ouvertes.fr/dumas-01151243/>.
32. Richard, C. & Lussier, M.-T. *La communication professionnelle en santé*. (Éditions du Renouveau pédagogique, 2005).
33. Côté, L., Savard, A. & Bertrand, R. Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient - Elaboration et validation d'une grille. *Can Fam Physician* **47**, 512–518 (2001).
34. Mantz, J.-M. & Wattel, F. *Rapport au nom d'un groupe de travail de la commission XV (Ethique et Responsabilité Professionnelle) - Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné*. (Académie Nationale de Médecine, 2006).

35. Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J. & Riess, H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes : A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE* **9**, e94207 (2014).
36. *Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles 2003 : PCS 2003*. (2003).
37. Dossier complet–Département du Cher (18) | Insee. Disponible à : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-18>.
38. Collège National des Généralistes Enseignants. Recherche en Médecine générale et loi Jardé. (2016). Disponible à : [http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/loi\\_jarda\\_c\\_et\\_ma\\_c\\_decine\\_ga\\_c\\_na\\_c\\_rale.pdf](http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/loi_jarda_c_et_ma_c_decine_ga_c_na_c_rale.pdf).

## Annexe 1 : Questionnaire patient

Je fais ma thèse de médecine générale sur la qualité d'écoute des médecins généralistes. Nous allons parler de votre relation avec votre médecin. Toutes vos réponses sont anonymes et votre médecin n'en sera pas informé c'est pourquoi vous pouvez tout me dire, ce qui vous paraît agréable comme désagréable. J'ai besoin que vous repensiez à votre dernière consultation.

- Question brise-glace : quel était le motif de consultation : renouvellement d'ordonnance – nouveau problème – les deux ?

- Pourriez-vous évaluer la qualité d'écoute de votre médecin sur une échelle de 0 à 10 ?

- Quelle impression avez-vous eue vis-à-vis de la qualité d'écoute lors de la consultation ?

- Pourquoi avez-vous eu cette impression ?

> relance : Que pensez-vous de l'écoute de votre médecin généraliste ? Pourquoi ?

- Est-ce que vous avez l'impression d'avoir dit tout ce que vous vouliez dire ? Pourquoi ?

> relance : Qu'auriez-vous voulu dire d'autre lors de cette consultation ?

- Pourquoi ne l'avez-vous pas fait ? Qu'est-ce qui vous a freiné ?

- Votre médecin a-t-il repris vos paroles pour vous faire préciser les choses ?

Par exemple « Vous me dites que vous avez mal à la gorge et que vous toussiez depuis 2 jours, c'est bien cela ? »

- Votre médecin utilise-t-il des questions dont la réponse n'est pas en « oui » ou « non » ?

- Votre médecin laisse-t-il des silences ? Vous incite-t-il à parler ?

- Avez-vous l'impression d'avoir été interrompu(e) lorsque vous parliez ?

- D'après vous, quelle était la raison de cette interruption ?

- Combien de temps, d'après vous, a duré la consultation ?

- Selon vous, était-ce une durée suffisante ?

- Quel pourcentage du temps de la consultation votre médecin vous a-t-il écouté ?

> relance : votre médecin a-t-il parlé plus de la moitié du temps ?

J'ai maintenant besoin de quelques informations sur vous :

**Sexe** : Femme / Homme

**Age** : 12-17

18-35

36-65

>66

**CSP** : Agriculteurs exploitants

Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

Professions intermédiaires

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Employés

Ouvriers

Retraités

Autres personnes sans activité professionnelle

**Lieu de domicile** : rural – semi-rural – urbain périphérique – urbain central

Avez-vous quelques mots à ajouter pour conclure ?



## Annexe 2 : Enregistrements *verbatim*

### Question 1 : évaluation numérique de la qualité d'écoute.

P1 : « Je dirais quatre. »

P2 : « Dix. »

P3 : « Huit-neuf, il a pris pas mal de retard à cause de moi donc... »

P4 : « Ça n'est pas des choses à estimer, je ne peux pas dire qu'il écoute mal, je mettrais huit. »

P5 : « Dix sur dix lui ! »

P6 : « Non y'a pas eu de souci, non, non, dix. »

P7 : « Je mettrais dix, ça se passe vraiment très bien. »

P8 : « On va dire neuf. »

P9 : « Oh pour moi c'est dix. »

P10 : « Ben franchement je l'ai pas trouvé... pour une première approche, je l'ai pas trouvé très attentif. Il était plus à faire des reproches qu'à rassurer. Je l'ai trouvé froid, un peu distant, donc sur un à dix je ne vais pas mettre grand-chose. Ben franchement c'est la première fois que je le vois mais quand même je mettrais quatre. »

P11 : « Neuf, pour ne pas mettre dix. »

P12 : « Bah huit. »

P13 : « Neuf. »

P14 : « Huit-neuf. »

P15 : « Huit. »

P16 : « Je dirais huit. Jamais je ne donnerai dix. »

P17 : « Quatre. »

P18 : « C'est parfait, dix. »

P19 : « Je ne sais pas. [Sa mère : sept.] »

P20 : « Huit. »

P21 : « C'est parfait. Dix. »

P22 : « Et bien je dirais sept. »

## Question 2 : impression vis-à-vis de la qualité d'écoute.

P1 : « J'ai eu l'impression que, pour le coup, il n'écoutait pas ce que je ressentais et les symptômes que je lui expliquais, du coup il restait figé sur le problème en lui-même et il ne prenait pas en compte les différents éléments que moi je lui donnais. En fait, c'est difficile à expliquer, il était parti sur un diagnostic et il y a des éléments nouveaux ou même certains éléments que je lui avais déjà donnés qu'il ne prenait pas en compte, jusqu'au moment où j'ai dû lui dire que je connais mon corps et que je suis sûr qu'il y avait un problème à ce niveau-là. Et pour être sûr et soi-disant pour me conforter dans son analyse, il m'a fait passer l'examen en question et c'est là où ils ont découvert que c'est moi qui avait raison. Donc voilà en termes d'écoute c'était pas terrible. On est partis d'un premier diagnostic où effectivement il a mis des choses en place mais y'avait pas d'évolution concrète au niveau du traitement qui a été mis en place. Je suis retourné le voir plusieurs fois, on a passé des radios, on a passé le scanner, on a fait tout ce qu'il fallait et lui restait persuadé que le problème était d'origine –entre guillemets – mécanique et j'avais beau aller le voir et lui dire que je souffrais toujours et que j'étais persuadé que la douleur était ciblée pas forcément au bon endroit et c'est à force de lui expliquer qu'à un moment donné il a fini par me faire passer un dernier examen qu'est l'IRM et à ce moment-là effectivement ils ont trouvé ce qui allait pas.

Y'a pas eu assez de questionnement, il n'a pas cherché à faire d'investigations au-delà – pour moi – de ses connaissances et il s'est arrêté vraiment à ses connaissances et il a pas cherché à en savoir plus ou à me questionner plus pour pouvoir mieux déterminer le souci. »

P2 : « Très à l'écoute, on pouvait parler de ce qu'on voulait parler de ce qu'on voulait, très ouvertement et puis sans problème, sans jugement, sans rien. C'est un peu délicat parce que je connais Fabrice\* et parce qu'il fait parler et puis sa façon de répondre, on voit qu'il ne juge pas de toute façon, voire même qu'il approfondit s'il sent qu'il y a quelque chose qui ne va pas, même sur un sujet délicat. C'est quand même le propre d'un médecin de pouvoir lui dire ce qu'on a envie de lui dire sur n'importe quel sujet, ce qui n'est pas le cas de tous [les médecins], ce n'est pas une expérience personnelle vu qu'on parle librement avec Fabrice mais c'est le cas de certains médecins qui justement quand des gays allaient le voir ils essayaient rapidement d'occulter le problème, si le gars il venait pour un problème de chaude pisser ou un truc comme ça ils pouvaient être du genre à dire « ben fallait faire attention à ce que vous faisiez ou fallait pas faire n'importe quoi », alors que la dessus, Fabrice dirait « on va la traiter » et puis c'est tout. La sexualité est un sujet qui est peut-être plus délicat chez d'autres médecins mais Fabrice est ouvert sur tout, il n'y a aucun sujet tabou. »

P3 : « On a accordé de l'importance à ce que je disais. Quand je parlais en fait ça n'était pas pour rien, on prenait réellement soin et on trouvait une solution aux problèmes que j'exposai. Bon ben pour la petite malgré que je n'aime pas les vaccins ils sont obligatoires donc bon... pas trop le choix mais sinon elle m'a expliqué que pour rentrer à l'école, tout ça, je n'avais pas le choix de faire les vaccins, que c'était mieux si je voulais la mettre à la crèche, tout ça, mais que bon, après qu'on peut ne pas faire les vaccins. Après pour moi suite aux accouchements ça a été compliqué, je ne me sentais pas très bien donc c'est vrai qu'elle m'a conseillé d'aller voir la PMI, d'avoir un soutien, de trouver de l'aide autour de moi donc c'est vrai que ... elle a réellement trouvé des solutions ou des réponses à chaque question que j'avais posée. Puis elle ne regardait pas partout, elle était avec moi, elle était pas sur un téléphone – elle retranscrivait quand même dans le dossier – mais elle était pas en train de regarder dehors, vraiment elle était avec moi. Ne pas faire autre chose pendant la consultation c'est important, j'ai déjà eu des

---

\* Les noms et prénoms ont été changés pour garantir l'anonymat.

médecins qui regardaient dehors ou qui regardaient leur téléphone. Dérangé par la secrétaire, ça a la rigueur on peut pas leur en vouloir, là pendant ma consultation il y a eu un coup de téléphone mais bon c'est vrai qu'ils sont obligés de répondre parce que ça peut être tout, ça peut être n'importe quoi comme ça peut être rien et ça peut être très grave donc je sais que moi quand j'appelle au secrétariat je suis contente que la secrétaire se déplace pour aller demander l'avis du médecin, s'il faut que je vienne tout de suite ou si ça peut attendre une semaine, donc ça quand il y a la secrétaire qui toque pour quelque chose ça ne me dérange pas. Généralement on est bien écouté. »

P4 : « Je ne sais pas quoi répondre. Suivant ce que je lui ai dit il en a tenu compte je suppose. Je lui pose des questions il me répond. »

P5 : « Il écoute bien, il est gentil quand même, j'ai vu qu'il n'est pas mal. Ce qui est bien c'est qu'il n'utilise pas trop les termes médical [sic], il essaie de faire comprendre plus simplement, c'est ça qui est bien, parce qu'on ne connaît pas spécialement les termes des médecins. »

P6 : « Il a une bonne écoute parce qu'avec moi, c'est que je suis assez stressée, donc il prend le temps de m'écouter, il ne me stresse pas plus. Il ne se dirige pas tout de suite sur un... il m'écoute quoi et après il cherche le mieux, je peux pas vous dire autrement. Les spécialistes c'est plus à la chaîne, c'est souvent pour de trucs bien définis, c'est leur domaine quoi, là c'est général donc il faut qu'il soit à l'écoute de ce qu'on lui dit.

P7 : « Ça fait déjà quelques temps que je suis avec ce médecin, il a suivi mes parents donc je venais régulièrement le voir avec mes parents et il a été très très disponible quand ils ont eu leurs soucis de santé et depuis avec moi c'est parfait. Il reste calme, très disponible justement, à l'écoute je dirais, je ne sais pas trop comment vous dire mais je me sens en confiance donc je peux lui dire mes problèmes, ça me convient très bien. Et puis quand il y a des soucis, il va jusqu'au fond, il va toujours essayer de savoir que ce soit pour mes parents ou pour moi. Le fait que j'avais été suivie pour un diabète et bon il a trouvé que ça n'avait pas été recherché à fond donc il fait refaire d'autres examens en posant plein de questions « pourquoi ceci, cela » et puis on a découvert que j'avais un cancer grâce à lui donc si je suis encore là en ce moment c'est un peu grâce à lui parce qu'on l'a trouvé assez tôt, c'est pour ça que je suis vraiment en pleine confiance et continue à avoir des relations franches. »

P8 : « Bon il est toujours à l'écoute de ce que je lui demande et de mes problèmes, je le trouve à l'écoute de mes besoins. Il me soigne pour les problèmes que j'ai. S'il n'était pas à l'écoute il ne ferait pas attention à mes soucis. Bon j'ai eu un gros accident il y a 2 ans donc il m'a vu quelques fois, j'ai eu beaucoup d'exams donc là c'est vrai que pour un petit état grippal c'est moins grave que pour les soucis que j'ai eus avant, donc là il est toujours à l'écoute mais bon j'ai eu beaucoup de soucis, je pense avoir tutoyé la mort [...]. Déjà pour qu'il écoute bien il faut qu'il ne soit pas trop surbooké je pense, et puis les médecins, il y a des moments où ils sont dépassés par les malades donc à ce moment-là je pense que le temps d'attente il est beaucoup plus court : il ne va pas s'éterniser sinon la salle d'attente elle va se remplir. Il y a des moments c'est sûr c'est limite : on a à peine le temps de rentrer qu'on a déjà l'appareil au bras, là c'est un peu léger. Il y a des moments pour des renouvellements d'ordonnances il ne me fait même pas déshabiller, bon j'ai eu pas mal de soucis en 2 ans de temps [...]. Y'a des moments on prend un peu plus de temps et puis d'autres un peu moins parce que notre médecin il a ses problèmes à lui perso, il a sa vie privée, bon et bien des fois ça peut ressortir dans le travail. Il peut être surbooké, il peut être malade aussi, un jour il a un mal de tête mais il est quand même au boulot, plein de choses comme ça. Bon c'est vrai que quand on a un médecin on n'est pas le centre du

monde, il peut pas passer deux heures avec le même patient, ça se comprend, il faut satisfaire la demande et les patients. Et c'est vrai que si on rentre et puis au bout de deux minutes on est déjà ressorti avec l'ordonnance on se dit « tiens j'ai le sentiment d'être venu chez l'épicier ». Bon c'est sûr que si c'est un patient qui a le cancer il a besoin d'écoute, il a besoin de parler. Un patient qui vient parce qu'il a l'œil sec ou l'oreille qui gratte bon c'est sûr qu'il y a beaucoup moins de temps à passer avec lui, c'est un peu suivant le problème qu'il peut y avoir. Le médecin est moins à l'écoute pour un bouton au front que pour la grosse maladie. Bon c'est vrai qu'il y a des gens qui s'inventent des maladies, pour le petit bouton s'il est pas ausculté pendant deux heures il a peut-être un cancer au bouton, y'a des gens qui ont besoin d'écoute, de beaucoup d'écoute. [...] »

P9 : « Bien il m'a mise en confiance, beaucoup, bien surtout il me connaît maintenant. Je suis satisfaite de ce médecin. Parfois il m'apporte un réconfort, parfois je pourrais être médecin moi-même pour pouvoir me guérir moi-même, je sais déjà d'avance ce que j'ai mais je ne sais pas écrire les ordonnances et je ne sais pas donner les pronostics réels, quoi ! Il est intentionné, on voit qu'il est très intentionné [sic], il vous pose des questions, des questions qui sont réelles, qui ne sont pas ... Pour moi c'est ce que je ressens, cette mise en confiance qui est importante chez un patient, quoi ! Moi je ne vais pas voir un médecin juste pour le plaisir d'avoir une ordonnance ou un renouvellement ou un truc comme ça, quand je vais voir un médecin c'est parce que je vais pas bien du tout, et c'est souvent des crises d'asthme avec des grosses bronchites. »

P10 : « Parce que je n'ai pas trouvé qu'il était super attentif à ce que je lui disais. Il écoutait ce que je lui disais mais vu que Alexandre\* ça fait deux jours qu'il ne mange pas et il avait un pain au chocolat à la main, je n'ai pas trouvé ça très gentil la façon dont il m'a dit « mais vous savez que ce n'est pas bon de lui donner un pain au chocolat. [...] Vous savez s'il ne mange pas il va falloir l'hospitaliser, si ça rentre pas par la bouche il va falloir l'hospitaliser ça va être direct de l'intraveineuse ». Excusez-moi je le sais, je suis quand même grand-mère, j'ai eu trois enfants, c'est pour ça que je dis qu'il n'a pas été à l'écoute [...], j'ai pas trouvé qu'il était attentif à mon écoute, il était plus dans la négation à me dire ce qui n'allait pas, ce que j'étais en train de faire qui n'était pas bien et de me dire que c'est mieux de faire autrement [...]. Il m'écoutait, il a écouté la température qu'il avait, la fièvre qu'il avait, ... Moi le médecin traitant que j'avais, elle était plus attentive, plus attentionnée. Après lui il est un peu plus ... une fois que je lui ai demandé l'autorisation de le changer sur la table, parce que limite j'ai eu l'impression ... enfin je ne savais même pas trop ce qu'il fallait faire... [...] »

P11 : « Déjà parce que ça fait très longtemps que je connais mon docteur. Il a toujours su m'écouter. J'ai des problèmes de dépression donc il m'a super-boostée. Très bonne [qualité d'écoute], de bon conseil. Déjà il a su m'écouter, ensuite il a su gérer le problème, il a posé le bon diagnostic, le bon traitement. Je ne sais pas, vu que ça fait très longtemps qu'il me connaît, il sait comment..., il sait peut-être poser les bonnes questions. »

P12 : « Par rapport au ressenti qu'on a, par rapport à l'écoute, quand on a une discussion puis qu'on voit qu'il est compréhensif par rapport à ce qu'on a puis par rapport aux réponses qu'on a. »

P13 : « Parce qu'il a répondu à toutes mes questions. »

P14 : « Parce qu'il est agréable, qu'on a pu parler. Quand on va chez le médecin c'est pour qu'on puisse parler avec lui. Il laisse les patients s'exprimer. Il répond aux questions qu'il y a.

S'il y a un souci quelconque, il essaie de le résoudre. Je changerais de médecin s'il n'avait pas [une bonne qualité d'écoute]. »

P15 : « Il a fallu que je lui rappelle quelque-chose, à la fin, il a fallu que je lui rappelle le fait que je ne suis pas allée travailler aujourd'hui, je faisais comment quoi ? « Hé ben oui j'avais oublié » donc il m'a fait ma feuille d'arrêt de travail pour la journée vu que je n'étais pas allée au travail. Il a écouté le problème que j'avais, il a diagnostiqué ce qu'il me fallait pour que j'aie mieux, il m'a donné une prescription. Il a écouté ce que j'avais à lui dire et il a répondu en me donnant cette prescription. Il répond à ma demande dans le sens où il apporte ce qui va me permettre d'aller mieux en tout cas au point de vue médical. »

P16 : « Il est très à l'écoute de ce qu'on lui dit, je trouve que par moment il n'écoute pas non plus assez, c'est pour cela que je mets la note de huit. Après c'est chacun son métier. Par moment on essaie de lui dire des choses mais il reste campé sur certaines positions. Le reste du temps c'est très bien, il fait son job qu'on lui demande. [Son écoute] répond à mes attentes. J'arrive pour un problème donné, je suis peut-être un peu terre à terre, j'aime bien qu'on me donne des réponses franches et rapides pas qu'on tourne autour du pot, que ce soit bon ou mauvais, voilà je suis ex-militaire donc j'aime bien trancher, donc par moments j'ai l'impression qu'il laisse planer un peu le doute. Pour moi ce ne sont pas des vraies réponses. »

P17 : « Parce que c'est un remplaçant et que la dernière fois c'est pas allé du tout et même là je trouve que c'est un peu svelte ce qu'il fait, c'est trop léger par rapport aux choses qu'on a. Il n'écoute pas trop. Je suppose qu'il a fait des études et c'est trop... ben par exemple si c'est cassé ou si ça n'est pas cassé, non c'est juste bleu, sans écouter quand on a mal ou pas. Il pourrait être plus aimable, plus agréable. [Sa mère : moi aujourd'hui je l'ai trouvé aimable. Mais peut-être que pour elle en tant que jeune c'est trop dans les cases en fait. Elle n'a pas eu l'impression d'être entendue, en plus c'était pour un doigt de pied qui est sûrement cassé donc comme il a regardé un peu trop, il lui a fait mal donc elle ça la bloque, surtout sur des jeunes je pense.] Mon médecin généraliste de d'habitude lui c'est nickel, dix sur dix. [Sa mère : vingt sur dix !] Le docteur Davant\* lui il prend le temps avec ses patients, c'est tant pis si j'ai du retard, il prend le temps d'écouter, il prend le temps de demander si par exemple on aimerait... si par exemple on a besoin d'autre chose ou quoi au moment où on a mal ou rajouter des médicaments ou autre [Sa mère : au cas où]. »

P18 : « C'est un très bon médecin qui écoute très bien ses patients. Je n'ai rien d'autre à dire. Il écoute très bien je n'ai rien d'autre à dire. Je ne sais pas moi les autres médecins vous savez, il y a longtemps que je n'en ai plus d'autres médecins. Les autres ils étaient chez moi mais depuis ici c'est très bien. [Sa fille : c'est-à-dire que quand tu lui dis que tu as quelque chose il va... il a supprimé des médicaments quand ça n'allait pas, voilà, il essaie de jongler avec les pathologies qui sont quand même importantes. Il essaie de voir un peu ce qu'il peut faire ou ne pas faire, conseiller et tout. C'est en ce sens qu'il écoute. Il prend des bonnes décisions.] »

P19 : [Sa mère : parce que j'ai trouvé qu'il n'a pas fait grand-chose. Voilà. Juste des séances de kiné. Je ne sais pas. De toute façon c'est les médecins en général. Et bien elle a un souci au genou depuis un certain temps et en gros ils n'arrivent pas à dire ce qu'elle a en fait.] Ce que j'ai en fait mais j'ai mal mais... [Sa mère : elle a mal mais elle n'a rien. Voilà.] Quand même, ce sont des médecins, ils devraient savoir ce que j'ai. [Même si on fait des radios, elle n'a rien.] Après je ne pense pas que ce soit juste une rééducation à faire parce que j'ai quand même mal quand je fais du sport ou quand je fais de l'effort. Je pense qu'il aurait dû peut-être plus regarder, après je ne suis pas médecin donc je ne sais pas... [Sa mère : pour mon cas à moi, je trouve

que... j'ai des migraines, il ne me donne que des médicaments, il ne me fait pas faire autre chose et ça me sert à rien. Tous les médicaments qu'il me donne, quand j'ai la migraine je vomis donc ça sert strictement à rien. Après la dernière fois il m'a dit « Mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? ». Ben ça n'est pas à moi de le dire. C'est au médecin en général, ça n'est pas à moi de le dire « Ben faites-moi un IRM, je ne sais pas, un neurologue ou voilà. Mal de tête en permanence... voilà. ] »

P20 : « J'aurais tendance à dire qu'en règle générale il était à l'écoute mais disons que vu la précipitation avec laquelle le médecin a dû me recevoir, il a fait l'effort de me recevoir entre deux patients donc ça a été un petit peu speed, maintenant il a pu répondre à mes problèmes. Une bonne écoute, après tout il m'a questionné sur mes soucis de santé et il a pris en considération donc... »

P21 : « Je suis tellement habitué à lui, c'est un monsieur qui est calme, c'est un docteur qui est calme, qui est gentil. Il nous écoute... et puis donc il y a le dossier donc il nous donne ce qu'il y a besoin. Il n'y a pas cinquante façons d'écouter, il me regarde et il marque aussi ce que je lui dis, voilà. Et bien à chaque fois que j'en ai eu besoin, que j'étais malade, il est toujours venu. Quand j'ai été opérée, avant d'être opérée c'est lui qui m'a enseigné justement les chirurgiens qui étaient bien et j'étais libre de choisir ou pas. Donc voilà. Et donc j'ai écouté et donc j'ai eu pas mal d'opérations et je suis contente des chirurgiens qui m'ont opéré. »

P22 : « Pourquoi sept, parce que même si je sais que l'analyse du mal se fait à cinquante pourcents du patient et puis le reste par auscultation, du coup j'ai eu l'impression qu'il écoutait d'une oreille peu attentive dans le sens où il avait déjà établi un pré-diagnostic, et c'est surtout son attitude à la fin qui m'a conforté dans ça, puisqu'il m'a dit que la dernière fois que j'étais venu le voir c'était pour la même chose, à savoir une rhinopharyngite et il ne s'est même pas embêté, il m'a donné exactement la même ordonnance malgré le fait qu'au départ on était partis sur d'autres médicaments. L'ordonnance qu'il m'a donnée ça n'était pas ce qu'il m'avait énoncé, c'était une copie de la précédente. Donc il faisait autre chose en même temps, donc écoute partielle. Je sais qu'il était certainement multitâche mais il faisait autre chose en même temps que je parlais et il a fait sa pré-analyse qui était certainement la bonne mais je ne me suis pas senti particulièrement sous attention à ce moment-là. Je pense qu'il était plus préoccupé par son ordi, par commencer à remplir l'ordonnance et puis les éléments administratifs. »

### Question 3 : impression d'avoir tout dit.

P1 : « Oui parce que quand je vais voir le médecin je lui donne toutes les infos nécessaires pour qu'il puisse au mieux cibler le problème et pouvoir trouver une solution et le traitement adéquat. »

P2 : « Oui parce que je sais que je n'ai rien à cacher, je dis tout et voilà. J'ai l'impression d'avoir tout dit, c'est sûr. Si je n'ai pas dit d'autre chose c'est parce que je l'ai oublié, y'a rien que j'aurais eu envie de dire et que je me serais empêché de lui dire par gêne ou je sais pas. En fin de consultation il demande toujours « bon, il y a autre chose ? ». »

P3 : « Oui mais j'oublie tout le temps des trucs. Mais sur le coup j'ai l'impression mais une fois arrivée à la voiture je me dis mince. Il y a tellement de trucs que c'est sur j'en oublie. »

P4 : « Oui moi je viens j'ai un problème donc automatiquement. Quand on vient en principe c'est qu'on a des problèmes donc automatiquement ce qu'il n'a pas trait... Ce n'est pas comme nos médecins de campagne qu'on avait autrefois, c'est pas du tout pareil. Disons qu'un médecin de campagne autrefois c'était le médecin de famille, on lui faisait confiance, mais avec ceux-là on n'a pas le choix. Là c'est différent, je lui fais confiance c'est tout, j'ai quelque chose à lui dire, je lui dis et puis c'est tout. »

P5 : « Oui, quand l'infirmière a demandé un rendez-vous il a tout de suite dit oui, il n'a pas chipoté quoi ! Moi j'avais surtout mal à la main. »

P6 : « Oh oui, parce que c'est lui qui m'a remis à l'ordre, moi je n'allais peut-être pas tout dire mais lui il a tout vu. »

P7 : « Oh oui, parce que je n'avais pas grand-chose de particulier à dire parce que c'était un suivi. Il m'a posé des questions sur le cancer. Bon et puis j'ai pu lui expliquer le suivi et tout, ce que j'avais eu comme visite ailleurs. »

P8 : « Oui je pense, oui, j'ai le sentiment d'avoir expliqué ce que j'avais à expliquer, parce que je pense avoir fait le tour de la question : je lui ai dit ce que j'avais, il m'a ausculté et il m'a donné son ordonnance, je n'allais pas lui parler et m'éterniser sur la pluie et le beau temps, je savais que la salle d'attente était pleine donc il n'y avait pas lieu, bon un petit mot aimable ça ne fait pas de mal mais je n'allais pas m'éterniser plus que ça. J'estime que je n'ai pas une grosse maladie, il n'avait pas besoin de passer une demi-heure avec moi, en 5-10 minutes c'était ... Quand j'ai eu l'accident, en deux secondes ce n'était pas suffisant, il fallait plus d'explications sur ce que je ressentais, l'état psychique [...]. »

P9 : « Oui parce que j'étais venue dans le but bien précis parce que j'avais de la température et il m'a consulté pour voir ce que j'ai. »

P10 : « Non je n'ai pas eu l'impression de... après je ne sais pas si c'était nécessaire d'en rajouter vu qu'il n'y avait pas – enfin voilà – pour lui il avait juste la gastro, enfin les oreilles étaient atteintes, il était pas déshydraté donc ... après j'ai pas jugé nécessaire d'en rajouter vu qu'il boit pas beaucoup... Je vous dis, je n'ai pas eu cette sensation d'écoute donc du coup j'avais pas envie – enfin – j'ai pas pu lui dire qu'il ne dort pas, qu'il vomit. Il ne m'a pas mise en confiance, il a pas été attentif comme un médecin l'est envers... avec Alexandre\* il a été mignon quand même parce que vu que moi je disais à Alexandre quand je l'ai monté sur la



chaise parce qu'il voulait pas mettre son stéthoscope « écoute le cheval », du coup il écoutait le cheval vu qu'il y avait des chevaux à côté et du coup il s'est tu puis après le médecin il était un peu plus dans mon sens à moi en disant « oh regarde la pesée ». Là il était un petit peu plus « oh regarde ici, tu fais un kilo cent vingt-cinq » et il était un peu plus dans ... à mettre plus à l'aise Alexandre\*. C'est un petit peu frustrant [de n'avoir pas pu tout dire] mais bon – voilà – moi du moment qu'il m'a donné mon traitement et que Alexandre se sente mieux après... »

P11 : « Oui, parce que je suis ressorti avec toutes les réponses. »

P12 : « Oh oui. »

P13 : « Oui. »

P14 : « Oui je n'avais pas spécialement de choses à dire, c'était pour un renouvellement d'ordonnance. »

P15 : « L'impression non parce que j'ai pas mal de soucis en ce moment, j'ai dit les choses rapidement, il les a écoutés, il a répondu on va dire que ça n'était pas facile effectivement et à la fin j'ai eu ma prescription voilà. Je suis traitée aussi autrement, j'ai un autre traitement, il le connaît, il sait que je suis suivie aussi, donc je ne voulais pas lui en reparler à nouveau, c'est quelque-chose qui est su, il le savait d'avance. Pour ne pas trop l'embêter et prendre trop son temps. »

P16 : « Oui. »

P17 : « Oui et non, enfin j'ai dit mon problème mais comment vous dire il n'est pas là à poser des questions, c'est du vite quoi ! [J'aurais voulu dire] que j'avais vraiment mal, que j'aurais peut-être eu besoin d'un bandage ou autre pour ce que j'ai. [Je l'ai pas dit] parce que je ne dirais pas qu'il coupe la parole mais enfin c'est « non, c'est pas ça, c'est ça, c'est pas grave, c'est ça », c'est très « je me dépêche parce que j'ai d'autres clients » quoi !

P18 : « Oh oui ! »

P19 : « [Sa mère : ouais] Ouais. »

P20 : « Oui. »

P21 : « Oui. »

P22 : « Ouais j'ai établi ce qui se passait depuis deux jours, où était mes maux et puis comment je me sentais, je n'ai rien oublié. »

#### Question 4 : utilisation de la reformulation.

P1 : « Non pas du tout. »

P2 : « Je ne saurais pas trop dire s'il le fait ça, si, bon là dans le cas présent c'était pas le cas mais sinon il va être du genre à répéter pour être bien sûr. »

P3 : « Des fois oui. »

P4 : « Oh oui y'a pas de raison. »

P5 : « Oui ça peut être ça, de toute façon j'avais mal au doigt, il s'est occupé de mon doigt pas autre chose. »

P6 : « Ah oui oui, ben pas là mais oui il reprend car là c'était pour les médicaments et une prise de sang. »

P7 : « Je n'ai pas remarqué. »

P8 : « Je ne saurais pas vous dire, non je ne pense pas. »

P9 : « Oui oui. »

P10 : « Non pas du tout. Pff je ne sais pas s'il a dit ça. Peut-être que si. Oui il a bien confirmé qu'il a de la diarrhée, il a mis le stéthoscope, je ne sais pas si c'est à cause de ça qu'il a écouté si ça gargouillait ou pas, mais il a bien dit qu'il avait la diarrhée, après ... »

P11 : « Je n'ai jamais fait attention. »

P12 : « Ouais il a bien repris puisqu'on a décrit... »

P13 : « Pas beaucoup. »

P14 : « Non parce que je n'ai pas eu de souci particulier mais pour d'autres choses que celle d'aujourd'hui oui. »

P15 : « Non par contre il m'a interrogée quand je lui parlais de certains, certaines choses, il a repris le mot en me disant « qu'est-ce que vous voulez dire par tel mot ? » pour que je m'explique. »

P16 : « Non il ne le fait pas. »

P17 : « Mon médecin généraliste oui, son remplaçant pas du tout. »

P18 : « Non. »

P19 : « Non mais ça va j'ai compris ce qu'il m'a dit. [Sa mère : des fois il ne parle pas assez fort] C'est vrai on avoue, pour comprendre ce qu'il dit il faut se concentrer. Après ça dépend des jours je pense, quand tu es fatigué c'est normal mais bon... »

P20 : « Non. [Sa femme : si, à chaque fois quand il notait il te redisait ce que tu avais dit et tu confirmais à chaque fois.] Ah peut-être je n'ai pas fait attention. »

P21 : « Non. »

P22 : « Non. Non, pas du tout. »

## Question 5 : utilisation de questions ouvertes.

P1 : « Très peu, très très peu. »

P2 : « Pas toujours »

P3 : « Souvent »

P4 : « Ah vous m'embarrassez... Ça dépend pour quelle raison on est là. »

P5 : « Ça se peut aussi des fois. »

P6 : « Non ... »

P7 : « Je n'ai pas fait attention. »

P8 : « Je ne pense pas non plus. »

P9 : « Non non, pas du tout. »

P10 : « Bah non il n'y a pas eu de oui ou non. Mais je vous dis sa conversation elle n'était pas très ... « il faut absolument qu'il mange, il faut le divertir » [...] Je sentais plus du reproche chez lui, limite je ne savais pas m'en occuper, l'impression que j'avais vingt ans de moins ou quarante ans de moins et qu'il fallait tout que je réapprenne avec lui. »

P11 : « Je ne peux pas du tout répondre. »

P12 : « Ça a été assez rapide donc ça a été assez difficile [sic]. »

P13 : « Oui. »

P14 : « Non, je ne trouve pas. »

P15 : « Oui il utilise ces questions. »

P16 : « Lui il pose plutôt des questions sur le symptomatique, ce ne sera pas oui ce ne sera pas non, ce sera « Comment vous ressentez... » ce qui est bien mieux. »

P17 : « Il fait beaucoup plus de questions dont la réponse et oui ou non, que de questions... il en fait un petit peu mais c'est soft, ça n'est pas beaucoup. »

P18 : « [Sa fille : oui mais ça ça paraît logique quand on pose une question. « Comment vous êtes ? Comment vous vous sentez ? » Bien sûr qu'il le fait.] »

P19 : « Oui, ben oui. »

P20 : « Oui. »

P21 : « Des fois oui. Ça dépend. »

P22 : « Non, ça ne s'est pas passé, c'est peut-être lié à ma description qui lui a suffi. Il ne m'a pas posé de question ouverte. »

## Question 6 : présence de silences.

P1 : « Non, du tout, enfin ce n'est pas un médecin qui est du tout ouvert en plus. »

P2 : « Pas tellement. »

P3 : « Oui »

P4 : « Non, non, pas moi. Quand il a besoin il me demande et je lui réponds et puis c'est tout. »

P5 : « Je ne peux pas trop vous répondre parce que ça a été vite fait, il a fait à la va-vite un peu parce que ça n'était pas vraiment un rendez-vous, c'était l'infirmière qui voulait faire constater mon doigt, il est venu tout de suite en plus. C'est par réputation que je le connais en fait, là c'était la première fois que je l'ai vu [sic]. »

P6 : « Bah oui si j'ai une question à poser, oui, je peux la poser, il y a du temps. »

P7 : « Il laisse des silences, il ne force pas à parler, il me pose des questions, je réponds. »

P8 : « Non je ne pense pas, peut-être parce que je suis causant, je viens, je sais de quoi je vais ... je sais ce que je vais dire et après je le laisse travailler, je lui explique ce que j'ai, ce que je ressens. »

P9 : « Tout dépend du problème, en général, souvent il me laisse parler, peut-être qu'il attend le point faible de ma pathologie, du centre d'intérêt. [...] Il n'y avait pas de compréhension, je me bloquais. C'est moi qui ai une mauvaise qualité d'écoute, c'est parce que je suis têtue. »

P10 : « Non. »

P11 : « Oui, il m'incite à parler. »

P12 : « Oui, quand même ! »

P13 : « Non. »

P14 : « Je ne dirais pas ça comme cela, je dirais plutôt que c'est une conversation. »

P15 : « Oui on n'a que parlé de toute façon. »

P16 : « Oui il laisse des silences et il incite à parler. »

P17 : « Il laisse des silences quand il tape, mais comme je vous dis il coupe, il est très technique, très... trop, trop, pas assez vers le client, pas assez aimable... [Sa mère : ce n'est pas aimable, il ne se préoccupe pas trop de savoir, il lui a dit « tu t'es fait ça comment ? – Je me suis cognée le doigt de pied – Ah bon d'accord ! » Ça n'est pas plus loin quoi !] »

P18 : « [Sa fille : Oh pas spécialement, non pas spécialement.] Non. »

P19 : « Des fois il laisse des silences. Oui. »

P20 : « Il ne laisse pas de silence, après incite à parler : à partir du moment où il a des questions à me poser il me les pose tout de suite. »

P21 : « Ça arrive. »

P22 : « Oui et du coup des silences qui incitent à parler parce que n'aimant pas les silences, je me force à parler. »

## Question 7 : impression d'avoir été interrompu.

P1 : « Non, du tout. »

P2 : « Non. »

P3 : « Non je n'ai pas l'impression, sauf quand je répète trop de fois, elle me dit « oui mais on a déjà vu », parce que j'ai déjà posé la question, plein de fois. »

P4 : « Non. »

P5 : « Non pas du tout. »

P6 : « Ah non jamais, même si j'ai du mal à m'exprimer il laisse faire ».

P7 : « Non. »

P8 : « Non du tout. »

P9 : « Non, pas du tout. »

P10 : « Un peu, oui. Je n'avais pas l'impression que ça l'intéressait ce que je lui disais. Du moment qu'il savait qu'il avait de la fièvre, depuis quand... [...] »

P11 : « Non, du tout. »

P12 : « Non, non, il m'a bien laissé discuter. »

P13 : « Non. »

P14 : « Non. »

P15 : « Non. »

P16 : « Jamais. »

P17 : « Oui car il veut aller vite, il a d'autres clients après. »

P18 : « Non. [Sa fille : non plus.] »

P19 : « Non. »

P20 : « Non. »

P21 : « Non. »

P22 : « Non, pour les mêmes raisons parce qu'il ne parlait pas, je n'ai pas été interrompu. »



## Question 8 : durée estimée de la consultation.

P1 : « Dix minutes ».

P2 : « Comme j'étais le dernier client et qu'on a le temps ça a duré, ça c'est un truc vraiment particulier à Fabrice\*, ce n'est pas dix minutes « clac clac », il prend vingt minutes par patient donc il en fait beaucoup moins que les autres mais si ça doit déborder il fait déborder même si par principe il n'aime pas faire attendre les gens dans la salle d'attente.

P3 : « Je pense qu'elle a bien duré une heure. »

P4 : « Un quart d'heure – vingt minutes, plutôt un quart d'heure. »

P5 : « Je ne sais pas trop parce que je suis passé d'un endroit à un autre, vingt minutes [pansement par l'infirmière compris NDLR]. »

P6 : « Dix minutes. »

P7 : « Un quart d'heure mais parfois plus. Là c'était un quart d'heure mais il m'a déjà gardé beaucoup plus et avec mes parents, pareil. »

P8 : « Bon je savais que la salle d'attente était pleine donc je ne me suis pas éternisé, j'ai été droit au but parce que je le sentais surbooké. A mon avis dix minutes. Oui c'était une durée suffisante pour cette consultation-là. »

P9 : « Plus de quinze minutes là quand même. Pour cette pathologie c'était une durée suffisante parce qu'il y avait juste à écouter mes poumons et me prendre la tension. S'il y avait eu plus, je pense qu'il aurait mis plus de temps, c'est déjà arrivé. »

P10 : « Vingt minutes. Je pense que oui vu qu'il n'y avait pas grand-chose à dire et qu'il ne donnait pas envie de... Il a vu qu'il avait fait déjà des otites... »

P11 : « Un quart d'heure, vingt minutes. »

P12 : « Je ne sais pas, cinq minutes, ça a été assez rapide. Oui il l'a bien ausculté. »

P13 : « Dix-quinze minutes. Oui une durée suffisante. »

P14 : « Très rapide, dix minutes. Tout à fait [suffisante], pour ce qu'on avait à y faire. »

P15 : « Moi et la notion du temps... J'ai eu l'impression que ça a duré dix minutes. Oui ça m'a suffi par rapport à ce que j'attendais oui. »

P16 : « Dix minutes. Oui [c'était une durée suffisante]. »

P17 : « Dix minutes. Non [ça n'était pas une durée suffisante]. »

P18 : « [Sa fille] : vingt minutes au moins.] Vingt minutes. Oh oui [c'était une durée suffisante] »

P19 : « Quinze minutes. [Sa mère : dix minutes, ouais dix quinze minutes.] Je pense qu'il aurait dû prendre plus de temps pour regarder et voir si je n'ai pas un problème vraiment. Là je sais ce que j'ai là, je sais ce que c'est. »

P20 : « Je dirais peut-être cinq bonnes minutes. Oui pour ma consultation d'aujourd'hui c'était suffisant. »

P21 : « Je ne sais pas peut-être dix minutes, non plus que ça parce que je suis montée, il m'a pris la tension, il m'a pesée, je ne sais pas. Dix minutes un quart d'heure. Oui [une durée suffisante] parce que j'ai dit ce que j'avais et bon il a mon dossier donc... »

P22 : « Entre le moment où je rentre et le moment où je ressorts il doit se passer dix minutes, si on enlève la partie administrative, je vais dire six à sept minutes grand max. Me concernant c'était suffisant puisque quelques jours après j'étais malgré tout guéri. Après, il a fait son boulot, tant qu'on arrive au résultat, pas de souci, pas de durée limite à atteindre. »

### Question 9 : pourcentage de temps consacré à l'écoute.

P1 : « Trois minutes donc trente pourcents. »

P2 : « C'était un échange un peu cinquante-cinquante. »

P3 : « Bien quarante à cinquante pourcents du temps il m'a écouté. »

P4 : « Je ne suis pas une personne qui parle vous savez, il parle pas plus qu'il y en a besoin, il est comme moi. »

P5 : « Il a été plus souvent au téléphone en train de parler à un autre médecin parce que moi j'avais l'infirmière qui était en train de me refaire le pansement. C'était kif-kif. »

P6 : « Il a parlé normal, par rapport à moi, il a parlé plus, quatre-vingt pourcents du temps puis moi vingt pourcents. Pour certaines maladies c'est peut-être pas assez. »

P7 : « A peu près pareil. J'ai l'impression qu'il adapte la durée au problème parce qu'il m'est déjà arrivée de rester plus d'une demi-heure, pour parler, même pour parler du moral quand il y avait des problèmes et puis ça peut être rapide quand il n'y a rien à dire, quand ça n'est qu'un renouvellement, donc c'est adapté. »

P8 : « Il n'est pas très causant mon médecin, on va dire cinquante pourcents du temps, bon j'ai peut-être parlé un peu plus que lui [...]. »

P9 : « Moitié, moitié. »

P10 : « Je n'ai pas pu dire grand-chose parce que j'avais l'impression – pas que ça l'intéressait pas – mais bon, que j'avais déjà dit ce qui était nécessaire de dire donc je crois que c'est plus lui qui a pris la parole. Je ne sais pas trop je dirais peut-être soixante pourcents, soixante-dix pourcents qu'il a pris la parole. »

P11 : « Moitié, moitié, cinquante pourcents. »

P12 : « Il ne cause pas beaucoup non plus donc... Oh cinquante-cinquante. »

P13 : « Cinquante pourcents. »

P14 : « Vous savez il sait pourquoi je viens et il a ce qu'il faut sur l'ordinateur, il sait ce que j'ai, ça n'est pas une maladie on va dire, enfin si c'est une maladie... C'est moitié-moitié, c'est une discussion. »

P15 : « Soixante-dix d'écoute et trente pourcents de parler. »

P16 : « Je dirais soixante pourcents. »

P17 : « Il a écouté trente pourcents, il a parlé soixante-dix pourcents. »

P18 : « [Sa fille : pas très longtemps parce qu'en plus il était au téléphone donc pas très longtemps. Sur la durée de l'intervention on va dire allez 10 pourcents pas plus, quinze pourcents. Il a quand même l'habitude donc il pose à peu près les mêmes questions.] »

P19 : « Je pense qu'il a fait les deux, c'est égal. [Sa mère : cinquante-cinquante.] »

P20 : « J'aurais tendance à dire qu'il a parlé soixante-soixante-dix pourcents du temps. »

P21 : « C'est-à-dire ben tout le temps, [...] je n'ai pas calculé. »

P22 : « Il a dû parler dix pourcents du temps et quatre-vingt-dix pourcents c'était moi. »

## Question 10 : quelques mots de conclusion.

P1 : « C'est regrettable aujourd'hui que les médecins restent figés sur leurs connaissances et qu'ils n'écoutent pas assez leurs patients et bien souvent ils passent à côté de choses importantes. »

P2 : « Je repense à mon dermato, j'y suis allé plusieurs fois, mais lui justement il était plutôt du genre à juger. Il est froid. »

P3 : « Y'a des fois quand il y a trop de retard dans la salle d'attente c'est pas trop écouté. Quand on attend une à deux heures dans la salle d'attente on sait que ça va être « tac tac tac tac » et hop c'est fait. Si on a une question à poser vaut mieux la poser en début de consultation pour être sûr d'avoir la réponse pendant la consultation. Après bon je pense que c'est normal. Quand la consultation a du retard je pense qu'ils doivent essayer de rattraper le retard donc forcément il y a moins de temps. Je trouve qu'un quart d'heure pour chaque patient c'est pas assez, enfin pour moi, je pense qu'une demi-heure pour chaque patient ça serait bien, parce que la plupart du temps on met une demi-heure quoi qu'il arrive.

Le premier médecin que j'ai eu il ne nous écoutait pas beaucoup. Quand on voulait parler il nous faisait une ordonnance pour voir le psychologue ou autre. Il n'aimait pas trop qu'on parle avec lui. Il prenait son temps pour les symptômes et tout ça mais dès que ça dépassait, dès que ce n'était pas médical – j'ai mal à la gorge, j'ai mal à la tête, je ressens une douleur comme ça au dos – dès que c'était plus moral, il préférerait envoyer ailleurs en fait. »

P4 : « Quand je viens il n'y a pas de problème, quand ça va pas je reviens et je lui dis ce qu'il en est, c'est ce qui se passe aujourd'hui d'ailleurs. Faut voir par la suite ce qu'il m'a ordonné. Je l'ai déjà vu pas mal de fois effectivement et je continue. »

P5 : « Je ne peux pas trop dire parce qu'ici depuis que ça a ouvert c'est la 2<sup>ème</sup> fois que je viens. C'est rare que je voie un médecin. Il est bien parce qu'il est super à l'écoute mais je ne le connais pas assez. Il m'a accepté comme médecin traitant mais il m'a dit « si vous voulez changer vous pouvez », il est pas rancunier quoi après je ne le connais pas trop pour pouvoir le juger tout de suite comme ça. »

P6 : « Je n'ai jamais eu d'accroche, il écoute ce que je lui dis, je ne suis pas une patiente facile donc voilà il faut qu'il revienne à la charge pour faire des examens et voilà. Lui il me dit « faut faire ça, prenez votre temps mais il faut le faire », peut-être qu'il y en a qui diraient « si elle ne veut pas le faire tant pis pour elle » il revient à la charge quoi, il relance toujours. »

P7 : « Il y a des médecins qui sont froids, qui ne mettent pas en confiance et qui répondent parfois trop sèchement alors que c'est pas du tout le cas du médecin que je viens de quitter. Je suis vraiment très satisfaite. »

P8 : « Pour un patient, avoir un médecin généraliste qui a une super écoute c'est le top. Ah oui on se sent écouté ! Il prend son temps, il prend du temps pour écouter le patient, il coupe pas le patient toutes les deux secondes quand le patient explique « ça fait trois jours que j'ai mal là », si toutes les deux secondes le médecin pose une autre question, le laisse pas s'expliquer, c'est pas une très bonne écoute, il faut d'abord que le patient s'expose sur son problème et puis après si ça ne lui suffit pas il faut que le médecin pose des questions pour approfondir pour faire son diagnostic le plus précis possible. Il faut qu'il prenne du temps, malheureusement il faut du temps, ce qui devient difficile car il manque de plus en plus de médecins donc ils sont de plus

en plus surbookés par le travail, dès fois il n'y a plus de médecin du tout donc là il n'y a plus d'écoute. »

P9 : « Ce n'est pas toujours facile parce que mon médecin est rarement là, ça c'est « chiant ». Le médecin remplaçant a peut-être une meilleure qualité d'écoute pour la bonne raison qu'il est interne ou étudiant et donc je ne peux pas dire qu'il a plus à cœur son travail, mais il fait beaucoup plus attention aux pathologies des personnes, aux problèmes de la personne. Je vais pas dire que mon médecin n'est pas bon, au contraire, un très bon médecin mais moi je râle parce que je ne le vois pas assez souvent. Il écoute d'une autre façon. Je pense qu'il y a une complicité, plutôt avec son remplaçant, par ce que ça fait quand même – combien de temps maintenant que je le vois – à peu près trois ans, donc c'est difficile l'idée d'avoir un médecin parce qu'il faut qu'il apprenne à nous connaître et nous il faut qu'on apprenne à le connaître, c'est très compliqué, et après il y a une confiance qui rentre, aussi bien chez le médecin que chez le patient. »

P10 : « Sa disponibilité, par rapport à mon ancien médecin qui est partie à la retraite, elle était beaucoup plus à l'écoute, attentive, par contre certes il y avait une longue file d'attente dans la salle parce qu'elle prenait du retard au fur et à mesure. Mon nouveau médecin traitant qui est un médecin du sport, lui il parle très rapidement et je trouve que lui il manque aussi un petit peu d'écoute [...] Là il reste plus que le docteur Ranou\* et le docteur Ranou\* ben c'est pareil c'est pas... enfin il ne nous convient pas spécialement parce qu'il est pas très attentif non plus je trouve. Et puis quand on... je sais qu'une fois mon mari il avait un problème de peau, ça n'est pas génétique mais c'est dans le sang, donc il avait dit que son frère avait eu ça, dans sa famille il y a eu ça, lui il a été fermé, il a dit « non non c'est pas du tout ça, je ne vous donne pas ce traitement-là. Et en fait ça n'est pas passé, et parce qu'à la pharmacie j'ai un petit peu insisté pour avoir cette crème-là, ils me l'ont donnée et c'est parti. Donc je trouve qu'au niveau... après c'est mon opinion à moi mais bon... Pis encore je vois, mon fils, il était malade mardi et il proposait un rendez-vous le samedi... Il a le temps de se passer des choses. Quand on n'est pas bien, même si c'est une petite grippette on est bien contents d'avoir un traitement rapidement. Quand on est malade on ne peut pas avoir un rendez-vous dans une semaine. »

P11 : « Peut-être parce qu'on se sent bien avec. Je ne me serais pas bien entendu dès la première fois, j'aurais ... franchement je ne serais pas restée. La confiance déjà [fait qu'on s'entend bien avec son médecin], le temps qui est accordé au patient : si on voit que c'est bâclé on n'a pas forcément envie de rester et puis le feeling. Et puis la façon de parler. J'ai eu l'exemple d'un pédiatre, je l'ai trouvé agressif, je ne comprenais pas ce qu'il me disait donc j'ai changé. Du coup c'est mon médecin qui est devenu le pédiatre. La façon de parler c'est ça qui me paraît ... Une confiance... »

P12 : « Juste qu'il prenne le temps d'écouter. »

P13 : « L'ancienneté de la relation et le temps consacré à l'écoute. »

P14 : « J'ai connu un certain nombre de médecins parce que j'ai déménagé plusieurs fois depuis un certain nombre d'années. Sur Orléans j'en avais trouvé un très bien, très consciencieux. Après on était à Bourges donc là j'en ai fait deux. Un qui était moins consciencieux que l'autre. Ça veut dire que j'étais quand même bien malade et puis il ne pouvait pas se déplacer. L'autre il a pu se déplacer donc il a pris la relève. Et après je suis arrivée là, je voulais prendre un médecin sur place et comme je connaissais le médecin qu'allait voir mon mari, c'est comme ça que je suis venue le voir. Le premier médecin à Bourges par exemple, je ne le trouvais pas... il

était tout près de chez nous, c'est pour ça qu'on l'avait pris d'ailleurs, c'est le feeling. J'ai connu un autre médecin chez qui j'avais emmené mes petits-enfants sur Bourges, là je ne le sentais pas du tout. Je ne le sentais pas c'est le feeling. Vous êtes bien avec quelqu'un ou vous n'êtes pas bien avec quelqu'un c'est pas concret c'est abstrait. »

P15 : « Le fait qu'il prend en considération les paroles et justement il pose des questions plus ouvertes que des questions fermées, comme un peu nous notre métier, si on pose des questions fermées on ne saura rien de la personne, alors que si on pose des questions ouvertes on aura des réponses plus étendues. [Un médecin qui écoute moins bien NDLR] il parle beaucoup, il n'écoute pas parce qu'il est à côté de ce qu'on lui demande. S'il ne fait que parler et qu'il ne pose pas de question il écoute mal. Je pense que c'est bien quand une personne parle de répéter soi-même, et puis pas qu'un mot c'est peut-être pas ce mot là le plus important. Qu'il pose des questions essentielles sur son état physique et aussi sur son état psychique, s'intéresser à ce qu'il pense réellement et pourquoi il est venu. »

P16 : « C'est son tempérament qui fait l'écoute. Je ne saurais pas trop, il y a aussi le feeling qu'on peut avoir avec un médecin ça c'est très important. Et peut-être que les jeunes médecins n'ont pas la même approche avec les patients que certains anciens. Et puis après les ruraux, les non ruraux, ça change beaucoup. Je pense que [les jeunes médecins] ils seraient plus à l'écoute, plus à essayer de chercher le fond du problème plutôt qu'à le traiter avec des médicaments. Faire parler les gens c'est ce qu'il y a de mieux, essayer de voir où ça peut piquer. C'est souvent là où il faut creuser. Je ne sais pas mais c'est partout pareil dans la vie comme partout, c'est souvent les points sensibles qui sont à l'origine des malaises. »

P17 : « Qu'est-ce qui fait qu'il écoute mieux c'est qu'il est plus aimable, qu'il met plus à l'aise, il cherche plus à savoir ce qui s'est passé, comment on l'a ressenti, enfin nos émotions par rapport à ça. Quand il l'est moins c'est tout l'inverse c'est qu'il n'est pas aimable, très froid, très technique par exemple « tiens c'est telle maladie, je la résous et hop c'est fini » [Sa mère : pour la petite anecdote, c'est vrai que à chaque fois que c'est un remplaçant elle n'aime pas trop parce qu'elle aime vraiment bien le docteur Davant\* et la dernière fois je ne sais plus ce que tu avais, quand on était venu c'était le docteur Collier du coup elle appréhendait un petit peu et du coup il a été tellement je dirais souriant] comme monsieur Davant\* [Sa mère : du coup je pense que les jeunes ça les met plus à l'aise et du coup il a plus parlé avec elle et tout ça et du coup quand on est reparti elle a dit « ben maman celui-là il est bien ». [...] Au début avec le docteur Ahlala\* ça a été un petit peu... très très froid, glacial même. Du coup j'ai pas été très aimable avec lui la première fois où je l'ai emmenée. Là il est un peu mieux mais elle du coup ça l'a bloqué je pense. Je pense que si je devais lui donner un conseil ce serait d'être plus à l'écoute quand même] Plus aimable ! Un médecin, il a plein de relations, il a beaucoup de clients, si directement il n'est pas aimable on n'a pas envie de rester et de dire ses problèmes quoi ! [Sa mère : oui au cas où il tombe sur quelqu'un qui a vraiment des problèmes un peu plus profonds il n'aura pas tendance à lui dire que si le médecin est un peu plus réceptif en fait.] Les personnes peuvent plus se confier sur telle ou telle chose, pour les personnes qui ont eu des maladies ou qui ne veulent pas en parler ou des trucs intimes ou plein de choses. »

P18 : « [Sa fille : mais alors ça c'est en général, je leur demanderais qu'ils ne soient pas... qu'ils emploient des mots simples. S'ils ne sont pas simples, ne pas prendre les gens de haut parce qu'on ne les a pas compris, chacun son métier aussi. Donc ça voilà déjà un truc parce que je suis remontée contre les médecins moi entre nous. Un peu plus d'empathie ça ne serait pas mal aussi. Et puis essayer d'écouter, je ne parle pas de lui [le médecin consulté en dernier par sa mère] mais les spécialistes essayer d'écouter un peu ce que le malade dit. Et puis c'est quand

même le malade qui a ses problèmes, enfin le patient qui a ses problèmes donc on aime bien être au courant de ses problèmes, pas parler dans le vide et pas parler comme ça, l'impression qu'on est pas concerné, si on est concerné, donc bien expliquer. Voilà et puis bien j'ai fait le tour] Tu es remontée dis donc ! [Sa fille : ah oui oui oui assez ! J'ai eu des expériences et oui je suis assez remontée. Par exemple un spécialiste qui me dit « Vous me rappelez » parce que j'ai des problèmes de hanche, on me met une prothèse ou pas, et ce matin je rappelle et je lui demande un conseil pour un chirurgien à Guillaume de Varye, je ne les connais pas les chirurgiens. Apparemment quand on est rhumatologue je pense qu'on connaît un petit peu le... bon ! Je lui demande « Est-ce que vous connaissez ? » Il m'a répondu « Je ne suis pas marié avec eux » Mais c'est leur vie privée je m'en fiche qu'il ne soit pas marié avec eux. Je demandais simplement un conseil. Bon ça je n'ai pas apprécié, on ne répond pas comme ça déjà. Il aurait pu me dire « Oui celui-ci ». Après il m'a donné un nom en disant « Il n'est pas mal ». Ben il n'est pas mal, j'aurais préféré qu'il me dise « Il est bien » plutôt qu'il me dise « Il n'est pas mal ».] Ah c'était ça ce matin [Sa fille : oui puis bon il y en a eu d'autres comme ça et ça je ne supporte pas.] C'est-à-dire que vois-tu ils ont passé des examens... [Sa fille : Non, non, c'est quelqu'un qui a de l'âge donc ça n'est pas une question d'examens ou de quoi que ce soit. C'est ce que je reproche. Empathie pour moi ça représente un échange. Pas se mettre à la place des gens parce qu'on ne peut pas se mettre à la place des gens. Enfin je ne leur demande pas ça. Enfin quoique quand ils sont dans le travail au moins essayer de... oui de comprendre, d'aller au fond des choses.] De comprendre les gens. [Sa fille : de ne pas... oui enfin... C'est pareil ça, j'ai des problèmes d'artérite, des problèmes d'artères qui se bouchent et bon je fumais, enfin je fume. Et puis mon docteur, ici par exemple, qui me dit... parce que... enfin j'ai diminué, je ne fume plus que cinq cigarettes par jour.] Ce n'est déjà pas mal ! [Sa fille : bon ben cinq cigarettes par jour ça n'est pas énorme après on me dit « Non, c'est l'arrêt immédiat pour ce genre de chose, c'est pas cinq cigarettes par jour » Et puis après il me fait une lettre pour passer un doppler et là il marque « Tabac persistant ». Et là je me suis dit c'est hypocrite, pourquoi il me dit qu'à moi « Je peux fumer cinq cigarettes par jour » et après il va dire au médecin « Le tabac est persistant ». Il fallait me dire à moi « Il faut arrêter de fumer enfin ! » Et puis il y a des petites choses comme ça qui me...] Qui t'exaspèrent ! [Sa fille : oui je trouve que maintenant les relations se sont dégradées enfin bon, j'ai connu un médecin ici qui est décédé, le pauvre.] Ah oui mais lui c'était autre chose ! [Sa fille : oui c'était autre chose, c'est quelqu'un qui se déplaçait, c'est quelqu'un qui écoutait, c'est quelqu'un qui connaissait la famille, c'était le médecin de famille quoi ! Je pense que ça le médecin de famille on peut faire un trait dessus c'est terminé, c'est complètement terminé. C'était un médecin qui connaissait la famille, moi je me souviens une fois j'avais une de mes filles qui avait la nuque raide, il me dit « J'arrive tout de suite » parce qu'il était inquiet, parce qu'il était comme moi en plus. Il me dit « Non rassurez-vous ça n'est pas ça » mais gentiment. Voilà, il avait aussi le côté gentil qu'on n'a plus du tout maintenant. Oh si, il est gentil, d'ailleurs il ne faut pas que je dise ça, si, ils sont gentils, c'est pas le problème, enfin...] Gentil la canaille on dit ! [Sa fille : il fait beau, je suis content, je vais avoir mon petit-fils bientôt, voilà c'est gentil ça, je m'en fiche. C'est drôle, parce que... et c'est drôle d'ailleurs... bon remarquez c'est la routine aussi, c'est comme dans tous les métiers, c'est vrai qu'il y a une sorte de routine aussi qui s'installe. Parce que quand ce sont des remplaçants, les questions sont beaucoup plus pertinentes, on va plus au fond des choses, on regarde l'ordinateur et on commence à regarder tous les antécédents, tout est bien... Alors que c'est vrai qu'avec notre médecin traitant, si c'est pour un renouvellement d'ordonnance, il vous fait le renouvellement d'ordonnance et puis terminé. Alors que quand ce sont des remplaçants ils vont plus au fond des choses, ce qui est normal d'ailleurs. Et donc on aimerait que son médecin traitant fasse un petit peu autant aussi, mais bon, c'est comme ça, c'est comme ça. Meilleur pour l'écoute ? Je crois que je lui conseillerais d'abord de bien écouter ce que la personne lui dit, de bien poser les questions, de... et puis il faut connaître un peu aussi,



parce que, des fois dans le côté médical, des fois il faut connaître un peu l'environnement. Il peut y avoir des questions aussi... Parce que ça n'est pas uniquement des fois le physique qui ne fonctionne pas, il peut y avoir des choses aussi qui font que le physique ne fonctionne pas. Donc il faut aussi faire un petit peu d'ensemble, ne pas être toujours sur le point précis que la personne réclame, on discute un peu, parler un peu de la famille, de ce qui se passe autour, comment la personne vit, de ce qui lui arrive en ce moment. »

P19 : « L'attention, enfin, quand tu es plus intéressé par ce que tu fais. Je pense que ça dépend parce que le médecin il va être plus intéressé par quelque chose qui l'intéresse que par autre chose qui ne l'intéresse pas, enfin c'est comme nous à l'école quoi. Quand il y a quelque chose qui ne nous intéresse pas, on n'écoute pas et quand il a quelque chose qui l'intéresse ben il écoute. Je pense que ça soit médicament ou à l'école il y a toujours quelque chose qui est intéressant dans la matière ou dans le travail, par exemple quand un patient il est malade, c'est toujours intéressant de savoir comment on peut le soigner, enfin quand le patient il a mal au genou, il y a toujours quelque chose qui est intéressant. Ça peut être voilà. [Sa mère : c'est aussi qu'on ne le connaît pas depuis très longtemps, par rapport au docteur Début qu'on avait. Le docteur Début c'était mon médecin de famille. Moi je l'ai eu quand j'avais six ans et quand il a été en retraite voilà, ça m'a fait bizarre.] Ben moi aussi. Je l'ai eu depuis petite. [Après je trouve que par rapport aux deux médecins que je connais, le docteur Nanard ou n'importe, ou le docteur Début ce sont vraiment deux personnes différentes.] Ben au début il était mieux que maintenant. [Sa mère : deux façons différentes de gérer le patient.] [...] Après comme le docteur Début c'est un médecin de famille, on le connaît mieux donc quand tu connais mieux ton médecin tu as plus confiance avec lui, tu rigoles plus avec lui. [...] [Sa mère : je pense qu'il était près de ses patients le docteur Début.] Ouais et puis il aimait bien ce qu'il faisait, parce que c'était quelqu'un qui se déplaçait. Je trouve qu'il était vraiment passionné par son métier. [...] »

P20 : « Là dans mon cas précis, par rapport à la consultation que j'ai eue ça s'est bien passé, donc je n'ai pas spécialement de remontée à faire. [...] Peut-être sur la manière d'amener les choses, les questions, voire vraiment s'intéresser au patient et non pas juste à la maladie et puis dire « bon ben voilà vous avez ça » et basta. Après moi aujourd'hui je suis satisfait des médecins que je rencontre, donc pas de souci. »

P21 : « Ça je ne peux pas dire, c'est à lui de voir comment le médecin est, c'est ça. Je ne sais pas, moi je suis habitué à ce médecin. J'ai vu des spécialistes à Bourges. C'est mon médecin qui m'envoie pour des opérations quand j'ai besoin pour les intestins. Alors je demande et c'est lui pour mon opération qui m'a dit « il y a une dame qui opère et qui est très bien ». Ah si [le spécialiste] il m'écoute, parce que le médecin il met tout mon dossier, il met un courrier mais il photocopie tout ce que j'ai mais c'est aussi parce que j'ai eu beaucoup d'opérations. Quand j'y vais j'ai mon dossier complet qu'il me donne pour aller à la clinique, si je change de clinique pour aller à l'hôpital. »

P22 : « C'est purement l'attitude qui est liée à la personne qui écoute. Ça ne veut pas dire qu'elle n'écoute pas, c'est juste la façon dont la personne va être quand il posera les questions. C'est du non verbal tout simplement, il peut très bien écouter à cent pourcents ce que je dis tout en faisant autre chose, alors qu'une autre personne pourra paraître très attentive avec le doigt devant la bouche et les bras croisés à hocher la tête de temps en temps et finalement ne rien comprendre à ce que je dis parce qu'elle n'écoute pas donc c'est juste du non verbal et pas forcément de conséquence dans ça, mais ça peut être perturbant au moment où on parle nous parce que si on s'attend à ce que le docteur écoute de manière attentive ben là me concernant

ça n'était pas le cas d'où le sept. Pour bien écouter, il faut déjà bien poser les bonnes questions mais je pense que le docteur doit être formé pour ça. Il faut je pense qu'il ne coupe pas la personne qui parle, même si naturellement le bon sens fait qu'on ne coupe pas la personne qui va parler pendant ce cas-là et peut-être qu'il finisse par une question, dans le cas où il y a des questions ouvertes dans l'interview, « est-ce que vous m'avez tout dit ? », « est-ce que vous pensez à autre chose ? », une question qui conforte le patient dans le fait qu'il n'a justement pas oublié un truc. Une question qui est peut-être sortie du contexte mais qui peut orienter le patient sur un oubli parce qu'il était focalisé sur « j'ai mal au doigt », alors qu'il avait peut-être aussi un œdème ou un ulcère, mais il n'y avait pas pensé parce qu'il avait surtout mal au doigt. Une question ouverte qui permettrait de conclure la partie interview avant de passer à l'auscultation. »

## **Annexe 3 : Données sociodémographiques.**

### **1. Motif de consultation :**

- Renouvellement d'ordonnance : 4
- Nouveau problème : 15
- Les 2 : 3

### **2. Sexe :**

- Femme : 12
- Homme : 10

### **3. Age :**

- 12-17 ans : 2
- 18-35 ans : 5
- 36-65 ans : 10
- > 66 ans : 5

### **4. CSP :**

- Agriculteurs exploitants : 1
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprises : 2
- Professions intermédiaires : 3
- Cadres et professions intellectuelles supérieures : 1
- Employés : 4
- Ouvriers : 1
- Retraités : 6
- Autres personnes sans activité professionnelle : 4

### **5. Lieu de domicile :**

- Rural : 11
- Semi-rural : 7
- Urbain périphérique : 2
- Urbain central : 2

**Annexe 4 : Demande d'avis au comité de protection des personnes pour une recherche mentionnée au 3° de l'article L 1121-1 du code de la santé publique.**

**Bordereau d'enregistrement recherche et collections biologiques (RCB) délivré par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé**

Numéro ID RCB : 2017-A00183-50

Date : 22/01/2017.

Suite à la publication de la loi Jardé<sup>38</sup> (décret 2016-1537 du 16 novembre 2016), un dépôt de sujet de recherche a été fait via le RCB ci-dessus dans l'optique d'une demande d'avis au comité de protection des personnes désigné par l'ANSM. En attendant la publication du décret relatif au 3° de l'article L1121-1 du code de la santé publique, les recherches, concernées par cet alinéa, ont été débutées.

Aucune réponse de l'ANSM n'a été reçue en retour à la date de mise sous presse.

## **Annexe 5 : Quelques conseils pour améliorer sa qualité d'écoute.**

La qualité d'écoute ça se travaille ! Une petite part est liée à la personnalité innée du médecin mais la majorité du processus s'apprend. Penser que sa qualité d'écoute s'améliore toute seule avec les années ou l'expérience est illusoire : la plupart s'ancrent dans des mimétismes acquis à l'hôpital pendant les études. Il existe pourtant des formations à la communication et à la qualité d'écoute qui mériteraient de figurer dans le parcours de formation médical français.

D'abord, contrairement à ce l'on pourrait peut-être penser, bien écouter fait gagner du temps. Bien écouter ce n'est pas forcément écouter longtemps mais c'est laisser au patient la mesure de ce temps : il aura peut-être besoin d'une heure là où sont prévues quinze minutes. Pour autant, un patient bavard qui se perd en détails doit être replacé avec tact vers des informations utiles par des questions plus précises.

Il paraît primordial d'organiser une certaine souplesse dans les consultations. Certains motifs de venue sont plus graves que d'autres et méritent plus d'attention. Un médecin en retard est un médecin qui écoute moins et moins bien parce que les patients se dépêchent par souci de ceux qui attendent encore leur tour. Un quart d'heure de « sécurité » toutes les 3 à 5 consultations paraît une bonne manière de gérer le retard pris au fur et à mesure.

Ensuite, approfondir les questions, creuser le « pourquoi du comment », reprendre la question sous une autre forme pour faire préciser le contexte, s'intéresser au ressenti du patient, faire preuve d'empathie et poser des questions sur son environnement sont autant d'éléments qui améliorent l'écoute. Le patient aura l'impression que l'on ne s'intéresse pas qu'à ses symptômes et cela apportera des détails utiles qui pourront modifier les choix thérapeutiques.

Ne pas s'obstiner dans un diagnostic (effet tunnel), faire preuve de franchise avec les patients, sans pour autant leur annoncer un cancer de but en blanc ! Eviter de les juger, même s'ils ont une maladie vénérienne, ils n'ont en aucun cas besoin d'être culpabilisés davantage. Utiliser le moins possible de vocabulaire médical mais ne pas infantiliser non plus. Essayer de les persuader de ce qui est bon pour eux sans agressivité.

Lors d'une consultation en tête à tête, garder l'œil sur le patient, oublier son téléphone portable ou les oiseaux qui piaffent dehors, en ayant une position d'écoute buste en avant et bras ouverts. Laisser le patient exprimer la raison de sa venue sans l'interrompre et noter ensuite dans l'ordinateur les éléments utiles en faisant préciser le patient. Montrer de l'intérêt à ce qu'il dit par des actions diagnostiques ou thérapeutiques.

Etre gentil, agréable et calme. Parler fort et lentement. Oublier la froideur. Faire en sorte d'être disponible pour les patients en organisant son agenda de façon à avoir des créneaux rapides, être synthétique et pour autant exhaustif en cherchant par une question de contrôle finale la prise en compte de toutes les demandes du patient. Utiliser et développer sa science et ne pas oublier d'agir avec conscience.

Enfin, prendre soin de soi car on soigne mieux si on est soi-même en bonne santé et heureux de ce que l'on fait. La confiance des patients se mérite et celle-ci découlera d'une connaissance réciproque établie au fil du temps.

Bonne écoute !

Vu, le Directeur de Thèse

Mehun-sur-Yèvre, le

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

**COLOMBIER Luc**

80 pages – 8 figures

### **RESUME EN FRANCAIS :**

**Introduction :** L'écoute est le fondement de la relation entre deux personnes, *a fortiori* de la relation médecin-patient. Indispensable au diagnostic, elle semble, pour les professionnels et en particulier les médecins généralistes, indissociable de leur profession et peut leur paraître innée. Du point de vue des patients, il semble que les médecins aient des progrès à faire afin d'acquérir une bonne qualité d'écoute. Cette étude tente d'en déterminer les composantes.

**Méthode :** Une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés a été réalisée à partir de patients demeurant dans le département du Cher. Une retranscription *verbatim* des entretiens puis une analyse thématique s'en est suivie.

**Résultats :** Onze catégories de déterminants d'une bonne ou d'une mauvaise qualité d'écoute ont été identifiés, ayant trait : à la notion de temps, à la gravité du problème, au questionnement, à l'attitude verbale et non verbale du médecin, à sa personnalité, à son professionnalisme, à son état de santé, à son statut (médecin installé ou remplaçant), à la longévité de la relation médecin-patient et enfin à l'utilisation de certaines techniques de communication. A cela s'ajoutaient l'impression d'avoir tout dit et celle de n'avoir pas été interrompu comme éléments associés à une bonne qualité d'écoute.

**Conclusions :** Les déterminants repérés par cette étude permettent de définir 43 conseils pour améliorer sa qualité d'écoute, utiles à tout médecin clinicien, et en particulier au médecin généraliste. A partir de ceux-ci pourrait émerger une formation des étudiants et internes en médecine à l'écoute afin de leur donner les clés utiles à un meilleur exercice de leur profession.

### **MOTS CLES EN FRANCAIS :**

Qualité d'écoute – Médecine générale – Communication – Relation médecin-malade – Professionnalisme – Formation

### **JURY :**

Président du jury : Professeur Dominique PERROTIN  
Directeur de thèse : Docteur Thierry BALAND  
Membres du jury : Professeur Anne Marie LEHR-DRYLEWICZ  
Professeur Christophe DESTRIEUX