



Année 2017/2018

N° 11

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

FAGES BEDOUET Audrey

Née le 14 Septembre 1988 à Chambray-lès-Tours (37)

L'EXPRESSION DES MOTIFS DE CONSULTATION DU PATIENT : EVITER LES DEMANDES DE FIN DE CONSULTATION ?

Présentée et soutenue publiquement le 15 Mars 2018

Président du Jury : Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie et transfusion, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie adultes, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX, Médecine Générale – Tours

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. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
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
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – C. COUET - 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 – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
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
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
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
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
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
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
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-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
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
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
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	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEAUX 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
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire

TERNANT DavidPharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ NadiaNeurosciences
BOREL StéphanieOrthophonie
DIBAO-DINA ClarisseMédecine Générale
LEMOINE MaëlPhilosophie
MONJAUZE CécileSciences du langage - orthophonie
PATIENT RomualdBiologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-MichelChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH NathalieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ BriceChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE AlainDirecteur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER FrédéricDirecteur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL WilliamChargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK ClaireChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-MariePraticien Hospitalier
PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE BéatricePraticien 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

A ma directrice de thèse, Madame le Dr Cécile Renoux, pour ta patience, tes conseils, ton implication dans ce travail et dans la formation des internes. Reçois mon respect le plus sincère.

A Messieurs les Professeurs Colombat, Maillot et El Hage, de me faire l'honneur de constituer mon jury.

A mes parents, sans qui rien n'aurait été possible. A ma mère, pour ton dévouement de toujours, pour les moments de partages et de complicité. A mon père, pour m'avoir toujours pousser vers la perfection. Votre fierté reste un objectif de ma vie.

A mon mari, pour ton soutien, ta tolérance et ton amour. A mon Bastien, pour m'offrir tous les jours le merveilleux cadeau de te voir grandir et t'épanouir.

A mon frère, pour ta maîtrise de l'anglais et de l'informatique, pour ta disponibilité et ton exemple.

A mes amis, pour votre présence et les bons moments qui changent de la médecine.

Aux Docteurs Nathalie Jan et Vanessa Parsigneau, pour m'avoir ouvert votre cabinet et votre confiance, pour m'avoir offert un début d'activité si enrichissant.

A tous les patients et médecins qui ont accepté de participer à ce travail.

A tous les médecins, hospitaliers et libéraux, du 37 et du 41, qui ont contribué d'une façon ou d'une autre, à ma formation vers ce magnifique métier.

RESUME

Titre : L'expression des motifs de consultation du patient : éviter les demandes de fin de consultation ?

Contexte : Dans une consultation, un médecin généraliste traite en moyenne de deux à trois problèmes, d'ordre très varié, dans un temps imparti limité, avec deux acteurs ayant chacun un rôle et des attentes.

Objectif principal: Explorer les éléments amenant le patient à exprimer ou non les sujets qu'il avait prévus d'aborder.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés auprès de patients. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, analyse thématique de contenu.

Résultats : L'accueil et le début de la consultation étaient essentiels pour mettre le patient à l'aise et le faire s'exprimer. L'examen physique offrait un temps de proximité propice à la discussion. Les explications médicales de fin de consultation étaient primordiales pour le patient. Le facteur temps était décisif et parfois source de stress pour les deux partis. Les patients n'avaient pas de hiérarchisation dans l'expression de leurs motifs et les demandes non exprimées l'étaient souvent par omission. Une relation médecin-patient positive, basée sur la collaboration, la confiance et un bon feeling, avait un effet directement bénéfique sur le patient. Le médecin devait être accessible, disponible, calme, et surtout pratiquer une écoute active et manifester son intérêt par le regard.

Conclusion : Pour limiter les demandes de fin de consultation, le médecin pourrait laisser au patient un temps initial d'expression suffisant, sans l'interrompre. Puis effectuer un examen physique complet, suivi d'explications médicales claires. Il pourrait explorer l'agenda du patient, surtout en début et fin de consultation, en lui demandant s'il souhaite aborder autre chose.

Mots clefs : médecine générale, motif de consultation, expression, fin de consultation, relation médecin-patient, communication

ABSTRACT

Title: Patients' fully disclosing consultation reasons: avoiding requests in the closing moment of the medical visit?

Background: During consultation, a general practitioner will deal on average with two or three varied problems within a limited timeframe with two actors each playing a role and having expectations.

Objective: To explore the elements that lead the patient to either fully disclose, or not, the subjects they had initially planned to address.

Method: A qualitative, descriptive survey through semi-structured research interviews with patients. Interview recordings, full transcriptions and thematic content analysis.

Results: Initial reception and beginning the consultation were essential in putting the patient at ease and making him express himself. The physical examination provided a certain intimacy propitious to discussion. The outcome of the consultation finishes with medical explanations important for the patient. The time factor was decisive and sometimes stressful for both parties. Patients' expressions of their motives are not hierarchal, and those requests remaining unexpressed were often so by omission. A positive doctor-patient relationship, based on collaboration, trust and good feelings, had an immediate beneficial effect on the patient. The doctor had to be affable, accessible, calm, and most especially an attentive listener, expressing his interest through eye contact.

Conclusion: To limit requests in the closing moment of the visit, the doctor could leave the patient sufficient initial time for expression, without interruption. Then perform a complete physical examination, followed by clear medical explanations. He could explore the patient's agenda, especially at the beginning and at the end of the consultation, by asking if they want to address anything else.

Key words: General medicine, consultation reason, expression, end of consultation, doctor-patient relationship, communication

TABLE des MATIERES

Introduction.....	page 11
Méthode.....	page 13
Résultats.....	page 14
- Caractéristiques de la population.....	page 14
- Présentation générale des résultats.....	page 15
- Déroulement chronologique d'une consultation.....	page 16
- Types de motifs.....	page 19
- Relation médecin-patient.....	page 20
- Communication médecin-patient.....	page 22
Discussion.....	page 23
- A propos de la méthode.....	page 23
- A propos des résultats.....	page 24
Conclusion.....	page 28
Bibliographie.....	page 29
Annexes	
- Annexe 1 : Glossaire.....	page 31
- Annexe 2 : Trame d'entretien.....	Page 34

INTRODUCTION

La médecine générale aborde les soins primaires, donc tous les champs de la santé et plus largement de la vie d'un patient. Le médecin généraliste y occupe une place particulière, dans une relation de confiance, évolutive au fil du temps et complexe, dépassant la dimension légale d'une relation contractuelle de service. Sans oublier qu'il s'agit de deux individus ayant chacun leur personnalité, leur rôle, leurs sentiments, leurs expériences, leurs attentes et priorités.

Une autre particularité de la médecine générale réside dans la grande diversité des sujets motivants une consultation et des demandes exprimées au cours de celle-ci. Le patient, avant une consultation, souhaite aborder avec son médecin souvent plusieurs questions, jusqu'à 4 ou 5, d'ordre très varié : médical, existentiel, personnel, social, administratif... : il s'agit de « l'agenda » du patient^{1,2}, qui englobe donc de façon large, aussi bien ses motifs de consultation que ses préoccupations, ses espérances, ses croyances et ses attentes. Il a quant à ces différents problèmes conscients une hiérarchisation et un ressenti propre : certains peuvent être liés entre eux ou bien de nature totalement différente ; certains sont particulièrement importants pour lui, d'autres de moindre intérêt et cette consultation qui se présente est une simple occasion de les évoquer ; certains peuvent être délicats à aborder car touchant à l'intimité ou à la crainte d'un diagnostic².

Au vu de ce programme du patient, inévitablement, le nombre de thèmes traités lors d'une seule et même consultation sera élevé, encore une particularité de la médecine générale : toutes les études s'accordent sur une moyenne de 2 à 3^{3,4,5}. Tout en tenant compte que cette rencontre se joue dans un temps imparti. La plupart des généralistes exercent sur rendez-vous uniquement, alors que 10% ne pratique que des consultations libres⁶. Le temps moyen effectif d'une consultation varie de 10 à 20 minutes selon le sexe du médecin, le sexe et l'âge du patient, et le type de pathologie pris en charge^{5,7,8,9}.

En début d'entretien, le patient exprime d'emblée un motif officiel de consultation, considéré par le médecin, parfois à tort, comme le principal². En effet, paradoxalement, le premier motif exprimé n'est pas toujours le plus important pour le patient. Dans un travail de thèse en 2006, 27% des patients ayant un 2^{ème} motif accordaient plus d'importance à celui-ci¹⁰. D'après une autre thèse de 2012⁷ analysant le déroulement de consultations de médecine générale, le nombre de motifs exprimés, qui semblait pourtant très lié à la liberté d'expression du patient, était en fait fortement influencé par le médecin : ce serait l'attitude du médecin à favoriser l'expression du patient, plus que les motivations de ce dernier, qui conditionnerait les modalités de la rencontre.

En fin de consultation, il résulte alors souvent une discordance entre le médecin et le patient: ils sont d'accord dans 50 à 80% des consultations^{11,12} quant à la raison principale du rendez-vous et la hiérarchisation des motifs de consultation. La qualité d'écoute du médecin diminuerait si la consultation traite de plus de deux motifs, d'un problème social, ou si un problème émerge à la fin de la consultation¹³. En effet, une étude américaine en 1994¹⁴ relevait 21% de demande de fin de consultation, souvent avec une forte charge émotionnelle. Le « syndrome de la poignée de porte », marqué par un « Au fait Dr,... » au moment de prendre congé, traduirait l'angoisse de séparation et la confiance renforcée en fin de consultation¹⁵. Le patient peut même ne pas avoir exprimé tous ses motifs de consultation, il a alors une attente résiduelle non abordée ou non traitée dans une consultation sur 6^{11,12}.

Afin de ne pas perdre le temps de la consultation à répondre à une demande incomplète ou de moindre importance, le médecin doit déterminer les raisons principales ayant motivé le recours aux soins. Pour ce faire, il serait utile de mieux comprendre les comportements des patients lors de l'expression de leurs motifs. Quel est le ressenti du patient lors du déroulement de sa consultation avec le médecin généraliste ? Pourquoi et comment exprime-t-il tel sujet à tel moment ? Quels sont les éléments facilitants ou bloquants l'expression de ses sujets ? La littérature actuelle n'apporte pas de réponse à ces questions.

L'objectif principal de ce travail était donc d'explorer, au cours d'une consultation, les éléments amenant le patient à exprimer ou non les sujets qu'il avait prévus d'aborder, et le moment où ils l'étaient. L'objectif secondaire était d'explorer et comprendre pourquoi le 1^{er} motif exprimé d'emblée n'était pas toujours le problème le plus important pour le patient. En explorant le point de vue du patient, ce travail pourrait révéler des pistes pour permettre au médecin des consultations plus efficaces, en évitant les demandes erronées ou méconnues.

METHODE

Une étude descriptive qualitative [1] * par 15 entretiens individuels semi-dirigés* a été réalisée.

Les médecins ont été recrutés par le chercheur, en Touraine du Sud (37), par téléphone. L'échantillon de médecins était raisonné en fonction du sexe, de l'âge, du lieu d'exercice, de la qualité ou non de MSU, du statut ou non de remplaçant.

Les 9 premiers patients ont été recrutés par le médecin généraliste et les 6 derniers par le chercheur, en fin de consultation. Le critère principal de sélection était d'avoir abordé au moins 2 sujets lors de la consultation, afin d'explorer la hiérarchisation des motifs et l'ajout de sujet au cours de la consultation. L'échantillon de patients était raisonné en fonction du sexe, de l'âge, de la catégorie socio-professionnelle, évaluée par la profession, de l'ancienneté de la relation avec le médecin et de la présence ou non d'une personne accompagnante. Aucune donnée nominative de patients n'a été recueillie, aucune déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) n'a alors été nécessaire pour ce travail. L'avis d'un comité d'éthique n'a pas non plus été sollicité pour cette recherche non interventionnelle entrant dans le champ des sciences sociales et humaines et donc hors cadre d'application de la loi Jardé¹⁶.

Les entretiens ont été menés par un unique enquêteur*, une interne en 6^e semestre puis remplaçante en médecine générale. Ils ont été réalisés dans une salle annexe des différents cabinets médicaux des médecins recrutés, dès la fin de la consultation, pour éviter un biais* de mémorisation. Après accord oral des patients, ils ont été intégralement enregistrés* avec un dictaphone numérique.

La trame d'entretien* unique [annexe 2] a été rédigée par l'enquêteur dans l'objectif de répondre à la question de recherche. Elle comportait 7 questions ouvertes* principales et des relances si le patient ne couvrait pas les points importants. Elle explorait le déroulement de la consultation, les sujets prévus par le patient, le moment et le ressenti du patient lors de l'expression d'un sujet, et, si c'était le cas, pourquoi le 1^{er} motif abordé n'était pas le plus important.

Les interviews ont été anonymisées et retranscrites* intégralement. Les données non verbales n'ont pas été recueillies ni analysées. Les verbatim* n'ont pas été relus par les interviewés. Le recueil des données a été réalisé jusqu'à suffisance (saturation) des données*.

Un codage* manuel a ensuite été effectué pour une analyse thématique de contenu*. Le codage des verbatim et l'interprétation ont été supervisés par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative. Les unités minimales de sens similaires ou apparentées ont été regroupées en thèmes pour être catégorisées*, puis articulées entre eux, en thèmes et sous-thèmes, dans un arbre thématique pertinent pour répondre à la question de recherche. Chaque texte a ainsi été systématiquement analysé de façon linéaire. En utilisant les outils de la théorisation ancrée, une hypothèse de modèle a émergé de cette analyse.

Aucune triangulation* supplémentaire des données, ni de validation* ultérieure par les interviewés n'était prévue dans le cadre de ce travail exploratoire*.

[1] les termes de recherche qualitative suivis d'un astérisque sont explicités dans le glossaire en annexe 1¹⁷

RESULTATS

Caractéristiques de la population et des entretiens

La population de médecins étudiée était constituée de 5 hommes et 4 femmes, dont deux exerçaient en milieu urbain, une était MSU et une était remplaçante, âgés de 29 à 61 ans. La population de patients étudiée était constituée de 5 hommes et 10 femmes, âgés de 20 à 86 ans et appartenant à différentes catégories socio-professionnelles. Un patient consultait le médecin pour la 1^{ère} fois, 2 patients connaissaient leur médecin depuis 20 ans. Les entretiens ont duré 12 à 28 min et ont été réalisés de mars à mai 2015 puis de avril à mai 2017.

Les caractéristiques de la population étudiée figurent dans le tableau 1.

	Sexe M	Age M	Caractéristique	Lieu d'exercice	Sexe P	Age P	Profession	Accompagné	Ancienneté relation	Date entretien	Recrutement	Lieu	Durée
P1	H	59		rural	F	68	Retraitée secrétaire méd		8 ans	31/03/2015	par médecin en fin de cs	salle de repos du cabinet	25 min
P2	H	59		rural	H	73	Retraité chef d'entreprise	épouse	20 ans	31/03/2015	par médecin en fin de cs	salle de repos du cabinet	27 min
P3	H	47		rural	H	44	Enseignant		5 ans	23/04/2015	par médecin en fin de cs	bureau vacant	19 min
P4	F	31		rural	F	50	Aide à domicile		18 mois	27/04/2015	par médecin en fin de cs	bureau disponible d'un associé	26 min
P5	F	31		rural	F	20	Etudiante lycée pro	mère	2 ans	27/04/2015	par médecin en fin de cs	bureau disponible d'un associé	20 min
P6	F	29		rural	F	54	Auxiliaire de vie		6 mois	19/05/2015	par médecin en fin de cs	bureau disponible de l'IDE	18 min
P7	F	49	MSU	urbain	F	26	Etudiante Orthophonie		2 ans	29/05/2015	par médecin en fin de cs	salle de repos du cabinet	15 min
P8	F	49	MSU	urbain	F	47	Ouvrière agricole saisonnière		3 ans	29/05/2015	par médecin en fin de cs	salle de repos du cabinet	13 min
P9	F	49	MSU	urbain	H	60	Retraité cadre administratif	épouse	2 ans	29/05/2015	par médecin en fin de cs	bureau disponible de l'IDE	26 min
P10	H	55		rural	F	56	Contrôleur de gestion		7 ans	31/05/2015	entourage proche	domicile du patient	28 min
P11	F	30	Rempla	urbain	F	45	Enseignante		3 mois	05/04/2017	par téléphone avant la cs	bureau disponible de l'IDE	15 min
P12	F	30	Rempla	urbain	H	86	Retraité	épouse	1ère fois	05/04/2017	en salle d'attente avant la cs	bureau disponible de l'IDE	12 min
P13	F	30	Rempla	urbain	F	32	Eleveuse Bac+5	pour son bébé	2 mois	05/04/2017	en salle d'attente avant la cs	bureau disponible de l'IDE	15 min
P14	H	36		rural	F	62	Assistante maternelle		3 ans	03/05/2017	en salle d'attente avant la cs	bureau disponible de l'IDE	18 min
P15	H	61		rural	H	58	Retraité vendeur auto		20 ans	03/05/2017	en salle d'attente avant la cs	bureau disponible de l'IDE	12 min

Tableau 1 : Caractéristiques de la population et des entretiens

(M : médecin, P : patient, F : femme, H : homme)

Présentation des résultats

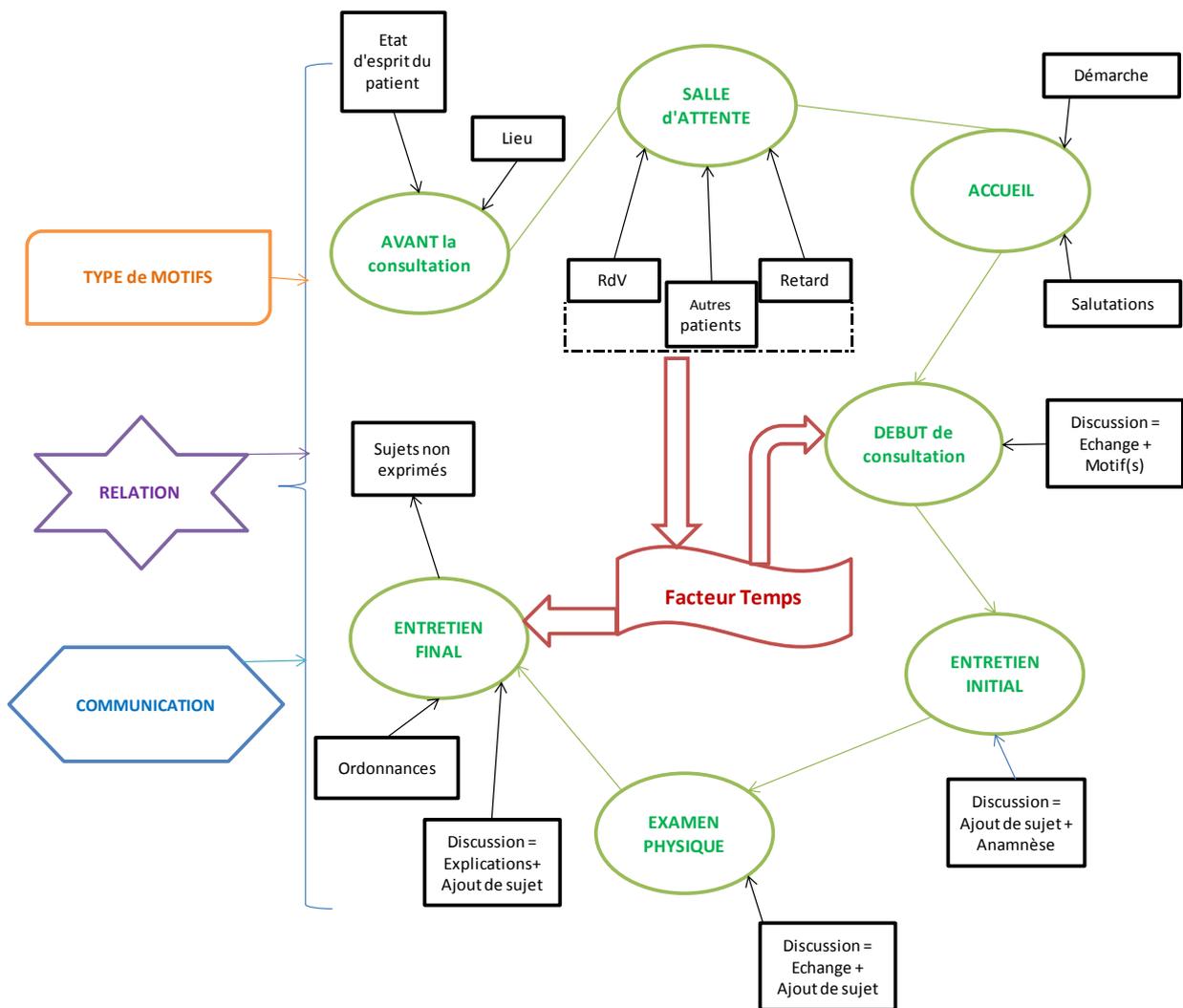


Figure 1 : Présentation générale des résultats

I/- DEROULEMENT CHRONOLOGIQUE D'UNE CONSULTATION

Avant la consultation

Les patients avaient en général « *préparé la consultation* »^{P1}, avec des attentes et plusieurs sujets à aborder avec le médecin. L'**état d'esprit** était différent d'un patient à l'autre, mais dans l'ensemble donnait le ton de la consultation à venir : angoisse : « *J'étais un peu stressée* »^{P1}; obligation « *C'est une corvée* »^{P10}; indifférence « *J'ai pas de soucis, pas d'inquiétude* »^{P3}.

L'arrivée dans un **bâtiment** « *vraiment joli* »^{P7} et dans un **cabinet** « *vraiment beau* »^{P7} donnant une ambiance de « *petit cocon* »^{P7}, a eu un impact positif : « *On se sent bien dedans [...] Là, on n'a pas l'impression en fait d'être dans un cabinet de médecin. Ouais, j'trouve ça sympa, j'ai l'impression d'être dans une pièce d'une maison en fait [...] Quand on arrive comme ça dans une pièce qui est agréable, bah on se sent à l'aise, et on a envie de rester ou de revenir* »^{P7}.

En salle d'attente

La majorité des médecins exerçaient sur rendez-vous, accordant « *à peu près un quart d'heure par patient* »^{P14}. Déjà en salle d'attente, le **facteur temps** jouait un rôle se répercutant par la suite sur l'ambiance de la consultation. La **punctualité** du médecin était importante puisqu'un long délai d'attente était difficile à supporter pour les patients : « *J'aime pas attendre deux heures dans la salle d'attente, ça, c'est l'angoisse quand même !* »^{P1}, et le **retard** du médecin source de stress pour chacun : « *ça fait deux consultations qui sont passées, j'suis toujours pas pris. Et le médecin sait qu'il a du retard et que le patient attend depuis deux consultations [...] Y'a du stress des deux côtés.* »^{P9}.

Les patients étaient souvent conscients que « *d'autres patients ont besoin de prendre la place* »^{P10} et de la charge de travail du médecin : « *Il a encore beaucoup de travail dans la salle d'attente.* »^{P1}

Accueil

Le médecin faisait le plus souvent la **démarche** d'aller « *chercher en salle d'attente* »^{P9} son nouveau patient « *en donnant le nom* »^{P11}. Puis il l'« *accompagne dans son cabinet* »^{P9}. Exceptionnellement, la salle d'attente était concomitante au bureau : « *Il m'a ouvert la porte, il m'a laissée le passage* »^{P10}. Le patient était ensuite invité à s'installer : « *Elle m'a demandé de m'asseoir* »^{P8}, « *Il m'accueille, je pose mes affaires* »^{P3}.

Les **salutations** étaient primordiales, comprenant « *le sourire* »^{P12}, la posture « *face à face* »^{P1}, les gestes : « *On se serre la main* »^{P1}; « *Elle a un geste extraordinairement bien, qui est de vous passer la main dans le dos, en vous accompagnant* »^{P9}, ainsi que les paroles. Le plus souvent, c'était un instant de politesse : « *Bonjour, comment ça va* »^{P1}, ou pour discuter : « *On papote sur le chemin* »^{P7}, ou pour faire suite à une consultation précédente : « *Quand il m'a vu me lever dans la salle d'attente, il m'a vu marcher, il m'a dit "Bon, ça s'arrange pas"* »^{P14}. Parfois, les salutations étaient plus froides : « *Sans un mot, dans un silence* »^{P10}, « *Il m'a reçu comme un chien dans un jeu de quille* »^{P1}.

Un accueil chaleureux semblait important pour les patients pour se sentir « *serein* »^{P3}, « *à l'aise* » et « *écouté, tout de suite, dès l'accueil* »^{P11}. Au risque, devant le manque de sourire, d'avoir « *l'impression des fois de le déranger* »^{P4}.

Début de consultation

Une fois installés au bureau, les **premiers échanges**, après les salutations, étaient pour donner « *la carte vitale* »^{P11}. Ils portaient parfois sur des nouvelles personnelles du patient : « *Elle m'a demandé où j'en étais dans mes stages, dans tout ça, et puis, voilà, des nouvelles un peu de ma sœur tout ça* »^{P7}, ou sur l'évolution depuis la dernière entrevue : « *"Bon alors comment ça va depuis la semaine dernière ? Est-ce que il y a du mieux ?"* »^{P4}.

Mais dans la plupart des consultations, c'était le temps de l'**exploration de l'agenda du patient**. Le médecin demandait le plus souvent simplement : « *Elle m'a demandé ce qui m'amenait* »^{P13}. Parfois, le patient s'exprimait de lui-même : « *Elle va pas avec des outils de chirurgie chercher la parole. Elle sort toute seule la parole* »^{P9}. Ces premiers échanges positifs permettaient aux patients de se « *détendre* » et de le « *mettre en confiance* »^{P3}.

Dans une consultation^{P10}, l'invitation à s'exprimer était plus abrupte : « *Il me dit "Bon et alors ?". Et alors, et alors, j'ai supposé que c'était pour que j'explique pourquoi j'étais venue* », avec un impact négatif sur le patient : « *Le début de la consultation ne m'a pas engagée à m'ouvrir quoi. C'était un début de consultation, pour moi, fermé* ».

Le **premier sujet exprimé** pouvait être général, par exemple « *pour un rendez-vous gynéco* »^{P7} ou porter sur « *la paperasse* »^{P9}, afin de s'en « *débarrasser* »^{P9} et « *de faire le point depuis la dernière fois pour embrayer sur quelque chose de nouveau* »^{P9}. Dans une consultation, le patient a souligné qu'il avait abordé d'emblée son sujet le plus important : « *Je lui ai dit tout de suite ce qui me tracassait* »^{P13}.

Fréquemment, les patients exprimaient plusieurs motifs simultanément : « *J'ai exprimé mes deux gênes principales. "Les deux en même temps finalement ?" Voilà* »^{P10}.

Comme en salle d'attente, le **facteur temps** a semblé crucial dans ce début de consultation. En général, le temps initial d'expression du patient était suffisant : « *Elle nous laisse le temps de dire tout ce qui va pas* »^{P5}. Plus que le temps de paroles, l'attitude du médecin était décisive : soit « *à l'écoute* »^{P8}, « *détendu, pas stressé* »^{P1}, avec de l'empathie du côté du patient : « *J'aurais presque l'impression de stresser pour lui parce qu'il a encore beaucoup de travail* »^{P1}, soit plus pressante : « *On avait l'impression que faut y'aller, faut y'aller, parce que y'a du monde* »^{P6} ; « *Il fait pas trainer en longueur ses consultations* »^{P14}.

Entretien initial

Après l'expression d'un premier motif de consultation, suivait une première phase d'entretien au cours de laquelle le patient **ajoutait un autre sujet** : « *Et puis après je lui dis "Je ne viens pas que pour ça, je viens aussi parce que j'ai vraiment deux maux qui me perturbent en ce moment"* »^{P9}, sans forcément que le médecin ait besoin de relancer : « *Des fois il a pas le temps de me relancer, c'est moi qui lui... comme j'ai préparé mon spitch !* »^{P1}. Le médecin pouvait lui-même être ouvert à l'exploration de l'agenda du patient, en recherchant d'autres motifs : « *C'est elle qui me posait plus de questions* »^{P13}.

Dans une consultation, il était moins incitant à faire exprimer le patient : « *Il m'a pas relancée sur le "beaucoup de choses qui se détraquent", il a pas essayé d'en savoir plus.* »^{P10}, ce « *manque d'encouragement à l'échange* » « *a vraiment fait taire* » et bloquait le patient dans l'expression de ses motifs.

Cet entretien initial était aussi le moment de l'**anamnèse** pour le médecin qui doit faire détailler et décrire les sujets abordés en posant « *les bonnes questions par rapport à ça... toutes les questions.* »^{P3}.

Examen physique

Le patient s'attendait ensuite à ce que le médecin l'« *ausculte, de la tête aux pieds* »^{P4}. Le médecin l'y invitait en demandant « *de m'allonger pour m'ausculter* »^{P10}. Ce temps permettait de « *parler de beaucoup de choses* »^{P6} et le patient accordait de l'importance aux **explications des gestes réalisés** : « *Je vais vous faire ci, je vais faire ça, si ça fait mal vous me dites* »^{P4}.

Cet instant de proximité permettait aux patients d'être détendu et « *posé* »^{P3} : « *C'est parce j'suis bien ! J'vous dis j'suis bien, donc bon bah, j'continue, j'lui parle de tout. J'lui parle de tout en même temps* »^{P6}. L'examen était donc surtout le moment opportun pour **ajouter un autre sujet** « *naturellement* »^{P7} ou « *au fur et à mesure qu'elle l'examinait* »^{P13}, notamment dans le cas de l'examen du nourrisson puisque « *on voit progressivement en fait, l'enfant, ça permet de penser à ce qui se passe dans le quotidien* »^{P13}.

A ce nouveau sujet, le médecin « *est passé à l'autre question* », « *tout simplement* »^{P7}. Sa réaction était « *plutôt positive, accueillante* »^{P6}, à l'« *écoute* »^{P6} et « *neutre* »^{P7}, sans émettre de jugement.

Un médecin était plus distant et « *en recul en fait physiquement par rapport à* » son patient^{P10}, qui pensait que : « *Pour moi, ç'aurait été facile aussi, pendant qu'il m'auscultait, de lui parler* » ; « *Pendant l'auscultation, j'me suis dit il va peut-être m'inviter à parler plus et il l'a pas fait* »^{P10}.

Entretien final et fin de consultation

La consultation se terminait avec des **explications sur la démarche médicale** : « *Elle vous explique "On va faire ci, on va faire comme ça, dans la suite il faudra faire attention à..."* »^{P4}, qui étaient nécessaires et appréciables pour le patient : « *Y'a des fois on m'a pas toujours bien expliqué et après on ressort avec plein de questions* »^{P4}, surtout si elles étaient données spontanément par le médecin : « *On me donne des informations sans forcément que je les demande tout le temps* »^{P11}.

Ce moment était aussi marqué par la **rédaction des ordonnances**, instant favorable à l'évocation d'un nouveau sujet : « *Pour éviter que le médecin rédige une ordonnance pour rien* »^{P11} ; « *En faisant les papiers, je lui ai parlé du problème de ma maman* »^{P8}. Le médecin se montrait réceptif et actif face à cette nouvelle demande : « *Il était face à moi. Il m'écoute. Et tout de suite, il a pris son ordonnancier pour me faire... hop, tout de suite, il m'a fait l'ordonnance* »^{P1} ; « *Elle a été à l'écoute, et puis elle m'a conseillée* »^{P8}, ou plus interrogatif : « *Surpris, mais pas surpris négativement. A la limite, surpris en disant "Bah euh oui, pourquoi pas ?"* »^{P10}. Le médecin pouvait aussi différer sa réponse : « *Elle a partiellement répondu à votre demande et puis elle vous a refixé un rendez-vous pour en rediscuter* »^{P5}.

Parfois, le patient^{P10} avait « *peur d'être mal reçu dans cette relance de symptômes* », à ce moment-là car il avait « *le sentiment que c'était de toute façon trop tard* », car : « *On ne prolonge pas l'entretien quand on est déjà rendu à l'ordonnance* » puisque « *c'est au départ ou pendant l'auscultation qu'on doit s'exprimer* ».

Souvent, le **médecin** connaissant son patient ou juste son dossier pouvait aborder lui-même une question : « *Elle a connaissance de votre dossier donc c'est elle qui vous a demandé des explications là-dessus* »^{P12} ; « *Il sait que j'ai ce problème-là, donc il m'a dit "comment ça va le moral ?"* »^{P14}, ou au moins terminer l'exploration de l'agenda du patient : « *L'entretien s'est terminé comme ça, savoir si j'avais besoin d'autre* ».

chose, de parler d'autre chose. »^{P11}. C'était encore un instant de prise de nouvelles et d'échanges conviviaux : « Il a toujours un petit mot aussi pour demander un peu des nouvelles, soit de mes enfants, soit de ma femme. »^{P15} ; « Le temps qu'il fait son ordonnance et tout ça, bon il discute un peu de tout et n'importe quoi. »^{P15}.

Comme en début d'entretien, le **facteur temps** a semblé déterminant pour le patient en fin de consultation, à cause notamment de la durée limitée : « Un quart d'heure, c'est vite passé quand même »^{P1} ; « Si il avait dû me laisser parler, on en aurait encore pour une demie heure »^{P14}.

En général, les patients étaient conscients de l'obligation pour le médecin à restreindre ses durées de consultation : « J'trouve que c'est normal de pas prendre son temps. »^{P1} ; « On n'est pas chez le médecin pendant une heure »^{P10}, bien qu'elle ait semblé les bloquer : « Ça vous gêne, ça vous bloque ce facteur temps ? Oui, quand même ! »^{P1} ; « J'aurais aimé parler de mon moral un peu plus longtemps, mais c'était pas possible »^{P14}, et limiter le nombre de sujets qu'il aurait été possible d'aborder : « J'trouvais que déjà deux sujets pour qu'il m'ausculte, ça allait faire beaucoup »^{P10} ; « Vous essayez quand même de vous limiter dans le nombre de choses dont vous allez lui parler »^{P1}.

Le médecin de son côté prenait quand même le temps nécessaire si le besoin se présentait : « Si il voit que je suis en grande peine, que j'ai vraiment un gros problème, il prend son temps »^{P14}.

Après la rédaction des ordonnances, le patient sentait implicitement la **fin définitive** de la consultation : « Il a fait sa feuille de soins, il m'a rendu ma carte, et dans ces cas-là je me lève »^{P14}. Le médecin pouvait aussi marquer une rupture de communication, incitant le patient à se taire : « J'essayais de lui parler un p'tit peu et puis il me répondait pas. Donc j'ai arrêté de parler »^{P14}, et générant alors un sentiment d'insatisfaction : « Je me suis sentie un peu frustrée parce que j'aurais aimé pouvoir continuer à parler »^{P14}.

II/- TYPES DE MOTIFS

Sujets délicats

Le sujet délicat principalement évoqué par les patientes ont été les consultations gynécologiques : « Les choses délicates que j'aurais peut-être un jour à aborder avec lui, ça serait effectivement un problème gynécologique »^{P10}. Dans ces cas-là, le sexe du médecin avait une importance, elles se sentaient « plus à l'aise avec une femme » et parlaient « plus facilement qu'avec un homme »^{P7}, parce qu'elles estimaient avoir « les mêmes problèmes en tant que femme »^{P8} : « Une femme me comprendra mieux je pense, parce que on est faite pareil »^{P8}.

Par ailleurs, les patients n'avaient aucune gêne, ni « aucun tabou »^{P11} avec le médecin. D'une part pour des patients atteints de maladies chroniques : « Je suis suivie depuis longtemps, donc j'ai l'habitude d'échanger sur ma maladie »^{P11}. Et d'autre part, parce qu'ils avaient une relation médecin-patient favorisante : « Non, j'me gêne pas. N'importe quel sujet, j'me sens bien »^{P1} ; « On est très à l'aise je crois mutuellement aussi donc c'est plus facile pour parler de plein de choses »^{P4}.

Motif le plus important

La plupart des patients exprimaient le sujet le plus important pour eux **en premier** : « *J'ai dit quelque chose du genre "Bah et alors, j'aurais beaucoup de choses à vous dire, mais j vais commencer par ce qui me gêne le plus" »*^{P10}.

Si ce n'était pas le cas, ce sont **les papiers** qui étaient abordés en premier : « *Le plus important c'était votre épisode d'amnésie qui vous inquiétait. Bah j'lui en ai parlé après, d'abord c'étaient les courriers »*^{P1}, ce qui semblait être un *bon* « *moyen de faire le point depuis la dernière fois pour embrayer sur quelque chose de nouveau »*^{P9}. Pour certains, il n'y avait tout simplement **pas d'explication**, tout du moins consciente, à cette hiérarchisation : « *Pourquoi en dernier, finalement ? C'est ce qui vous inquiétait le plus ? Je sais pas. Alors, pourquoi, ça, je sais pas »*^{P1}. Il apparaîtrait que « *l'important c'était pas de démarrer là-dessus »*^{P9} mais bien qu'il puisse être évoqué à un moment donné.

Sujets non exprimés

La majorité des patients n'avaient **pas de questions résiduelles** non abordées : « *Je pars pas de chez elle en ayant pas dit une chose qui n'allait pas »*^{P9} ; « *Je lui ai posé toutes les questions que j'avais à poser donc elle a répondu à tout »*^{P8}.

Dans le cas contraire, la plupart des sujets non exprimés l'étaient par **omission**. Soit par oubli pur et simple : « *Des fois, j'arrive à la maison, j'dis tiens, j'y ai pas parlé de ça »*^{P1} ; « *C'est un oubli, souvent c'est que j'ai pas assez bien préparé »*^{P13}, soit parce que le patient comptait sur le médecin pour y penser : « *Vous lui faisiez plutôt confiance à lui pour y penser»*^{P3}. Plus le patient consulterait souvent, moins ces oublis seraient fréquents : « *Si j'oublie de moins en moins de chose dans les consultations, c'est que je viens de plus en plus chez le médecin aussi ! On a moins de questions donc on oublie moins les choses »*^{P13}.

Enfin, le patient peut omettre consciemment ou non un sujet par peur de la réponse du médecin : « *J'ai pas envie d'entendre la réponse ! »*^{P11}.

III/- RELATION MEDECIN – PATIENT

Le médecin

Plusieurs aspects du médecin ont semblé être des éléments clés et facilitant d'une relation avec son patient. Tout d'abord, un **âge** proche de celui de son patient : « *Elle est jeune donc, je pense qu'on a à peu près dans les mêmes âges. Donc y'a aussi une facilité je pense vis-à-vis de ça »*^{P13}. Les patients ont qualifié leur médecin de « *très gentil »*^{P2} et aimable, qu'il soit « *énergique »*^{P1}, ou « *pas speed, décontractante, zen »*^{P6}. Ils ont souligné l'importance d'un médecin **accessible** se mettant « *à la portée du patient »*^{P12}, et **disponible**, qui doit « *être joignable »*^{P1}.

Le patient

Pour s'exprimer face au médecin, le **tempérament** sociable : « *Je suis toujours en train de déconner* »^{P6}, loquace : « *Je suis quelqu'un qui a tendance à beaucoup parlé. J'ai tendance à poser beaucoup de questions* »^{P13}, ou angoissé : « *Des fois j'me stresserais un p'tit peu* »^{P2} du patient avait un rôle.

Les patients avaient tous des attentes de **prise en charge globale** : « *J'ai pas senti qu'il s'intéressait à moi dans mon ensemble* »^{P10}, et surtout du **rôle du médecin**. Ils souhaitaient d'abord un avis médical avec une prise de « décision » pour être « soigné »^{P2} : « *Je me tourne vers mon médecin parce que c'est lui finalement qui a peut être la solution* »^{P14}, sans confiance personnelle du médecin sur son propre état : « *Je viens pas [pour] que le docteur donne ses états d'âmes* »^{P2} ; « *C'est pas pour qu'il me dise qu'il a le même problème* »^{P2}, avec un « accompagnement »^{P9} et un « suivi »^{P3} adapté. Ils attendaient de leur médecin « un peu d'empathie »^{P10}, afin d'être « écouté » et « aidé »^{P1} : « *Ca sécurise, ça tranquillise* »^{P1}.

Principes et bases de la relation

Le « lien »^{P3} entre le médecin et le patient a été décrit de façon « *primordial* »^{P4} par toutes les personnes interrogées : « *C'est la relation qui fait tout* »^{P9} ; « *Entre médecin et puis patient il faut que ça passe facile, autrement c'est pas la peine* »^{P1}.

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les « **échanges** »^{P4} étaient constants, le médecin n'était « *pas là juste pour écrire* »^{P4}. Ce rapport devait se faire « *d'égal à égal* »^{P9}, en **collaboration** : « *Elle amène sa connaissance, elle amène le moyen de soigner. Et moi j'amène mon mal et j'accompagne mon mal* »^{P9}.

Les patients appréciaient pour la plupart une relation « *de longue date* »^{P3}, construite au fur et à mesure « *depuis longtemps* »^{P11}, « *depuis peut-être vingt ans* »^{P15}, avec un médecin auquel ils étaient fidèles. Mais l'**ancienneté** de la relation avec le médecin ne comptait pas toujours puisque c'était avant tout une relation **intuitive** où « *le courant passe bien* »^{P8}, avec « *un bon feeling naturel* »^{P13}, qui permettait alors même au nouveau patient de se sentir comme « *un ancien client* »^{P12} : « *Pourtant je ne la connais pas depuis des années mais je sens que le dialogue passe bien* »^{P8}.

Le dernier pilier de cette relation, évoqué par la majorité des patients, était d'avoir « *une totale confiance* »^{P2} en leur médecin.

Ressenti du patient

La relation avec le médecin pouvait avoir un effet directement **positif** sur le patient, en le « *rassurant* »^{P3}, en le « *décontractant* »^{P6} : « *On est peut-être un peu moins stressé* »^{P15}, ou en l'encourageant : « *On peut arriver avec le moral à zéro et repartir le sourire* »^{P5}.

Plusieurs patients se sentant tellement proche de leur médecin, sans « *distance* » ni « *barrière* »^{P7}, ont évoqué une **dissociation** de la fonction du médecin, ils n'avaient « *pas l'impression de venir chez un médecin* »^{P4} : « *C'est un copain, c'est quelqu'un qu'on connaît* »^{P15} ; « *J'ai l'impression de venir voir une personne, pas forcément pour un examen médical* »^{P7}.

En plus d'un effet positif sur l'humeur du patient, cette relation bienveillante influençait la rencontre, en y apportant une **ambiance** « *amicale* »^{P15}, « *conviviale* »^{P7}, « *décontractée et chaleureuse* »^{P6}.

Parfois une relation plus tendue^{P10} pouvait avoir un impact **négatif** sur la consultation : « Une consultation qui n'est pas agréable, dont on a envie de partir rapidement avec son bout de papier » et sur la prise en charge : « C'est pas le contact avec ce monsieur qui m'encourage à faire de la prévention ».

Présence d'une tierce personne

Pour les trois patients accompagnés de leur épouse, sa présence ne changeait « rien »^{P12} à la consultation.

La jeune patiente^{P5} accompagnée de sa mère se sentait « rassurée », afin d'éviter les oublis : « Parce que j'ai peur aussi d'oublier des choses. Du coup, je lui dis à l'avance ce que je dois dire, comme ça si j'oublie, elle est au courant ». Une patiente^{P1} préférait « venir toute seule » pour « bien cibler les questions » : « Quand mon mari est avec moi, c'est pas possible, j'oublie la moitié des choses, parce que mon mari, faut qu'il parle de tout avec lui ».

IV/- COMMUNICATION MEDECIN - PATIENT

Communication verbale

Cette relation médecin-patient s'est construite par la communication. « La **discussion** »^{P9} était essentielle dans chaque consultation. Le médecin faisait preuve de **sollicitude** : « C'est quelqu'un qui s'intéresse aux gens. Elle s'intéresse pas qu'à la carte vitale et aux papiers »^{P4}, et prenait souvent le rôle du **médecin de famille** en demandant « des nouvelles »^{P15} : « Il s'occupe de toute la famille, il prend soin de demander comment va ma p'tite famille »^{P3}.

Sur le plan médical, les patients appréciaient être **informés**, d'autant plus si le médecin anticipait leurs demandes : « On me donne des informations sans forcément que je les demande tout le temps. Y'a des informations qui arrivent en plus et qui sont très intéressantes, auxquelles j'aurais pas forcément pensé par moi-même »^{P11}.

Les échanges étaient facilités si le médecin se mettait verbalement à la portée du patient en employant un **langage adapté** : « Ils emploient pas des grands mots, comme y'en a, des phrases qu'on y comprend rien et qu'on se rappelle pas surtout »^{P12}. L'**humour** était aussi approuvé dans ce sens : « Elle arrive à rigoler un peu avec nous, elle nous change les idées »^{P5}.

Par ailleurs, un médecin **peu loquace** bloquait inévitablement la communication verbale : « Le manque d'encouragement à l'échange m'a vraiment fait taire »^{P10} ; « Des docteurs y sont quand même sacrément réservés. Il faut leur tirer les vers du nez »^{P12}.

Communication non verbale

L'**expression du visage** du médecin pouvait également encourager : « C'est toujours plus facile avec quelqu'un de souriant »^{P13} ou bloquer les échanges : « Il avait l'air de s'ennuyer profondément »^{P10}. La communication passait aussi « énormément par le **regard** »^{P13}. Le patient se sentait facilement bloqué par « un froncement de sourcil » ou « un changement dans le regard »^{P13} : « Un regard où je sens qu'on me juge un peu, ça me bloque énormément »^{P13}.

Le langage du corps et l'**attitude** du médecin étaient importants. Un médecin « *cool, détendu* »^{P1} et « *calme, qui ne se presse pas* »^{P14} rendait le patient « *vraiment à l'aise* »^{P12} pour s'exprimer. Tandis qu'un médecin « *toujours très pressé* »^{P4} ou créant une « *distance* »^{P10}, voire « *une attitude presque de mépris [...] coupe l'envie de s'exprimer* »^{P10}.

Ecoute

Tous les patients ont mentionné l'écoute du médecin comme un **point capital**. C'était ce qu'ils attendaient de leur consultation afin de s'exprimer et d'obtenir des réponses : « *J'avais besoin qu'on m'écoute et puis j'avais des questions à poser* »^{P4}.

Le médecin « *laisse parler* »^{P14} le patient, puis s'assurait d'**avoir compris** : « *Elle a tendance à reformuler, elle a tendance à questionner* »^{P9}. Il **expliquait** ensuite « *ce qu'il peut faire, ce qu'il ne peut pas faire* »^{P14}, en « *n'hésitant pas à répéter s'il le fallait certaines choses pour bien que [le patient] comprenne, ou à les expliquer différemment* »^{P11}.

L'absence de réponse du médecin quant à elle marquait une rupture de communication et incitait le patient à se taire : « *J'essayais de lui parler un p'tit peu et puis il me répondait pas. Donc j'ai arrêté de parler* »^{P14}.

Comme nous venons de le dire, le **regard** était important, surtout pour manifester son attention et son écoute. Pour les patients, si le médecin « *nous regarde, c'est qu'il nous écoute* »^{P1} : « *Il a relevé la tête et il m'a regardé et il m'a entendu* »^{P10} ; « *Elle a toujours le regard fixé vers vous donc on sait qu'elle nous écoute tout en nous regardant* »^{P5}.

Les moments de **silence** pouvaient être pour laisser le temps au patient de s'exprimer, dans « *une écoute disponible et silencieuse* »^{P9}, ou à l'inverse un instant glacial : « *C'est le grand silence, le fait qu'il y ait même pas une approbation ou un signe de tête* »^{P10}.

Empathie

Moins évoquée par les patients, l'empathie : « *On a envie que le médecin à qui on s'adresse est un p'tit peu d'empathie pour nous* »^{P10} lui permettait d'être ouvert à son patient pour lui répondre et l'aider au mieux : « *Elle est compréhensive* »^{P8}.

Interférences

Les patients ne semblaient pas dérangés par les interférences qui auraient pu rompre la communication. Ils n'étaient pas gênés que le médecin « *réponde au téléphone* »^{P1}, d'autant que « *quand il raccroche son téléphone, il reprend le cours de ce que l'on discutait, il perd pas le fil* »^{P1}.

Ils trouvaient normal et « *pratique* » que le médecin « *note tout* » et tienne « *à jour* »^{P9} leur dossier médical informatique. Par contre, le médecin ne devait pas se focaliser sur celui-ci en oubliant les raisons de la consultation : « *Il était déjà en train de tout rentrer dans l'ordinateur pour la visite avant de savoir ce qui m'amenait* »^{P4}.

DISCUSSION

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les éléments amenant le patient à exprimer ou non ses motifs de consultation.

A propos de la méthode

La méthode qualitative par entretiens individuels était adaptée pour répondre à la question. Cette étude est originale car peu de travaux ont exploré le vécu et le ressenti du patient en consultation.

Cependant, elle présentait quelques limites. Les interviews étaient dans l'ensemble de courte durée, certainement par manque d'expérience de l'enquêteur à la réalisation d'entretiens semi-dirigés. La population étudiée était diversifiée, tant au niveau médecin que patient. Pourtant une seule patiente^{P10}, la seule interrogée en dehors du cabinet, a vécu et décrit une consultation négative, tandis que tous les autres patients étaient satisfaits de leur consultation et de leur relation avec le médecin. Ce biais de recrutement s'explique par le fait que les premiers patients étaient recrutés par le médecin en fin de consultation : il semblait difficile au médecin de proposer un entretien avec une interne (futur médecin) et difficile au patient de l'accepter si la consultation venant de se terminer était insatisfaisante, voire pénible. Le recrutement a ensuite été modifié pour les derniers patients et fait directement par l'enquêteur, pourtant sans nouveaux éléments négatifs. Il aurait peut-être été préférable de réaliser tous les entretiens au domicile des patients, ou du moins dans un lieu plus neutre. Cela aurait posé un problème d'organisation et de disponibilité notamment pour toute une catégorie de sujets jeunes et actifs. De plus, en effectuant les entretiens dès la sortie de la consultation, le biais de mémorisation était limité au maximum. Enfin, il faut souligner que cette patiente P10 faisait partie de l'entourage de l'enquêteur et a probablement été moins gênée pour s'exprimer honnêtement et critiquer sa consultation. En effet, certains patients ont pu avoir l'impression de questions intrusives cherchant à juger leur médecin, envers qui ils ont un fort sentiment de loyauté, alors que le but de l'étude n'était évidemment pas d'émettre un jugement mais de décrire les éléments positifs et négatifs amenant le patient à s'exprimer.

Toutes les étapes de la recherche ont été effectuées par le même enquêteur. Ses hypothèses préalables et ses représentations ont pu influencer l'analyse des données. Le risque de biais d'interprétation n'a donc pas été totalement écarté. Les verbatim n'ont pas été relus par les interviewés et il n'y a eu aucune triangulation des données. Une triangulation du recueil des données par des *focus group* ne semblait pas pertinente pour cette étude où les patients racontaient une expérience personnelle voire intime dans laquelle le secret médical devait être respecté. La suffisance des données a été obtenue au 15^e entretien mais n'a pas été vérifiée par un autre entretien. Le codage n'a pas été fait en double aveugle, mais a été supervisé à chaque étape par la directrice de thèse, habituée aux travaux de recherche qualitative.

A propos des résultats

Le premier point majeur, important pour tous les patients interrogés mais non abordé dans la littérature, concernait l'**accueil** et les premiers mots échangés avec le médecin. Le patient espérait un premier contact chaleureux et poli, décisif pour le mettre à l'aise et ne pas avoir l'impression de déranger. Le médecin enchaîne des consultations plus ou moins agréables et plus ou moins difficiles, et il n'est pas toujours évident de passer d'un patient à un autre. Une piste serait de garder à l'esprit que la consultation est unique pour chaque nouveau patient, qu'il attend souvent depuis plusieurs jours son rendez-vous, puis depuis plusieurs minutes en salle d'attente de pouvoir se confier et être écouté. L'autre temps majeur pour les patients pendant lequel ils ont pu se sentir à l'aise, détendu, et donc s'exprimer plus facilement était lors de l'**examen physique**. La proximité physique, les silences ou les discussions qui y régnaient permettaient l'émergence de nouvelles questions. Celles-ci pouvaient aussi être liées à la partie du corps examinée. Un examen plus complet, permettrait aux patients de penser, par suggestion, à un autre sujet à aborder et d'éviter les oublis.

Concernant l'**importance des motifs** de consultation, la plupart des patients ont exprimé le plus important en premier. Bien qu'il n'y ait pas eu d'étude quantitative menée ici sur ces résultats, cela concordait avec les résultats d'une étude quantitative pour un travail de thèse explorant le deuxième motif de consultation¹⁰ : 27% patients avec deux motifs accordaient plus d'importance au deuxième. Les entretiens avec les patients n'ont pas permis de relever une réelle hiérarchisation dans l'expression des différents sujets à aborder, il semblerait qu'il n'y ait pas de mécanisme conscient dans l'agencement des sujets, et si le médecin peut en être déstabilisé, pour les patients, comme certains l'ont expliqué, « *l'important c'était pas de démarrer là-dessus* »^{p9} mais bien qu'il puisse être évoqué à un moment donné. Par ailleurs, il a souvent été souligné par les patients un début d'entretien focalisé sur les résultats d'examen, les courriers, les papiers administratifs. Ce temps initial pour faire le lien avec la dernière entrevue suggèrerait le besoin d'un fil conducteur et d'un suivi pour le patient.

Dans ce début de consultation, les patients interrogés n'ont pas noté être interrompu dans leurs propos, ils ont notamment affirmé avoir eu un **temps d'expression initial** suffisant. Deux études américaines ont souligné l'importance de cette phase et du rôle du praticien dans la sollicitation des préoccupations du patient en début de consultation : Dans une étude parue en 1984¹⁸, pour plus de deux tiers des cas le médecin interrompait les propos du patient et dirigeait les questions vers un problème spécifique. Une étude plus récente sur 264 consultations, parue en 1999 dans The JAMA¹⁹, corroborait ses données : un quart des patients s'exprimait seul sans sollicitation, un quart était sollicité et leurs explications initiales étaient complètes. Pour le reste, plus de la moitié, le médecin interrompait et redirigeait les explications après un temps d'expression en moyenne de 23 secondes, alors que les patients qui ont pu finir leurs explications ont mis seulement 6 secondes de plus que cette moyenne. En outre, les motifs tardivement apparus dans la consultation étaient plus fréquents quand le médecin ne sollicitait pas le patient. Il semblerait donc que le praticien joue un rôle actif dans la régulation de la quantité d'information suscitée en début de consultation. La

conséquence en est l'interruption prématurée des explications du patient et la potentielle perte d'informations primordiales et pertinentes. Laisser un peu de temps au patient pour exprimer toutes ses plaintes n'allongerait que très légèrement le temps initial de la consultation et réduirait significativement le nombre de demandes en fin de consultation.

Lors des entretiens, les réponses des patients ont été plus variées quant à la façon d'aborder leurs préoccupations. En général, ils évoquaient eux-mêmes leurs questions, à des temps différents de la consultation : entretien initial, examen physique, rédaction d'ordonnance. Parfois, le médecin abordait lui-même un sujet, évoqué lors d'une précédente consultation ou au vue du dossier médical ou en prenant des nouvelles de l'entourage. Les patients ont peu été incités par le médecin à partager un nouveau motif. En effet, un seul des médecins^{P11} de l'échantillon a **exploré l'agenda du patient** en posant la question « *Avez-vous besoin d'autre chose ?* ». Cela peut sembler étonnant car dans la littérature^{2,12,20} c'est une solution largement proposée, notamment en début et fin de consultation. Dans leur étude de la SFMG²¹, Gallois, Vallée et Le Noc expliquaient que le patient n'a souvent pas volonté de cacher ses préoccupations mais qu'il faut simplement « *aller les chercher* » : « *Poser simplement la question « Quoi d'autre ? », une fois le premier motif exposé, permet de mieux comprendre le patient, d'éviter les oublis malencontreux et de prévoir avec le patient le principal sujet à aborder ce jour-là* ». La revue Médecine a consacré en 2006 deux articles^{15,22} sur ce thème qui suggéraient d'investiguer tôt l'agenda du patient puis de s'entendre sur le motif principal et sur les objectifs de cette consultation. En effet, peu de patients ont dit être sorti de la consultation avec des sujets non exprimés, et si c'était le cas, il s'agissait d'un simple oubli. Pour pallier encore à ces oublis, les auteurs^{21,22} avançaient l'idée d'une synthèse de la consultation dans laquelle le médecin vérifierait si le patient souhaite parler d'autre chose que de ce qui a été abordé et si il a bien répondu à ses attentes. Selon les cas, il pourrait y répondre immédiatement ou prévoir un nouveau rendez-vous en énonçant les points qui y seront abordés, voire en demandant au patient de préparer ce prochain entretien, ce qui éviterait encore le risque d'oubli. Cependant, cette vision d'une organisation de la consultation peut sembler utopique et se heurter à la réalité de la contrainte horaire.

En effet, un autre point crucial exploré par cette recherche concernait le **facteur temps** qui jouait un rôle déterminant, de l'accueil jusqu'au terme de la consultation. La DRESS en 2010⁶ et l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé en 2009²³ ont rapporté des états des lieux du temps de travail des médecins libéraux et généralistes qui organisaient leurs journées selon un planning très variable: consultations, visites, permanence de soins, conseils téléphoniques, formations, gestion et administration du cabinet. Comme l'ont fait remarquer Lemasson et al. dans leur étude qualitative auprès de médecins d'Aquitaine²², il semblait difficile, souvent dans un contre-la-montre, de trouver l'équilibre entre la demande de soins à laquelle le médecin devait apporter une réponse médicale, la volonté de prendre en charge les préoccupations du patient, tout en ayant du temps pour construire une bonne relation avec lui, pour que la communication se fasse, et pour que les attentes du patient émergent.

Du côté du ressenti des patients, peu exploré dans la littérature, ce travail a montré qu'ils étaient sensibles à cette limite de temps qui pouvait conditionner l'expression de leurs motifs de consultation. Ils se sentaient parfois obligés d'en restreindre le nombre ou d'écourter leurs propos, à cause du retard du médecin qui en devenait pressant, de la présence des autres patients qui attendaient leur tour et du temps imparti à leur rendez-vous, et cela même dans des consultations positives. Rodondi et al.² ont décrit le sens relationnel des demandes de fin de consultation qui seraient « *un mouvement inconscient qui tend à prolonger l'entretien avec le médecin. En effet, pour certains patients, quitter le cabinet médical peut être assimilé à un moment de séparation ardu et douloureux qui rend la terminaison de la consultation plus difficile que de la commencer* ». Une autre hypothèse supposerait « *que c'est à la fin de la consultation que la confiance du patient en son médecin se trouve raffermie* ». Ainsi, paradoxalement, une bonne relation médecin-patient favoriserait les demandes de fin de consultation. Il serait intéressant de mieux explorer ce sens relationnel et les causes, autre que des oublis, aux demandes de fin de consultation et aux sujets non exprimés par une étude qualitative auprès de patients, à plus large échelle, et par un chercheur plus expérimenté en entretien semi dirigé.

Pour pallier à ce problème de temps, peu de réponses concrètes sont possibles, où elle nécessiterait une réforme profonde du système de santé avec une organisation et une rémunération différentes des médecins libéraux. Dans un contexte démographique de diminution du nombre de médecins généralistes français, chacun risque d'être confronté à une demande de soins croissante, alors qu'une majoration du temps de travail vient s'ajouter à une légitime requête de meilleure qualité de vie personnelle. Devant cette balance de majoration de demande et de diminution d'offre, il y a le « *risque de moindre qualité des soins puisque la prise en charge des préoccupations du patient souffrira davantage encore du manque de temps* »²².

Néanmoins, il semblerait que pour les patients tout ne se jouait pas sur une seule consultation ni forcément sur son déroulement, mais, de façon plus ancrée, sur une **relation** construite de plus ou moins longue date avec le médecin. En effet, la relation seule, si elle était positive, avait un effet directement bénéfique sur l'ambiance de la consultation et sur le patient, en le rassurant, en diminuant son angoisse, et donc en l'incitant à s'exprimer. C'est en partie ce que Balint²⁴ a appelé « le remède médecin ». Il a beaucoup été question de « *feeling* » et les patients accordaient de l'importance à une relation humaine, simple et naturelle. Le médecin ne devrait pas forcément chercher à obtenir et comprendre toutes les interrogations d'un patient : ses croyances et ses inquiétudes émergeront au fur et à mesure des rencontres. Dans leur étude Rodondi et al.² suggérait comme soutien au patient la stabilité de la relation, c'est-à-dire d'organiser le suivi et d'avoir une continuité des soins, en proposant notamment au patient de différer certains points et de préparer la prochaine consultation, comme nous l'avons déjà expliqué plus haut. Les patients s'attachaient à partager des échanges simples, comme s'ils discutaient avec un ami, notamment en prenant des nouvelles de leur vie personnelle et familiale. La notion de confiance semblait primordiale. Comme le soulignait un travail pour une thèse sur l'image des médecins généralistes

en 2007²⁵, il paraît logique qu'un patient qui éprouve une grande confiance considère plus souvent son médecin comme un proche et qu'il soit plus enclin à se confier et à aborder des problèmes personnels. Cependant, cette confiance n'a pas été assez décrite et explorée par ces études: Comment s'acquiert-elle ? Qu'est ce qui fait qu'un patient a confiance ou non en son médecin ?

L'alliée de la relation médecin-patient, bien mise en évidence par l'ensemble des patients, était la **communication**. Au niveau verbal, ils accordaient beaucoup d'attention aux explications médicales, que ce soit pendant l'anamnèse, l'examen physique ou sur le diagnostic et la démarche à suivre. Une étude de 1994 qui décrivait les fins de consultation¹⁴, appuyait en ce sens, puisqu'il existait moins de demande en fin de consultation si le médecin donnait plus d'informations et orientait son patient pendant l'entretien, notamment par un bon interrogatoire. Au niveau non verbal, un langage du corps adéquat mettait le patient à l'aise pour s'exprimer : le sourire traduisait intérêt et gentillesse, le regard marquait son attention, une attitude détendue participait à détendre le patient lui-même. A l'inverse, un médecin fermé, pressant et distant bloquait totalement le patient dans ses propos.

Plus que le besoin de s'exprimer, les patients ont abordé la nécessité d'**être écouté**. La capacité d'écoute du médecin qu'ils venaient consulter a été mentionnée dans toutes les interviews comme primordiale. Cette écoute se manifestait principalement par le regard, et également par une écoute attentive et active avec reformulations, questions ouvertes, informations et résumés. En effet, ce sont là les outils de bases proposés dans de nombreux ouvrages de communication²⁶ et dans des **formations** proposés aux internes en médecine, comme le séminaire d'entretien motivationnel²⁷ du DUMG de Tours. Depuis 2004, avec la création du DES de Médecine Générale, la formation des étudiants en médecine de 3^e cycle a été repensé sous la forme du paradigme d'apprentissage et de l'approche par compétences. Désormais, la « Communication », avec la « Relation » et l'« Approche centrée patient », est une compétence à acquérir, reconnue dans le référentiel des compétences²⁸ du Collège National de Généralistes Enseignants (CNGE). Cependant, des efforts restent encore à faire en ce sens, peut-être en commençant cet apprentissage dès le 2^e cycle des études médicales, où l'enseignement de l'interrogatoire est uniquement standardisé et mécanisé par des questions fermées. Comme l'ont fait remarquer beaucoup d'articles^{15,19,22} sur le sujet, améliorer la formation aux techniques de communication au cours du cursus des études médicales apparaissent comme une nécessité puisque les médecins qui ont suivi une formation de communication seraient plus à même de solliciter les motifs du patient, sans interrompre leurs explications initiales. En outre, améliorer ses compétences en communication demande également de la volonté et un travail sur soi, comme Balint²⁴ l'a observé : « *La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle qui exige un changement considérable bien que limité dans la personnalité du médecin* ».

CONCLUSION

La consultation idéale serait celle où le patient aurait eu le temps d'aborder toutes ses préoccupations sans gêne et où le médecin aurait eu le temps d'écouter son patient, de comprendre et résoudre ses demandes. Le temps est une notion primordiale lors de la rencontre de ses deux acteurs : le patient souhaite avoir le temps de parler et d'être écouté, mais le médecin a bien souvent en tête la gestion de toutes ses consultations de la journée. Ce problème du facteur temps est difficile à résoudre, notamment dans un contexte d'augmentation de demandes et de diminution d'offres de soins. Il convient à chaque médecin de s'organiser au mieux pour le gérer et ainsi limiter le stress qui pourrait en résulter.

Cependant, cette étude a apporté quelques pistes de réponses pour des consultations plus efficaces où le médecin pourrait déterminer toutes les raisons ayant motivé le recours aux soins, le plus tôt possible dans la consultation pour limiter les demandes en fin d'entretien, voire sur le pas de la porte.

La relation médecin-patient devrait être positive, basée sur un climat de confiance. Le médecin adopterait une expression non verbale adaptée, notamment par un accueil chaleureux, le regard dirigé vers le patient, dans une écoute active, sans interruption du patient lors du temps initial d'expression en début d'entretien. Tout en étant à l'écoute, il en demeure que c'est le médecin qui dirige la consultation et le dialogue. Au niveau médical, il effectuerait un examen physique minutieux, suivi d'explications médicales claires et complètes. Enfin, l'exploration de l'agenda du patient, surtout en début et fin de consultation, reste primordiale. Le médecin pourrait demander simplement au patient s'il souhaite aborder autre chose. Puis il organiserait la consultation, en s'entendant sur le motif principal et en faisant une synthèse en fin d'entretien. Pour la stabilité de la relation, le suivi devrait être permanent. La prise de nouvelles du patient ou un point sur les papiers et courriers pourraient être un bon moyen de faire le lien avec la dernière consultation. Pour préparer le prochain rendez-vous, le médecin pourrait différer certaines demandes, énoncer les points qui y seront abordés et demander au patient de noter ses questions.

Les écueils relevés lors de cette étude ont orienté vers de nouvelles pistes de recherches qui pourraient explorer la formation à la communication des internes de médecine générale, la notion de confiance, ainsi que le sens caché des demandes de fin de consultation, en dehors des oublis et du manque d'investigation du médecin. Ce travail reste original de par sa population étudiée puisque les études qualitatives menées auprès des patients demeurent peu nombreuses dans la littérature. Des travaux plus approfondis et à plus large échelle semblent encore nécessaires pour explorer le ressenti du patient lors d'une consultation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Flesch-Georgel G. Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville : une spécificité de la médecine générale. Thèse de Médecine, Strasbourg : 1998, n°50, 70p
- 2- Rodondi PY. et al. Que cache l'agenda caché ? Rev Med Suisse, 2005, n°5 : 30169
- 3- Saint Georges A. Enquête de pratique : Identification de problèmes intercurrents lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale. Thèse de Médecine, Tours : 1999, n°3012, 89p.
- 4- Jaine P. Pluralité des sujets abordés lors d'une consultation en médecine générale. Thèse de Médecine, Marseille : 2005, 46p.
- 5- Kandel O. Duhot D. Very G. Lemasson JF. Boissault P. pour la SFMG. Existe-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Rev Prat Med Gen, juin 2004, n° 18: 781-784
- 6- Michau J. Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. DRESS, dossier Solidarité et Santé n°15, 2010 ; 15p.
- 7- Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. Thèse de Médecine, Toulouse 3 : 2012, 42p.
- 8- Chambonnet JY. Barberis P. Peren V. How long are consultations in French general practice? Eur J Gen Pract 2000; 6: 88-92
- 9- Popelier AL. Duhot D. Kandel O. Quels sont les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale ? Exercer 2008; 80(supp1): 56-7.
- 10- Fosse L. Le deuxième motif de consultation en médecine générale. Thèse de Médecine, Rouen : 2006, n°71, 104p.
- 11- Doumenc M. et al. Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ? Rev Prat Med Gen, mai 1994, n°260 : 41-8
- 12- Kroenke K. Patient expectations for care: how hidden is the agenda? Mayo Clinic Proc. 1998; Editorial 73: 191-3
- 13- Dareths Fabier S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. Thèse de Médecine, Bordeaux 2 : 2012, 149p.
- 14- White J. Levinson W. Roter D. Oh, by the way...: The closing moments of the medical visit. J Gen Intern Med 1994; 9: 24-8.
- 15- Vallée JP. Gallois P. La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa principale ou sa réelle préoccupation ? Médecine, janvier 2006, Editorial n°1 : 25-26
- 16- Rat C. Tudrej B. Kinouani S. Guineberteau C. Bertrand P. Renard V. Saint-Lary O. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. Exercer. Sept 2017, N°135

- 17- Pailloux A. Les groupes d'échanges de pratique en 3^{ème} cycle de médecine générale. Thèse de Médecine, Tours : 2013, 39p.
- 18- Beckman HB. Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101:692-6
- 19- Marvel MK. Epstein RM. Flowers K. Beckman H. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999;281: 283-7
- 20- Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultations en médecine générale. Thèse de Médecine, Lyon 1 : 2006, 79p.
- 21- Gallois P. Vallée JP. Le Noc Y. pour la Société Française de Documentation et de Recherche en médecine générale La consultation du généraliste en 2010 : pour une médecine centrée sur le patient. *Médecine*, mai 2010, 221-227
- 22- Lemasson A. et al. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? *Médecine*, janvier 2006, n°1 : 38-42
- 23- Le Fur P. Bourgueil Y. Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. *IRDES Questions d'économie de la santé* n°144, 2009 ; 8p.
- 24- Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 2^{ème} édition, Paris : Payot, 1973, 419p.
- 25- Mousel C. Le médecin généraliste en 2007. Thèse de Médecine, Nancy 1 : 2009, n°7 213p.
- 26- Petitcollin C. Savoir écouter ça s'apprend. 2012.
- 27- Da Silva F. Entretien motivationnel. Séminaire Trajectoire Santé pour le DUMG de Tours. 2014
- 28- Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, Mission nationale, Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, éditions Berger Levrault
- 29- Gallois P. Vallée JP. Le Noc Y. La consultation du généraliste : que de questions ! *Médecine*, juin 2010, Editorial : 248-250
- 30- Kuusela M. Anttila A. Vainiomaki P. Evaluation en fin de consultation de médecine générale en Finlande. *Exercer*, 2012, n°100 (suppl 1) : 48S-49S
- 31- Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Fiche n°21 : L'offre du malade. Thèse de Médecine, 2013
- 32- Donval V. Polyvalence de la consultation de médecine générale. Thèse de Médecine, Paris ouest : 1998, n° 30, 69p

ANNEXE 1 : Glossaire¹⁷

Analyse de contenu

Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Analyse qualitative

Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Biais

Modification des résultats d'une enquête en fonction du dispositif d'investigation. On distingue des biais de recrutement, de représentativité, d'observation, de déperdition d'informations, d'interaction, etc. Les biais étant inévitables, la démarche scientifique consiste à les identifier et à discuter leur impact potentiel.

Catégorisation

Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories. Il s'agit d'un début de théorisation scientifique, qui met en oeuvre le(s) paradigme(s) de référence du chercheur, mais en principe sans grille théorique et conceptuelle *a priori*.

Citation

Extrait d'un entretien, à partir d'un verbatim, d'une séquence audio ou vidéo, permettant d'illustrer les résultats d'une recherche qualitative et de renforcer la plausibilité de l'interprétation des auteurs.

Codification

Opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

Données qualitatives

De natures multiples, il peut s'agir de mots, d'expressions, de textes, mais aussi de toutes traces matérielles comme des images, des icônes. Une donnée devient une donnée qualitative dès lors qu'elle exprime un rapport de sens dans le moment précis du recueil.

Enquête

Moyen privilégié d'investigation en sciences sociales comprenant des techniques d'observation, d'entretiens et de questionnaires. Ces techniques varient selon la nature de l'objet de recherche, le temps, et les moyens disponibles. Traditionnellement, on distingue les techniques d'ordre quantitatif reposant sur des grands échantillons, des enquêtes d'ordre qualitatif reposant sur des groupes plus restreints.

Enregistrement

Les entretiens doivent toujours être enregistrés. L'enregistrement permet de dépasser les « impressions » laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit. Il donne accès à l'ensemble du discours de l'interviewé, afin de faire ressortir la parole exacte de l'enquêté ; l'analyse pouvant ainsi se faire en plusieurs étapes après lecture et relecture de l'entretien. Il met à disposition les citations fidèles de la parole des interviewés qui serviront de « preuve » de l'analyse de l'entretien.

Entretien individuel

Méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

Entretien semi-directif

Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Guide ou Trame d'entretien

Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Question ouverte

Question pour laquelle la personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies. Certaines questions très larges, invitant l'interviewé à se raconter, sont appelées « consignes ». Ce type de question a pour avantage de donner accès à une pensée complexe mais est difficile à coder, car nécessitant la construction de catégories complexes.

Recherche exploratoire

Approche ne reposant pas exclusivement sur des hypothèses ou des idées préconçues, utilisée lorsque le terrain est peu connu ou, au contraire, déjà tellement étudié que des vues pratiquement stéréotypées se sont imposées. La recherche exploratoire peut être utilisée pour mieux définir un problème, suggérer des hypothèses à vérifier ultérieurement, générer des idées de nouveaux services, recueillir des réactions sur un concept émergent, ou pré-tester un questionnaire. Cette approche est généralement flexible et non rigide ment structurée.

Saturation (des données)

Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

Transcription

Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé. Certains auteurs préconisent de ne noter que les éléments significatifs ; d'autres de respecter une fidélité intégrale au discours tenu, incluant les aspects non verbaux (hésitations,

silences, tics de langage, mimiques, etc.) ; d'autres encore de ne noter que les éléments directement en lien avec la recherche. En pratique, la (re)transcription doit être adaptée aux objectifs de la recherche.

Triangulation

Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

Validation (des résultats)

En recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats : la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes.

Verbatim

Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

ANNEXE 2 : Trame d'entretien

- 1) *Question brise-glace* : Vous venez de voir votre médecin, **racontez moi** cette consultation.

- 2) **Avant la consultation**, dites-moi tous les sujets et questions dont vous vouliez parler avec le médecin aujourd'hui ?
Relances :
 - le plus important pour vous ?
 - Quels sujets vous semblaient faciles à aborder ? Pourquoi ?
 - Quels sujets vous semblaient déliçats à aborder avec votre médecin ? Pourquoi ?

- 3) Comment le médecin vous a-t'il **accueilli** en salle d'attente puis en début de consultation?
Relances :
 - appel en salle d'attente, comment avez-vous perçu ses salutations et son accueil ?
 - comment vous a-t' il invité à vous exprimer ?
 - avez-vous l'impression d'avoir eu temps d'expression suffisant ?
 - comment avez-vous perçu l'ambiance de la cs à ce moment-là ?

- 4) Comment avez-vous abordé le **1^{er} sujet en début de cs**?
- 4') Comment avez-vous abordé **le sujet suivant ou une poser une nouvelle question** ensuite dans la cs ?

Relances pour chaque motif:
 - quand, pourquoi à ce moment-là ?
 - Si 1^{er} différent du plus important : le mettre en relief puis : pourquoi ?*
 - ce qui a faciliter/aider le fait de parler de ce sujet
 - ce qui a freiner/gêner pour parler de ce sujet
 - comment avez-vous perçu la réaction du médecin à l'évocation de ce (nouveau) sujet ? (réaction non médicale, attitude/gestes/émotion)

- 5) *Selon les réponses précédentes :*
De quels sujets auriez-vous éventuellement voulu parler qui n'ont **finalement pas été abordés** ?
Relances :
 - Pourquoi d'après vous ? Qu'est-ce qui vous en a empêché ?
 - Qu'est ce qui aurait pu vous aider à en parler ?

- 6) *Question optionnelle si patient accompagné:*
En quoi le fait d'être accompagné par votre.... a modifié, selon vous, la consultation et les sujets qui y ont été évoqués ?

- 7) Avez-vous quelque chose à ajouter sur ce dont nous venons de discuter à l'instant ?

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

RESUME :

Contexte : Dans une consultation, un médecin généraliste traite en moyenne de deux à trois problèmes, d'ordre très varié, dans un temps imparti limité, avec deux acteurs ayant chacun un rôle et des attentes.

Objectif principal: Explorer les éléments amenant le patient à exprimer ou non les sujets qu'il avait prévus d'aborder.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés auprès de patients du Sud Touraine. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, analyse thématique de contenu.

Résultats : L'accueil et le début de la consultation étaient essentiels pour mettre le patient à l'aise et le faire s'exprimer. L'examen physique offrait un temps de proximité propice à la discussion. Les explications médicales de fin de consultation étaient primordiales pour le patient. Le facteur temps était décisif et parfois source de stress pour les deux partis. Les patients n'avaient pas de hiérarchisation dans l'expression de leurs motifs et les demandes non exprimées l'étaient souvent par omission. Une relation médecin-patient positive, basée sur la collaboration, la confiance et un bon feeling, avait un effet directement bénéfique sur le patient. Le médecin devait être accessible, disponible, calme, et surtout pratiquer une écoute active et manifester son intérêt par le regard.

Conclusion : Pour limiter les demandes de fin de consultation, le médecin pourrait laisser au patient un temps initial d'expression suffisant, sans l'interrompre. Puis effectuer un examen physique complet, suivi d'explications médicales claires. Il pourrait explorer l'agenda du patient, surtout en début et fin de consultation, en lui demandant s'il souhaite aborder autre chose.

FAGES Audrey, BEDOUET

39 pages – 1 tableau – 1 figure – 2 annexes

Titre : L'expression des motifs de consultation du patient : éviter les demandes de fin de consultation ?

Contexte : Dans une consultation, un médecin généraliste traite en moyenne de deux à trois problèmes, d'ordre très varié, dans un temps imparti limité, avec deux acteurs ayant chacun un rôle et des attentes.

Objectif principal: Explorer les éléments amenant le patient à exprimer ou non les sujets qu'il avait prévus d'aborder.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés auprès de patients. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, analyse thématique de contenu.

Résultats : L'accueil et le début de la consultation étaient essentiels pour mettre le patient à l'aise et le faire s'exprimer. L'examen physique offrait un temps de proximité propice à la discussion. Les explications médicales de fin de consultation étaient primordiales pour le patient. Le facteur temps était décisif et parfois source de stress pour les deux partis. Les patients n'avaient pas de hiérarchisation dans l'expression de leurs motifs et les demandes non exprimées l'étaient souvent par omission. Une relation médecin-patient positive, basée sur la collaboration, la confiance et un bon feeling, avait un effet directement bénéfique sur le patient. Le médecin devait être accessible, disponible, calme, et surtout pratiquer une écoute active et manifester son intérêt par le regard.

Conclusion : Pour limiter les demandes de fin de consultation, le médecin pourrait laisser au patient un temps initial d'expression suffisant, sans l'interrompre. Puis effectuer un examen physique complet, suivi d'explications médicales claires. Il pourrait explorer l'agenda du patient, surtout en début et fin de consultation, en lui demandant s'il souhaite aborder autre chose.

Mots clefs : médecine générale, motif de consultation, expression, fin de consultation, relation médecin-patient, communication

Jury :

Président du Jury : Professeur Philippe COLOMBAT

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX

Membres du Jury : Professeur François MAILLOT

Professeur Wissam EL HAGE

Date de soutenance : 15 Mars 2018