

ANNEE 2021

N°

**APPORT DE LA FORMATION PROCESS COMMUNICATION DANS LA
RELATION MEDECIN-PATIENT EN MEDECINE GENERALE**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le vendredi 11 juin 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mylène BOYAT

Née le 05/09/1992

A Mâcon

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2021

N°

**APPORT DE LA FORMATION PROCESS COMMUNICATION DANS LA
RELATION MEDECIN-PATIENT EN MEDECINE GENERALE**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le vendredi 11 juin 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mylène BOYAT

Née le 05/09/1992

A Mâcon

Année Universitaire 2020-2021
au 1^{er} **Septembre 2020**

Doyen : **M. Marc MAYNADIÉ**
Assesseurs : M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

		Discipline	
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romario	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségoène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoît	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Eric STEINMETZ

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Michel PETIT

Monsieur le Professeur Pablo ORTEGA-DEBALLON

Monsieur le Professeur Associé François MORLON

Madame le Docteur Anne COMBERNOUX-WALDNER, Directrice de thèse

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Eric STEINMETZ, Président du jury,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de l'attention que vous avez portée à mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Pablo ORTEGA-DEBALLON,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et de l'honneur que vous me faites en acceptant d'en être le juge.

A Monsieur le Professeur Jean-Michel PETIT,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Recevez l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François MORLON,

Je vous remercie de m'avoir fait découvrir le sujet passionnant qu'est la Process Communication. Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci pour vos enseignements et votre implication dans notre formation. Recevez le témoignage de ma grande considération.

A Madame le Docteur Anne COMBERNOUX-WALDNER, Directrice de thèse,

Je vous remercie de votre disponibilité et de votre soutien tout au long de ce travail. Votre aide et vos conseils m'ont été précieux. Merci pour votre implication dans notre formation. Soyez assurée de mon plus profond respect.

A l'ensemble des médecins et du personnel paramédical qui, tout au long de mes études, m'ont transmis leurs savoirs, leurs valeurs et leur attachement à cette profession. Et un grand merci à l'ensemble de l'équipe de la maison de santé de Lugny qui m'ont si bien accueillie.

A l'ensemble des médecins qui ont participé à cette étude et qui ont su me transmettre leur intérêt pour la Process Communication et les relations humaines qui sont une base essentielle pour la pratique de la médecine générale.

A Victorien, ma moitié, mon acolyte, mon confident, mon amour, merci d'être toujours là à mes côtés, dans les bons comme dans les mauvais moments. Tu as su être présent et me soutenir tout au long de ce périple que sont les études de médecine. Les allers-retours entre Dijon et Châlon, nos retrouvailles le week-end, notre emménagement dans notre premier appartement, les voyages, tous les bons moments partagés avec la famille et les amis, et puis bientôt la maison à venir. Merci de me faire toujours autant rire, d'être là quand j'ai besoin qu'on me prenne dans les bras. Je suis fière de former une famille avec toi et je suis impatiente de vivre les prochaines années à tes côtés qui s'annoncent encore riches en aventures et en projets.

A mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel et votre présence à mes côtés quelles que soient les situations. Merci de m'avoir permis d'aller au bout de ces études. Si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous. Merci de m'avoir transmis vos valeurs de travail et de partage. Vous êtes un sacré exemple pour moi. Je serai toujours là pour vous comme vous l'êtes pour moi.

A Emeric et Florine, mes frangins, toujours présents dans les bons moments de rigolade. Il y en a eu des moments de fous rires et j'espère qu'il y en aura encore beaucoup ! Une grande complicité entre nous, qui se traduit souvent par des petits tacles, mais comme on dit : qui aime bien, châtie bien !

A Philippe et Patricia, mes beaux-parents, merci d'être présents et de m'avoir aussi bien acceptée dans votre famille. Merci pour votre soutien, votre gentillesse et votre générosité.

A Fanny et Marjo, deux amies en or, toujours présentes, parfois malgré la distance qui nous séparent. Tellement de bons moments partagés ensemble, je n'aurais pas de mots pour décrire tous ces incroyables fous rires avec nos compères Nico et Fabich'. Mais aussi toujours là dans les coups durs, les moments de peine ou de doutes, je ne sais pas comment j'aurais fait sans vous. J'espère que cette belle amitié durera encore très longtemps.

A toute la bande de copains manziatis, merci pour tous ces bons moments ensemble. Les week-ends au ski, la randonnée, les barbecues, les soirées... Tellement de chouettes souvenirs, j'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

A tous mes co-internes, merci pour votre aide et tous ces bons moments partagés durant nos stages d'internat.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	14
METHODES.....	19
I. TYPE D'ETUDE.....	19
II. POPULATION D'ETUDE	19
III. RECUEIL DES DONNEES.....	19
1. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	19
2. REALISATION DES ENTRETIENS.....	19
IV. ANALYSE DES ENTRETIENS	20
RESULTATS	21
I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.....	21
II. DESCRIPTION DES GRANDES TENDANCES ANALYSEES.....	22
1. BASES D'UNE BONNE COMMUNICATION EN MEDECINE GENERALE.....	22
2. STRATEGIES DE COMMUNICATION MISES EN JEU	24
3. FORMATION EN COMMUNICATION.....	26
4. DECOUVERTE DE LA PROCESS COMMUNICATION ET MOTIVATIONS.....	30
5. MISE EN APPLICATION DE LA PROCESS COMMUNICATION	31
▪ Identification du profil de personnalité du patient	31
▪ Identification des signaux de stress.....	36
▪ Difficultés de communication avec certains profils de personnalité	39
▪ Adaptation du discours au profil du patient	43
▪ Utilisation de la Process Communication de façon ponctuelle.....	46
▪ Absence de jugement.....	47
6. BENEFICES DE LA PROCESS COMMUNICATION.....	48
▪ Pour le médecin.....	48
▪ Pour le patient.....	55
▪ Pour la relation médecin-patient.....	56
7. LIMITES DE LA PROCESS COMMUNICATION	58
DISCUSSION.....	62
I. SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	62
II. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	62
1. FORCES DE L'ETUDE.....	62
2. LIMITES DE L'ETUDE.....	62

III. INTERPRETATION DES RESULTATS ET MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA LITTERATURE.....	63
CONCLUSIONS.....	66
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	69

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Descriptif de l'échantillon des médecins interrogés.....	20
---	----

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Exemple de structure de personnalité de Process Communication.....	17
--	----

LISTE DES ABREVIATIONS

DES	Diplôme d'études spécialisées
PCM	Process Communication

INTRODUCTION

La communication est un élément fondamental de la relation médecin-patient. La prise en charge d'un patient en médecine générale repose sur une prise en charge holistique où le patient est pris en compte dans sa globalité. Dans cette démarche, la communication représente une position centrale. C'est d'ailleurs un des axes représentés dans la marguerite des compétences du médecin généraliste à savoir *Approche centrée patient, Relation, Communication*.

La communication repose sur un échange d'informations entre un émetteur et un récepteur. En médecine, la communication comporte essentiellement deux fonctions : échanger de l'information et développer une relation. Ainsi, sans communication, il ne peut y avoir de relation. Cet échange a lieu à travers différents processus de communication, que ce soit verbal ou non verbal.

Plusieurs travaux (1, 2, 3) ont mis en évidence qu'une bonne communication aurait un impact positif sur la santé des patients avec notamment une amélioration de la compliance thérapeutique et une meilleure observance chez les patients ayant des pathologies chroniques (amélioration des chiffres tensionnels ou des résultats de glycémies par exemple). Une étude réalisée en 2010 (4) sur les qualités d'un « bon médecin » mettait en avant trois champs de compétences : médical et scientifique, relationnel et enfin éthique et déontologique. Ainsi, au-delà de ses compétences scientifiques et déontologiques, un « bon médecin » se caractérise par ses compétences communicationnelles.

Il a été mis en évidence que la plupart des litiges voire des conflits qui surviennent entre soignants et soignés résultent d'un manque ou d'une insuffisance de communication. De plus, la majorité des plaintes en médecine ont pour origine un problème de communication. On estime que 70 à 80% des plaintes et des poursuites médico-légales sont associées à un défaut de communication (5).

Un travail de thèse réalisé en 2015 retrouvait une amélioration de la qualité de la relation médecin-patient et de la satisfaction professionnelle chez les médecins généralistes formés aux techniques relationnelles et de communication (6). L'acquisition d'une bonne communication relève donc d'une formation et d'un apprentissage sur le sujet. Il faut bien distinguer ce qui incombe à l'expérience personnelle quotidienne du médecin de ce qui relève du savoir et des connaissances à acquérir. En effet, il existe certaines croyances selon lesquelles la compétence communicationnelle serait déjà acquise lors de l'entrée dans les études comme quelque chose d'inné, propre à chaque individu. Or le fait de savoir s'exprimer diffère de la maîtrise d'une conversation professionnelle. L'acquisition des habiletés communicationnelles nécessite donc un enseignement et une formation dédiés à cela. Cela implique également un questionnement de la part des soignants sur leur propre pratique. Une thèse publiée en 2009 sur la formation à la relation médecin-patient à Toulouse montrait que 76,5% des internes de médecine générale rencontraient des difficultés relationnelles dans leur pratique, 72% estimaient que l'enseignement délivré n'était pas adapté à leurs besoins et 66% des internes souhaitaient une formation à la relation médecin-patient (7). Deux études réalisées en 2012-2013 puis 2015-2016 sur l'état des lieux des modalités de l'enseignement de la compétence « Relation – Communication – Approche centrée patient » au sein des Départements de Médecine Générale français retrouvait des modalités d'enseignement très

hétérogènes d'une faculté à une autre, tant au niveau des thèmes abordés, des méthodes pédagogiques utilisées et des modalités d'évaluation (8,9). Un autre travail de thèse publié en 2018 sur l'évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient confirmait que la majorité des internes avait déjà rencontré des difficultés de communication avec un ou des patient(s) au cours de leur cursus. La majorité des internes répondants était également favorable à une formation à la communication dans la relation médecin-patient (10).

L'ensemble de ces travaux mettent donc en avant des lacunes concernant la formation à la communication des étudiants en médecine générale.

Durant mon internat, j'ai personnellement été confrontée à plusieurs reprises à des situations où j'ai été mise en difficulté sur le plan de la communication notamment lors de consultations où le patient était inquiet, stressé et où je n'ai pas su le rassurer ou répondre à ses besoins, laissant un sentiment d'inachevé.

De nombreuses techniques de communication ont été développées afin d'améliorer les échanges médecin-malade. Cependant peu d'entre elles sont enseignées durant notre parcours universitaire. C'est en m'intéressant à la question que j'ai découvert la Process Communication (PCM) qui est un outil de communication destiné à développer des stratégies de communication adaptées à chaque patient selon son type de personnalité.

La Process Communication (PCM) est un outil de communication créé à la fin des années 1970 par Taibi Kahler, docteur en psychologie. Ce modèle a tout d'abord été mis en application au sein de la NASA afin de permettre le recrutement et l'entraînement des astronautes, l'objectif étant de sélectionner des personnes capables de travailler harmonieusement en équipe malgré le confinement dans l'espace. Pour cela, le Dr Kahler a mis au point une grille de lecture appelée inventaire des personnalités afin de mieux comprendre les comportements humains. En plus d'être un outil de communication, la PCM est donc un outil de compréhension de soi et des autres.

Un des concepts fondateurs de la PCM est qu'un bon processus de communication entre deux interlocuteurs repose plus sur la forme que sur le fond. Ainsi, la manière de dire les choses a autant, voire plus d'importance que ce qui est dit. En effet, les situations d'incompréhension, de mésentente ou de conflit sont le plus souvent liées à la façon de formuler un propos plutôt qu'à son contenu.

La PCM représente la structure de personnalité de chaque individu sous la forme d'un immeuble constitué de six étages. Chaque étage correspondant à un type de personnalité : empathique, travailleur, persévérant, rêveur, promoteur et rebelle. Le rez-de-chaussée de cet immeuble représente la base, c'est l'étage sur lequel repose tout l'édifice. La base, acquise dès le plus jeune âge, définit notre perception de l'univers qui nous entoure et restera la même tout au long de notre vie. Au-dessus de la base se trouve la phase qui représente pour un individu, l'origine de sa motivation. Cette phase est susceptible de changer au cours de la vie de chaque personne, selon les événements et les circonstances de vie de chacun. Au total, on distingue six types de personnalités, tous présents chez chaque individu mais à des degrés d'intensité différents.

A chaque type de personnalité correspond :

- des caractéristiques comportementales (style d'environnement, attitudes, tenue vestimentaire, mode d'action préférentiel, etc.)
- un mode privilégié de perception du monde,
- des besoins psychologiques propres, qui s'ils sont satisfaits, engendreront de l'énergie et la motivation pour l'individu. En revanche, en cas de non satisfaction de ces besoins, cela occasionnera du stress et de la mécommunication,
- un canal de communication privilégié qui permet de faciliter l'échange entre deux personnes,
- une séquence prévisible de comportements liés au stress.

Ci-dessous sont présentées de façon brève les principales caractéristiques de chaque type de personnalité. (11, 12)

La personnalité empathique est décrite selon la PCM comme une personne chaleureuse, sensible et compatissante ayant la capacité d'être attentif aux autres avec une grande qualité d'écoute. L'expression des émotions est aisée pour celui-ci et très souvent utilisée pour communiquer avec les autres. L'environnement privilégié des personnes empathiques doit être accueillant et confortable pour que celles-ci s'y sentent bien. La question existentielle de l'empathique est : suis-je aimable ? Il a besoin d'être reconnu en tant que personne avec un environnement nourrissant ses besoin sensoriels. En cas de situation de stress de premier degré, il se suradapte, manque de fermeté dans ses décisions. Puis lorsque le stress est plus important (deuxième ou troisième niveaux), il devient geignard et fait alors des erreurs jusqu'à se sentir rejeté et non aimé des autres.

La personnalité travaillomane est logique, responsable et organisé. Pour lui l'expression des émotions est rare. Il privilégie un environnement fonctionnel et ordonné. La pensée logique est primordiale. Il pense d'abord, classe les gens et les choses par catégorie. Il a besoin d'être reconnu pour son travail et la qualité de sa réflexion. La structuration du temps est essentielle pour lui. La question existentielle du travaillomane est : suis-je compétent ? En cas de stress, il devient perfectionniste, se perd dans les détails, ne parvient pas à déléguer jusqu'à aller dans le surcontrôle en critiquant les autres.

La personnalité persévérante a pour points forts d'être engagé, observateur et consciencieux. Il exprime des opinions, des convictions, des jugements. L'expression de ses émotions est souvent réservée mais cache souvent une grande sensibilité. Son environnement est fonctionnel et traditionnel. Il juge et évalue les gens et les choses en fonction de ses propres opinions. Il a besoin d'être reconnu pour ses convictions et apprécié pour son travail accompli. Sa question existentielle est : suis-je digne de confiance ? En cas de stress, il va se focaliser sur ce qui ne va pas, il n'écoute plus et part en croisade, « ils ne croient pas en moi ».

Le type de personnalité rêveur est surtout réfléchi, imaginatif et calme. Il est doué pour l'introspection et l'analyse approfondie des personnes ou des situations, il aime les tâches concrètes. L'expression des émotions pour lui est rare voire inexistante. Son environnement est simple, sobre, propice à la vie intérieure. Il est motivé pour l'action par des éléments extérieurs, il ne prend pas l'initiative de la relation. Il a besoin de temps et d'espace pour lui-même. Sa question existentielle est : suis-je voulu ? En cas de stress, il se met en retrait, devient passif, ne termine pas ses phrases, jusqu'à se sentir rejeté, « personne ne m'a dit ce que je devais faire ».

La personnalité rebelle est spontanée, créative, ludique. Le rebelle a la capacité de jouer et apprécie le moment présent. L'expression des émotions est souvent aisée et

spontanée. Son environnement est souvent amusant et plein de stimulations. Il réagit aux personnes ou aux choses, il aime ou il déteste. Il a besoin d'un contact ludique avec les autres. Sa question existentielle est : suis-je acceptable ? En cas de stress, il râle et invite les autres à faire ou penser à sa place. Puis si le niveau de stress est plus important, il finit par blâmer, se sent rejeté ou rejette les autres, « vous ne perdez rien pour attendre ».

Enfin la personnalité promoteur a pour points forts d'être adaptable, persuasif et charmeur. Il est ferme et direct. L'expression des émotions est rare pour lui car souvent considérée comme un signe de faiblesse. Il est orienté vers l'action et a besoin d'une forte dose d'excitation dans un minimum de temps. Sa question existentielle est : suis-je vivant ? En cas de stress il attend que les autres se débrouillent seuls, puis il peut manipuler et créer des tensions jusqu'à se sentir rejeté ou rejeter les autres, « ils ne tiennent pas le choc ». (11, 12)

Pour chaque type de personnalité, il n'est porté aucun jugement de valeur. Il n'y a pas de bon ou mauvais type de personnalité. Ils possèdent tous leurs points forts et points faibles.

La connaissance des différents types de personnalités permet d'identifier son propre comportement et de mieux comprendre le fonctionnement de ses interlocuteurs afin d'agir pour garantir une bonne qualité communication. Cela permet également d'analyser les situations de conflits et de malentendus définies par le terme de « mécommunication », afin de pouvoir y remédier (11, 12).



Figure 1. Exemple de structure de personnalité d'un individu de base empathique, de phase vécue rebelle et de phase actuelle rêveur (13).

Les pourcentages indiquent la quantité relative d'énergie disponible à chaque étage. Plus le pourcentage est bas moins l'individu a tendance à montrer les caractéristiques propres de ce

type de personnalité et plus il devra dépenser de l'énergie pour communiquer de façon positive avec les personnes qui présentent ces caractéristiques.

En découvrant l'aspect théorique de cette technique de communication, je me suis alors interrogée sur sa mise en application dans la pratique de la médecine générale. Aucune étude sur le sujet n'a jusqu'alors été réalisée. C'est ainsi que m'est venue l'envie de comprendre et d'interroger des médecins généralistes formés à la Process Communication afin de répondre à la question suivante :

Comment peut-on utiliser la Process Communication en tant que médecin généraliste pour améliorer la relation et la communication médecin – patient ?

METHODES

I. TYPE D'ETUDE

L'objectif principal de l'étude était de déterminer l'apport de la formation à la Process Communication dans la relation médecin-malade en médecine générale et d'identifier ses forces et ses faiblesses.

Une étude qualitative descriptive a été menée pour répondre à cet objectif par le biais d'entretiens individuels semi-directifs. Ces entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes exerçant en Bourgogne et formés à la Process Communication.

II. POPULATION D'ETUDE

Le recrutement des médecins généralistes formés à la Process Communication s'est fait sur la base du volontariat. Les médecins ont été contactés par email par la personne responsable de l'organisation des formations de Process Communication en Bourgogne-Franche Comté qui leur a présenté le projet de thèse. Les médecins intéressés se sont alors mis en relation avec la thésarde pour organiser un entretien individuel.

Les médecins généralistes interrogés étaient soit installés soit remplaçants. Les modalités de leur formation en Process Communication n'étaient pas évaluées dans les critères d'inclusion ni d'exclusion. Six caractéristiques ont été prises en compte dans l'élaboration de l'échantillon (âge, sexe, localisation du cabinet, mode d'installation, nombre d'années d'exercices, maître de stage ou non) afin d'obtenir une diversité maximale dans les opinions recueillies au sein de la population.

III. RECUEIL DES DONNEES

1. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Un guide d'entretien (*Annexe 1*) a été élaboré avant l'enquête. Ce guide rappelait le sujet de l'étude. Il permettait de recueillir le consentement oral du médecin et de lui garantir la confidentialité et l'anonymat de l'entretien. Ce guide a évolué au cours de l'étude, notamment après les deux premiers entretiens, afin de réajuster les questions en fonction des premiers résultats. Au début de chaque entretien, des données socio-démographiques étaient demandées au médecin. Puis le médecin était interrogé sur sa vision de la communication, sa formation personnelle dans le domaine, les stratégies de communication mises en œuvre et sur la mise en application de la Process Communication en consultation de médecine générale. Les questions ouvertes étaient privilégiées afin de recueillir un maximum d'informations spontanées et l'expérience vécue du médecin.

2. REALISATION DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés de juin 2020 à janvier 2021. Ils étaient réalisés au cabinet

ou au domicile du médecin interrogé selon sa convenance. Les entretiens étaient enregistrés au format audio à l'aide d'un dictaphone après avoir recueilli le consentement oral du médecin. Une retranscription mot à mot des entretiens a été réalisée par l'investigatrice sur Word en les anonymisant. Les signes de communication non-verbaux et para-verbaux ont également été retranscrits. Les entretiens ont duré de 19,5 minutes à 66,5 minutes, avec une moyenne de 42,5 minutes.

IV. ANALYSE DES ENTRETIENS

L'analyse qualitative des entretiens a été faite avec le logiciel NVIVO. Tout d'abord une analyse longitudinale pour chaque entretien puis une analyse transversale afin d'en faire ressortir des liens et thèmes communs entre les différents entretiens. L'analyse complète a été réalisée par la seule investigatrice, de manière progressive, au fur et à mesure de l'avancement du recueil des données. Il n'y a pas eu de triangulation. Le nombre de participants à l'étude n'a pas été défini à l'avance. Le recueil des données a pris fin lorsque la saturation des données a été atteinte, confirmée par un entretien supplémentaire.

RESULTATS

I. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Douze médecins généralistes ont participé aux entretiens. Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau 1. L'échantillon se composait de cinq femmes et sept hommes dont la moyenne d'âge était de 48 ans. Parmi les médecins interrogés, quatre ont décrit leur lieu d'exercice comme urbain, cinq comme semi-rural et trois comme rural. L'ensemble des participants à l'étude exerçait la médecine générale en association. Deux d'entre eux étaient des remplaçants mais effectuaient des remplacements de façon régulière dans des cabinets où les médecins exerçaient en association. Une des médecins interrogés exerce actuellement une activité salariée de médecine générale au sein d'une clinique après avoir exercé 26 ans en cabinet et une autre a une activité mixte (libérale et salariée au Centre Hospitalo-Universitaire de Dijon). Parmi les douze participants, neuf ont déclaré être maître de stage.

Tableau 1. Descriptif de l'échantillon des médecins interrogés.

Médecin	Age	Sexe (F/H)	Localisation du cabinet	Type d'exercice	Nombre d'années d'exercices	Maître de stage ou non
M1	60 ans	F	Urbain	Exercice mixte – en association	32 ans	Oui
M2	60 ans	H	Urbain	Libéral – en association	31 ans	Oui
M3	44 ans	F	Rural	Libéral – en association	17 ans	Oui
M4	63 ans	F	Semi-rural	Libéral puis salarié	31 ans	Oui
M5	59 ans	H	Semi-rural	Libéral – en association	28 ans	Non
M6	36 ans	H	Urbain	Remplaçant	9 ans	Non
M7	47 ans	H	Semi-rural	Libéral – en association	16 ans	Oui
M8	43 ans	H	Semi-rural	Libéral – en association	13 ans	Oui
M9	30 ans	F	Semi-rural	Remplaçant	3 ans	Non
M10	34 ans	F	Rural	Libéral – en association	7 ans	Oui
M11	46 ans	H	Rural	Libéral – en association	15 ans	Oui
M12	57 ans	H	Urbain	Libéral – en association	26 ans	Oui

II. DESCRIPTION DES GRANDES TENDANCES ANALYSEES

1. BASES D'UNE BONNE COMMUNICATION EN MEDECINE GENERALE

Pour la majorité des médecins interrogés, une bonne communication en médecine générale reposait sur un bon échange entre le médecin et son patient.

M1 : « la bonne communication c'est surtout quand il y a un échange réciproque satisfaisant des deux côtés ».

A travers cet échange, le médecin émettait un message pour répondre à une demande du patient. Le message émis devait être clair et compris par le patient.

M2 : « la bonne communication c'est la communication où le patient est entendu, il comprend... il comprend ce qu'on peut lui dire, et réciproquement euh, le médecin aussi doit être entendu et il doit faire comprendre ce qu'il a à dire et il doit comprendre ce que veut lui dire le patient ».

M6 : « une bonne communication, c'est une communication qui convient au patient, et au médecin, dans le sens où euh... du point de vue du médecin, le message qu'il a envie de faire passer puisse passer correctement mais aussi dans l'autre sens aussi, que du point de vue du patient, le patient puisse exprimer ce qu'il ait à exprimer. Que ce soit compris, et bien compris, c'est-à-dire pas forcément interprété de la manière qui convient au médecin mais vraiment de ce qui a été exprimé pour que, voilà, ce soit une bonne base de relation de travail et de confiance tout simplement ».

Parfois le médecin pouvait rencontrer des difficultés à émettre le bon message ou qu'il soit bien compris par le patient.

M9 : « des fois on se plante quand on émet, on croit avoir dit quelque chose au patient, on croit que le message était clair, que c'était neutre ou presque et finalement en fait on a mis beaucoup autour dans notre packaging et en fait l'émission n'était pas bonne... Le message n'est pas passé ».

Le médecin devait donc s'assurer de la bonne compréhension du patient. L'objectif final de la consultation était de parvenir à un accord satisfaisant pour le patient et le médecin.

M1 : « Et on va dire quand finalement la personne à la fin de la consultation, on peut se dire qu'on a réussi à répondre à la demande de la personne et que la consultation s'achève sur un accord réciproque ».

M10 : « une bonne communication c'est en tout cas ce qui permet de trouver une bonne alliance thérapeutique pour cibler au mieux peut-être la plainte du patient et du coup essayer de trouver des clés pour solutionner le problème avec lequel le patient vient en consultation ».

Pour plusieurs des médecins interrogés, une bonne communication reposait sur une bonne écoute de la part du médecin.

M3 : « une bonne communication en médecine générale, pour moi, c'est déjà une bonne écoute de ma part ».

M10 : « je dirais en dernier une communication où le patient sort de sa consultation en ayant eu le sentiment de se sentir écouté ».

L'importance d'une écoute active était mise en avant afin d'identifier la réelle demande du patient.

M9 : « Donc vraiment écouter avec... en fait les tenants et aboutissants biomédicaux mais aussi ce qui est dit derrière le message verbal, avec le non-verbal, le vrai motif derrière le motif allégué ».

Certains médecins évoquaient également l'importance du langage non-verbal dans la communication et la relation médecin-malade.

M10 : « on va dire peut-être une communication qui passe par l'échange de mots mais aussi par l'observation mutuelle de l'un et de l'autre et de choses qui peuvent se passer justement sur le biais du canal sensoriel, soit dans la gestuelle ou dans les attitudes, les postures ».

Pour qu'il y ait une bonne communication, un des médecins interrogés évoquait le fait que le médecin devait s'adapter au patient, à son canal de communication, pour que le message soit bien entendu et compris par le patient.

M3 : « c'est m'adapter au canal de communication de mon interlocuteur pour qu'on soit un petit peu sur la même longueur d'ondes et que mon message passe mieux. Donc c'est, je m'adapte, et pas trop l'inverse. Enfin si, probablement un peu sans que je le sache mais en tout cas moi je m'adapte à leur discours pour pouvoir entrer dans le même canal ».

La plupart des médecins interrogés rapportaient le fait que la communication était une capacité essentielle en médecine générale.

M3 : « un bon médecin généraliste c'est un bon communicant ».

M6 : « Finalement on s'aperçoit beaucoup que, en médecine gé, c'est ce qui fait tout l'intérêt, on est quand même énormément dans l'échange, dans l'accompagnement ».

M6 : « La communication est fondamentale en médecine générale ».

M9 : « la communication c'est tout le monde. C'est l'enfant, c'est l'adulte, c'est l'ado, c'est le vieux, c'est le grave, le pas grave. Tu ne peux pas dire « je ne sais pas faire ». En fait c'est tout le temps ».

Pour plusieurs d'entre eux, la capacité relationnelle du médecin primait sur son savoir théorique. Le médecin était jugé par les patients pour ses compétences en communication et non pour ses connaissances scientifiques.

M4 : « Parce que finalement être un bon médecin c'est pas en avoir une tête bien pleine, c'est un savoir-être et un savoir-faire ».

M4 : « je me suis souvent rendue compte, dans mon cabinet, quand j'ai commencé à travailler avec plusieurs confrères, que souvent les gens ils vous jugeaient pas sur vos capacités, les compétences de médecin, mais surtout sur la communication ».

M9 : « assez rapidement je me suis rendue compte que la communication on ne pouvait pas faire autrement, on ne pouvait pas faire sans. Et qu'en fait c'était presque plus important que d'avoir un savoir exhaustif ».

Les difficultés relationnelles entre le médecin et un patient étaient souvent liées à un défaut de communication.

M4 : « les rares fois où les gens me quittaient, dans le cabinet, c'était pas parce qu'ils trouvaient que j'avais raté quelque chose, c'était juste que je ne communiquais pas bien ».

2. STRATEGIES DE COMMUNICATION MISES EN JEU

La majorité des médecins interrogés n'utilisait pas de stratégie de communication particulière en consultation. La communication était spontanée et intuitive. Le médecin restait lui-même, au naturel, avec sa propre manière de s'exprimer.

M5 : « Nan, je crois que j'ai pas de technique particulière (...) y'a des patients avec qui on n'a pas de soucis, on ne se pose pas la question voilà ».

M6 : « on va dire que pour une grande majorité, plus de trois quarts des consultations, y'a un fonctionnement très simple de discussion qui se met en place ».

Le fait d'être confrontés à des consultations où la communication ne passait pas bien avec certains patients les a conduits à s'interroger sur leur pratique. Plusieurs médecins évoquaient alors le besoin d'outils et de formation dans certaines situations difficiles lorsque la communication spontanée n'était pas suffisante. Parfois les médecins se sentaient en échec, ne comprenaient pas le patient ou étaient agacés par celui-ci. Dans ces situations, ils ressentaient le besoin d'avoir des outils afin de comprendre pourquoi la communication ne fonctionnait pas et de mettre en place des stratégies pour y remédier.

M1 : « en fait au début... je me suis rendu compte que j'avais... je me fiais à mon... on va dire, à mon bon sens et à mon intuition... et petit à petit au fur et à mesure de l'activité je me suis rendu compte que ça suffisait pas du tout parce qu'il y avait des cas où on est confronté à de l'agressivité, des deux côtés d'ailleurs des fois, on se rend compte qu'on a des patients qu'on... qui nous conviennent, qui ne nous conviennent pas, et que ceux qui nous mettent en difficultés c'est évidemment ceux qui ne nous conviennent pas ».

M3 : « avant ma formation c'était spontané et donc je me heurtais souvent à des difficultés... ».

M6 : « pour certains patients, il peut y avoir, euh, des profils avec lesquels, voilà, on a l'impression que la communication ne fonctionne pas ou des patients qu'on ne comprend pas ou qui ont des attitudes qui nous brusquent, qui nous bloquent, qui ne nous plaisent pas, etc., et qui sont souvent la traduction de personnalités différentes ».

L'ensemble des médecins reconnaissaient donc qu'ils n'utilisaient pas de stratégie de consultation pour la plus grande partie de leurs consultations. Mais pour une minorité des consultations qui leur posait des difficultés, l'utilisation de stratégies était nécessaire.

M2 : « les autres stratégies de communication, elles sont surtout quand je vois que ça ne passe pas. On va dire, 95% des cas ben ça passe bien. (...) Et puis y'a les 5% où ça... ça achoppe un petit peu, où on se dit y'a quelque chose qui cloche ».

M6 : « pour ces patients-là qui sont, on va dire différents de mon profil, et euh, c'est pas beaucoup dans la journée, mais euh, oui peut-être un quart, ouais peut-être un peu..., entre

un cinquième et un quart des consultations dans la journée (...) Non c'est pas la majorité. Mais c'est souvent pour les patients qui nous posent le plus de problème ».

M9 : « en général c'est plutôt spontané. Moi j'utilise la Process Com ou d'autres stratégies de communication mais qui n'ont pas forcément d'étiquettes, quand ça bloque en général ».

La Process Communication était donc un des moyens qui a permis aux médecins interrogés de trouver des solutions à ces situations de communication difficile. Cet outil permettait au médecin de repérer le profil de personnalité du patient, comprendre son mode de fonctionnement et ainsi s'adapter à son canal de communication.

M5 : « je pense plutôt avec les patients qui peuvent nous poser problème dans la communication (...). Où ça coince un peu, qui vont nous énerver ou qui vont nous mettre éventuellement en échec... et là je pense que c'est utile parce que une fois que tu suspectes leur base, tu te dis voilà, eux ils fonctionnent comme ça. Et donc faut que j'essaie de me mettre à leur, sur la même longueur d'ondes qu'eux pour pouvoir communiquer avec eux ».

M6 : « ces patients-là justement, avec la Process Com et d'autres techniques aussi, on apprend un peu à les repérer et on apprend à leur parler ».

La plupart des consultations qui posaient des difficultés de communication au médecin était souvent liée au fait que les patients avaient une personnalité différente de celle du médecin avec notamment une base ou une phase qui correspondait aux étages élevés du médecin. Pour les patients dont le profil ressemblait à celui du médecin, la communication était spontanée et naturelle, sans nécessité de mettre en place des stratégies de communication. Plusieurs médecins avançaient le fait que de façon générale la patientèle d'un médecin lui ressemblait.

M4 : « Pourquoi j'aimais bien des médecins et j'aimais bien leur patientèle et pourquoi quand j'aimais pas un médecin, j'aimais pas sa patientèle ».

Les médecins interrogés rapportaient également qu'ils pouvaient parfois être en difficulté sur le plan de la communication lorsque le patient était en stress ou que le médecin était lui-même en stress. A ce moment-là, la Process Com était une aide pour leur apporter des solutions et répondre à ce stress.

M1 : « tout de suite je détecte les signaux de la personne en stress que j'ai appris à détecter par la Process Communication et je réponds déjà, si je vois le stress, je réponds, je sais tout de suite répondre. Et puis ensuite je... tout au long de la consultation maintenant j'utilise quasiment exclusivement les techniques de Process Communication. Aussi bien pour moi que pour les patients. Et donc pour moi, c'est de détecter les moments où moi je ne suis pas bien parce que je sais maintenant à quoi ça correspond et je sais aussi comment y répondre. Donc je connais les situations qui m'agacent, je les ai repérées, et donc je sais pourquoi elles m'agacent et je sais comment y répondre ».

M6 : « y'a des comportements, avant la Process Com, que je pouvais considérer comme agressifs ou non respectueux ou voilà, que je vais avoir tendance à lire différemment maintenant, qui sont souvent la traduction d'un stress tout simplement hein, et donc on a chacun la manière d'exprimer notre stress et ça peut être des façons de l'exprimer. Donc quand ce stress est reconnu, déjà c'est, déjà pour répondre, ça aide pour répondre, pis ça aide aussi à faire passer, quand c'est possible, le moment de stress ».

D'autres techniques de communication étaient mises en jeu comme le fait de laisser le patient s'exprimer librement dès le début de la consultation en utilisant des questions ouvertes et en étant attentif à ne pas lui couper la parole.

M2 : « le premier outil c'est « je vous écoute ». Et donc je laisse venir le, le comment... ce qu'a à dire le patient. Voilà. Ça dure un petit peu de temps. Souvent ça dure pas loin d'une minute. Hein, le « je vous écoute »... Alors je peux aussi formuler après « et d'autre chose ? », voilà, plutôt pour les plus jeunes, qui ont plus souvent des motifs cachés, qui me connaissent moins ».

M11 : « y'a une époque c'est vrai que je faisais exprès, une fois que j'avais dit bonjour, je les avais installés, je ne disais rien, une fois que je les avais accueillis, je les laissais parler et je me concentrais pour les laisser parler. Ça maintenant je n'ai plus besoin non plus. C'est devenu habituel ».

L'importance de l'observation était également mise en avant par plusieurs des médecins, que ce soit en salle d'attente ou dès le début de la consultation. Les médecins prêtaient attention à la posture du patient, son attitude, sa manière de se présenter et de dire bonjour, les mots qu'il employait.

M1 : « Et donc maintenant, très clairement, je m'en sers comme technique, je me sers de la Process Communication dès que... clairement, dès que je vois les gens en salle d'attente, je regarde comment ils sont habillés, leur présentation, leur verbal, leur non-verbal ».

M12 : « la communication moi je vais dire avec une personne qui rentre dans mon cabinet pour la première fois on va dire, elle se fait dès l'entrée, dès le franchissement de la porte ou même dès... quand la personne je la vois dans la salle d'attente (...) je ne sais pas si c'est l'expérience qui veut ça ou pas, mais c'est que de plus en plus, avançant en âge, effectivement je suis beaucoup dans l'observation ».

D'autres utilisaient la reformulation pour s'assurer que le message ait bien été compris par le patient comme par le médecin. Enfin deux des médecins interrogés rappelaient l'importance de prendre en charge le patient dans sa globalité en essayant de faire des liens entre le symptôme allégué et le contexte environnemental du patient.

M10 : « le fait de moi reformuler ou de faire reformuler au patient. Les deux... dans les deux sens. Le fait d'essayer de faire un peu du lien aussi, du symptôme dans le contexte environnemental (...). Et du coup d'essayer un peu de comprendre le milieu dans lequel le patient évolue actuellement, la situation de l'instant T ».

3. FORMATION EN COMMUNICATION

La quasi-totalité des médecins interrogés déploraient l'absence de formation en communication durant leur cursus d'études médicales. Seules deux d'entre eux, à savoir les deux plus jeunes, rapportaient un enseignement porté sur la communication à la faculté sous la forme d'un séminaire. Un des médecins évoquait également sa participation à des modules sur les annonces de diagnostic enseignés à la faculté sans qu'il y ait de cours dédié à la communication à proprement parler.

M2 : « Cursus médical, zéro ! »

M6 : « En communication, aucune. Si ce n'est les quelques, les quelques modules un peu sur les annonces de diagnostic ou les choses comme ça ».

M8 : « j'ai eu... alors dans mon cursus médical, non ».

M10 : « dans mes études j'ai pas le souvenir d'avoir eu de formation sur la communication... Si ce n'est peut-être dans le cadre d'un séminaire dans le cadre de l'internat ».

M12 : « A mon époque ça n'était absolument pas abordé ».

Les médecins reconnaissaient que la communication nécessitait un apprentissage et d'être travaillée et donc qu'elle nécessitait d'être enseignée.

M4 : « Non mais c'est quelque chose qui se travaille ».

M4 : « C'est pour ça que, tous les internes qui passent ici, qui sont des internes de médecine générale, je leur ai dit (...) vous êtes sortis vous connaissez beaucoup plus de choses, ça ne veut pas dire que vous êtes beaucoup plus doués... par contre là où vous allez devoir apprendre des choses ça va être sur la communication ».

M4 : « je pense que ça doit être, ça devrait être très rapidement enseigné ».

M11 : « le fait de travailler la communication en médecine générale, c'est indispensable ».

Pour certains, l'apprentissage de la communication avait eu lieu en pratique au cours de leur stage par le biais de leur maître de stage.

M10 : « Après je dirais que la communication je l'ai apprise en regardant mes maîtres de stage (...) Je dirais que je l'ai plutôt apprise sur le terrain ».

C'est également à travers leurs stages et leurs remplacements, c'est-à-dire dès le début de leur carrière, que beaucoup d'entre eux ont pris conscience de l'importance de la communication dans leur pratique.

M4 : « très rapidement moi je me suis rendue compte que ça... y'a des choses qui collaient pas quoi. Très rapidement y'a des choses que je ne comprenais pas. Je me suis dit y'a des choses que je ne comprenais pas. Pourquoi y'a des gens avec qui ça passait bien et des gens avec qui ça ne passait pas. (...) Et je me suis beaucoup posée des questions ».

M6 : « C'est vrai qu'avec l'arrivée des consultations dans notre cursus d'études, ce qui arrive quand même assez tard, on se rend quand même compte qu'il y a énormément de choses qui se jouent de manière très particulière, auxquelles on n'est pas vraiment préparé parce qu'une visite à l'hôpital ou aller dans une chambre de malade, c'est complètement différent que de recevoir quelqu'un sur une durée courte dans un but précis, avec un colloque vraiment singulier, protégé, voilà ».

M9 : « Rapidement je trouve c'était le cœur du truc. Même en tant qu'externe je me suis dit y'a un truc à faire là-dessus. Il faut être bon là-dedans ».

M9 : « En fait assez rapidement dans le... quand j'étais interne et que j'ai fait de la médecine générale, et aussi de la médecine hospitalière, en fait on s'aperçoit que si on n'est pas bon communicant, on se plante en fait ».

Certains médecins ressentaient des lacunes et un besoin de formation pour les aider à comprendre les situations qu'ils ne parvenaient pas à décrypter.

M4 : « je m'étais dit y'a un truc quoi. Et, pourquoi y'a des gens qui ne juraient que par moi et d'autres qui trouvaient que j'étais pas bien... Et je m'étais dit y'a quelque chose qui ne fonctionne pas... Non c'est pas qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas, y'a quelque chose qui se passe qui n'est pas de l'ordre du médical. Et c'est vrai que je me suis posée beaucoup beaucoup de questions ».

M6 : « c'est un peu les premiers remplacements qui nous mettent un peu le, la puce à l'oreille, on se dit ben y'a des trucs qui roulent c'est super, et y'a des trucs qui roulent pas du tout et je sais pas pourquoi, pourtant j'ai fait la même chose ».

M6 : « je me suis toujours demandé pourquoi ça pouvait ne pas fonctionner. Voilà, en fait. Alors que, alors qu'on a tous fait les mêmes études, bon, même si y'a des personnalités différentes dans la pratique mais en tout cas, en soi sa pratique à soi elle ne change pas, elle est toujours la même et pourquoi, un même message serait très efficace chez un patient et absolument pas chez un autre, voire complètement contre-productif ? Et ça c'est quand même, c'est quand même quelque chose d'étonnant dont on ne nous a pas forcément parlé ».

M10 : « Et pis parce que je trouvais qu'on n'était pas formé à la fac ».

L'ensemble des formations en communication auxquelles les médecins ont participé se sont déroulés dans le cadre de leur formation continue. Ce sont donc les médecins eux-mêmes qui étaient à l'initiative de cette formation afin de répondre à leur besoin. Bien que les enseignements à la faculté soient en train d'être développés, les médecins soulignaient l'importance de poursuivre la formation de façon personnelle.

M4 : « j'ai fait beaucoup beaucoup de formations, vous savez de formation médicale continue, vous savez sur des deux jours... et c'est là où j'ai rencontré des gens de la fac, (...), plein de gens, et c'est avec eux où j'ai été sensibilisée sur la problématique de la communication. Dans les formations on en parle beaucoup ».

M11 : « Je me suis auto-formé beaucoup ».

La plupart des personnes interrogées rapportait un intérêt pour les relations humaines et/ou la psychologie.

M4 : « Je me suis rendue compte que dans les formations que j'avais faites, je m'étais beaucoup beaucoup beaucoup formée sur beaucoup de choses en psychiatrie, j'avais fait beaucoup de formations sur les troubles du sommeil, j'avais fait toutes les alternatives aux benzodiazépines donc euh, les TCC, l'hypnothérapie. J'avais fait beaucoup des formations sur les relations, la psychothérapie inter-relationnelle ».

M6 : « Moi je m'étais intéressé aux types de personnalité en psychologie, j'ai toujours eu une certaine, un certain intérêt pour les sciences humaines, relationnelles, ces choses-là ».

M11 : « Alors moi j'ai toujours été intéressé par la psy, je voulais faire de la psy... (...) Et ben parce que je ne sais pas, peut-être que je m'intéressais aux gens ».

Certains ont complété leur formation en communication de façon personnelle par le biais de la lecture de livres sur le sujet.

M1 : « Donc à partir de là j'ai... j'ai cherché et donc j'avais beaucoup lu parce que du fait de mes expériences avant et j'avais beaucoup travaillé avec des psychologues parce que moi j'ai beaucoup travaillé dans le domaine du Sida donc en termes de communication c'était... on a été vite confronté à ce problème là... ».

M6 : « Et puis personnellement du coup, j'ai lu après des bouquins pour compléter, pour avoir un autre, un autre discours, une autre façon de dire les mêmes choses ».

L'ensemble des médecins ayant participé à l'étude ont bénéficié d'une formation à la Process Communication répartie sur plusieurs jours (en moyenne 6 à 8 jours de formation). Nombreux des médecins déclaraient que leur participation à cette formation les avait conduits à s'intéresser à d'autres techniques de communication qui pouvaient s'avérer complémentaires telles que l'entretien motivationnel, la programmation neuro-linguistique, l'éducation thérapeutique, l'hypnose, l'ennéagramme, le triangle de Karpman, l'analyse transactionnelle.

M1 : « alors j'utilise quand même aussi, j'ai oublié oui dans les autres techniques, j'utilise la PNL parce que c'est quand même intéressant, euh... c'est-à-dire de savoir si les gens sont plutôt visuels, auditifs ou surtout on va dire sensitifs ».

M2 : « J'ai aussi réalisé plusieurs week-ends de formation en programmation neuro-linguistique et un week-end sur l'ennéagramme. (...) L'ennéagramme ce sont des typologies aussi de, de communication ; des typologies de fonctionnement de personnes pour la communication ».

M6 : « Alors sur la communication après j'ai fait d'autres formations, notamment on parlait de changement etc, j'ai fait une formation de l'entretien motivationnel, qui a été aussi très très précieuse ».

M7 : « Et pis la Process Communication m'a permis aussi de m'intéresser à d'autres types de communication, des techniques, que je ne maîtrise absolument pas mais qui m'ont donné à réfléchir un petit peu quoi ».

M10 : « j'ai mon DU d'hypnose mais qui du coup est complètement... c'est de la communication aussi, et ça m'avait beaucoup appris sur le côté observation, langage verbal, tout ça ».

M12 : « Quand on sait que la Process Com c'est une dérive un petit peu de l'analyse transactionnelle, je veux dire, on se dit « ben tiens, j'ai envie d'aller voir » ».

La nécessité d'une formation complète en Process Communication était mise en avant par les médecins. Selon eux, la participation uniquement à des soirées de formation sur le sujet n'était pas suffisante pour avoir une bonne maîtrise de l'outil.

M1 : « Par contre je suis sûre que les formations courtes ne sont pas suffisantes ».

M3 : « il faut vraiment avoir fait le cycle entier pour avoir tous les outils, et j'ai envie de dire même après ça, moi je vais y retourner une deuxième fois ».

M5 : « C'est pas en une soirée que t'apprendras la Process Com ».

M7 : « Et effectivement quand on voit des gens qui font des formations en trois heures le soir, ça existe beaucoup hein, moi ça me paraît étonnant ».

4. DECOUVERTE DE LA PROCESS COMMUNICATION ET MOTIVATIONS

L'ensemble des médecins interrogés déclaraient avoir connu la Process Communication soit par hasard soit par le bouche-à-oreille en échangeant avec des confrères, maîtres de stage ou amis. Aucun d'entre eux n'avaient fait la formation au départ pour répondre à un besoin précis.

M4 : « Je sais que beaucoup de gens m'en ont parlé, de par mes formations, mes différentes formations ».

M8 : « J'ai connu par hasard ».

M9 : « En fait j'étais en SASPAS chez lui, j'ai remplacé chez lui, c'était mon directeur de thèse et il m'a dit si y'a une formation que tu dois faire dans toute ta vie, donc il en a fait quelques-unes, c'est celle-là ! Et il a tout à fait raison. Absolument raison. Et c'est ce que je continue à dire à toutes les personnes dont je croise la route ».

M10 : « J'ai connu la Process Communication par le biais de collègues qui m'en avaient parlé ».

M11 : « Je ne connaissais pas. J'ai été embringué là-dedans par une copine avec qui je faisais des formations générales, et qui m'a dit « tiens j'ai un truc, je suis sûre que ça t'irait super bien », en gros ».

Les motivations à démarrer ou à poursuivre la formation étaient diverses selon les médecins. Pour certains il s'agissait de comprendre certaines situations qui se déroulaient au cabinet et de réussir à mieux entrer en communication avec les patients pour les aider en améliorant leurs compétences en communication.

M4 : « je pense que c'est le fait d'en avoir entendu parler et le fait de me dire « peut-être que ça va me permettre de comprendre certaines choses » et euh, c'était ça ma motivation. Je n'avais pas vraiment de motivation, je pense que c'était quelque chose qui me parlait, qui m'intéressait (...) je m'étais rendue compte que c'était important pour moi de comprendre et je pensais que c'était important aussi d'avoir ça pour pouvoir me permettre de rentrer en communication avec les gens et de les aider plus ».

M9 : « Ben en gros les motivations c'est que, en fait assez rapidement je me suis rendue compte que la communication on ne pouvait pas faire autrement, on ne pouvait pas faire sans. Et qu'en fait c'était presque plus important que d'avoir un savoir exhaustif ».

M10 : « Alors c'était améliorer ma communication parce que je sentais bien qu'il y avait des patients sur lesquels j'étais en difficulté et où j'arrivais pas à créer de mouvement particulier ou alors à renoncer au mouvement peut-être (...) Ou en tout cas je me sentais dans une impasse et où du coup ça m'agaçait plus qu'autre chose ».

M11 : « C'était d'approfondir ma formation en communication ».

Pour d'autres, la formation avait été initiée uniquement par curiosité au départ, avec l'envie de découvrir d'autres aspects que de la médecine pure.

M5 : « Aucune. C'était vraiment par curiosité. On m'a dit « faut que tu fasses ça », je savais pas du tout ce que c'était, j'avais aucune notion, et j'ai découvert le jour où je suis arrivé ».

M7 : « L'envie d'aller faire autre chose que de la médecine ».

Enfin certains évoquaient plutôt un objectif de développement personnel en participant à la formation.

M8 : « C'était développement personnel ».

Malgré le fait qu'ils aient débuté la formation par hasard, la majorité des médecins rapportaient une envie de poursuivre la formation au fur et à mesure de l'avancement de la formation dans un premier temps pour apprendre à se connaître eux-mêmes et leurs propres besoins.

M3 : « Et puis dès la première, dès le premier week-end de formation, avec mon mari on était à fond alors qu'au départ pfff ».

M3 : « au départ c'était pas pour euh, dans un but professionnel. C'est qu'après ce premier week-end déjà je me suis dit Wahou, déjà on apprend à se connaître soi et on commence à se dire mais mince si je ne vais pas forcément bien c'est... c'est peut-être parce que je ne me connais pas, parce que je ne sais pas ce qui me fait du bien et comment aller mieux. Et là ça vous donne beaucoup de solutions pour comment allez mieux soi-même avant d'être mieux avec les autres ».

M11 : « Après moi, après la première formation, j'ai surtout continué, non pas tellement peut-être pour l'activité professionnelle mais pour la vie personnelle ».

5. MISE EN APPLICATION DE LA PROCESS COMMUNICATION

▪ *Identification du profil de personnalité du patient*

La plupart des médecins interrogés reconnaissaient qu'ils utilisaient la Process Communication uniquement lorsqu'ils étaient en difficulté sur le plan de la communication, c'est-à-dire qu'ils ne cherchaient pas à définir le profil de personnalité de tous les patients qu'ils voyaient en consultation. Lorsqu'il n'y avait pas de problème de communication avec le patient, l'échange restait spontané, sans mettre en place de stratégies de communication ni avoir recours à la Process Communication. En revanche, lorsque le médecin ressentait un blocage, des difficultés dans l'échange, il s'interrogeait sur le profil du patient.

M2 : « quand ça cloche, en effet, je me dis ça ne va pas, donc j'essaye de faire un mixte entre la Process Communication, la PNL, hein, tous les canaux de communication, pour voir ce qui pourrait, ce qui pourrait clocher. Donc là c'est quand ça, ça achoppe vraiment. Et j'essaye de dégager une... des types de personnalités prépondérantes ».

M5 : « Et euh, je pense plutôt avec les patients qui peuvent nous poser problème dans la communication (...) Où ça coince un peu, qui vont nous énerver ou qui vont nous mettre éventuellement en échec... et là je pense que c'est utile parce que une fois que tu suspectes leur base, tu te dis voilà, eux ils fonctionnent comme ça ».

M7 : « je m'en suis servi aussi avec des patients qui me posent des difficultés ».

M8 : « Je m'applique à réfléchir en mode Process Com quand je sens que le feeling n'y est pas, que la communication elle n'est pas là ».

Pour définir le profil du patient, la majorité des médecins étaient attentifs, dès le premier contact avec le patient, à sa présentation, sa tenue vestimentaire, sa façon de se comporter en salle d'attente, sa façon de dire bonjour, le langage verbal et non-verbal qu'il utilise. Tous ces éléments étaient considérés comme des indices pour les médecins afin de déterminer le profil du patient.

M1 : « Alors ça c'est très clairement à l'arrivée du patient, au moment où il s'installe (...). Et pis ensuite donc euh... euh... ben les tenues ben ça oui c'est l'habillement. On sait que, y'a plusieurs choses, y'a l'habillement, y' les mots, y'a le... le non-verbal... fin donc ça permet, ça donne des indications ».

M5 : « la façon dont les gens te disent bonjour, je ne veux pas dire que tu repères la base mais... t'as déjà des petits éléments qui te disent tiens... voilà ».

M6 : « Par contre y'a maintenant avec la Process Com, y'a des tous petits signes qui en fait sont assez évidents, que ce soit le positionnement en salle d'attente, l'heure d'arrivée, l'heure de prise de rendez-vous (...) ».

En identifiant le profil des patients, les médecins arrivaient mieux à les comprendre, à mettre des mots sur leurs réactions et leurs comportements et ainsi améliorer leur prise en charge.

M2 : « donc du coup ben les patients, comme ils sont compris ils vont se prendre plus en charge, on va être beaucoup plus efficace ».

M4 : « Et tout à coup, vous comprenez. Vous comprenez le mode de fonctionnement de ces gens et comment ça découle. Et tout à coup c'est comme si les choses étaient claires. Et c'est exactement ce que j'ai ressenti en faisant de la Process Com, c'est toutes ces choses que je percevais j'avais l'impression qu'il y avait mon puzzle qui se mettait en place quoi ».

M5 : « je pense qu'on comprend mieux les gens et si on arrive à mieux communiquer, c'est vraiment... je pense que ça augmente notre bienveillance par rapport à eux, en disant ben voilà ils ne fonctionnent pas comme moi, c'est tout ».

M9 : « C'est pareil pour la Process Com, c'est que ça met en mots, en théorie, quelque chose dont on avait tous un peu l'intuition, je pense. C'est de dire « attends ce gars qui vient avec ses tableaux Excel avec ses chiffres de tension, il a une façon, il a un filtre pour voir le monde, c'est sans doute les faits ». Bon oui effectivement. Et ben Taibi Khaler il dit ça c'est travaillo ».

Selon les médecins, certains profils étaient plus faciles à repérer que d'autres.

M4 : « Alors ce qui est très facile de repérer c'est les empathiques, les travaillo, les rêveurs ».

Parmi les médecins ayant participé à l'étude, cinq d'entre eux avaient précisé qu'ils inscrivait parfois le profil suspecté de leurs patients dans leur dossiers médicaux, notamment leur base ou leur phase.

M2 : « tout de suite c'est marqué sur mon dossier... ».

M3 : « dans mes antécédents de mes patients je les ai tous répertoriés ».

M5 : « moi je le marque maintenant sur le dossier ».

M11 : « je mets des petites annotations dans les dossiers de certains patients ».

Une des médecins interrogés décrivait qu'elle réussissait à repérer assez rapidement le profil de ses patients en une consultation.

M3 : « en une consult' c'est torché. Ça dépend des fois c'est plus compliqué mais euh, mais très rapidement, rien que sur le ton, le vocabulaire qu'il emploie, sur sa ponctualité, sur tout un tas de choses, on sait à peu près à qui on a à faire en pas très longtemps ».

Pour les autres cela nécessitait plusieurs consultations afin d'apprendre à connaître les patients.

M5 : « je pense qu'il faut plusieurs consultations ».

M11 : « C'est beaucoup plus facile à mettre en place avec les gens qu'on connaît, qu'on voit régulièrement ».

M12 : « on ne peut pas le faire en une consultation, c'est pas possible ».

Les profils les plus caricaturaux, notamment qui ont une base et une phase identiques, étaient facilement identifier par les médecins.

M2 : « les patients sont quelque part catégorisés alors c'est pas bien de catégoriser tout le monde mais de temps en temps c'est tellement caricatural ».

M7 : « y'a des gens c'est des... c'est des exemples vivants de profil ».

M8 : « Y'en a chez qui ça transpire et c'est facile ».

M12 : « Y'en a qui sont faciles à repérer. Comme je vous ai dit, bon les doubles rebelles ou les doubles promoteurs, tout ce qui est double, ça va tout seul (...) Je dis double quand c'est phase et base ».

Un des médecins interrogés décrivait qu'il était parfois difficile de distinguer la base de la phase. De façon générale, les médecins repéraient une tendance du profil du patient sans pour autant définir de façon précise la personnalité et l'immeuble détaillé du patient.

M11 : « Après ce qui est plus difficile, moi c'est là où j'ai arrêté parce que je n'y arrivais plus les formations, c'est le repérage exactement la base, la phase, lequel des deux... c'est très compliqué ».

M12 : « on nous apprend base, phase, phase vécue, on nous apprend que dans l'étage, dans l'immeuble, y'a des... on est plus ou moins cent pour cent machin, ou quarante pour cent bidule ou vingt pour cent machin... Euh, dans la réalité, bonjour ! ».

Pour la majorité, l'identification du profil de certains patients restait encore difficile.

M2 : « Y'a une minorité que je n'arrive pas à cerner. Voilà. Où ça ne fonctionne pas ».

M8 : « Y'a... globalement y'a peu de patients chez qui ça saute aux yeux ».

M8 : « Mais y'a énormément de patients pour qui je n'aurais pas forcément d'idées ».

M9 : « y'a des patients que je n'arrive pas à définir effectivement ».

Ils décrivaient l'existence de personnalités complexes, probablement qui ont plusieurs phases vécues, pour lesquelles l'identification du profil était plus compliquée.

M6 : « ce qu'on peut caractériser de personnalité complexe, c'est les gens qui ont plusieurs phases vécues. Parce qu'en fait, alors ils vont quand même avoir, base et phase très apparent, mais en fait ils vont être assez polyvalents et en fonction des phases... (...) C'est souvent plus compliqué ».

M10 : « Et puis après y'a probablement des patients qui rentrent dans entre guillemets « aucune case », parce que c'est des patients plus délicats ».

Les troubles anxio-dépressifs pouvaient rendre le repérage du profil d'un patient plus difficile selon deux des médecins interrogés.

M8 : « Et pis on essaye de les déchiffrer et pis finalement tout ce qu'elles nous renvoient c'est des indices qui sont biaisés. Donc ça c'est une vraie limite quand les gens ne vont pas bien, essayer de les déchiffrer ».

M11 : « la dame elle est dépressive depuis des années, anxieuse-dépressive, et là je pense que ça trouble aussi quand même ».

Deux médecins évoquaient aussi l'éventualité que les patients pouvaient également s'adapter au profil du médecin durant la consultation, de façon parfois inconsciente, ce qui pouvait brouiller les indices pour déterminer leur profil.

M6 : « peut-être qu'ils s'adaptent aussi ».

M9 : « Des patients qui en fait, peut-être à plusieurs consultations montrent différentes facettes, et du coup je ne sais pas trop bien... Je ne sais pas quelle est leur base, leur phase, ou quel est vraiment... en gros leur filtre du monde parce qu'en fait est-ce qu'ils vont chercher leur ascenseur parce qu'eux-mêmes ils essayent des choses avec moi... ».

M9 : « Pis donc du coup eux-mêmes élaborent des stratégies... Peut-être ».

De plus, durant la consultation le patient pouvait renvoyer un comportement et des signaux qui n'étaient pas nécessaires le reflet de son comportement habituel dans sa vie quotidienne.

M9 : « Ils nous donnent un flash à un instant T, faut le prendre comme tel, c'est un indice mais faut rester modeste tu vois, c'est pas... On s'est peut-être planté d'interprétation, peut-être qu'il est allé chercher un étage qui n'est pas du tout sa phase ou sa base ».

M11 : « Et puis on ne sait pas s'ils sont comme ça tout le temps dans la vie ».

Un des médecins soulignait également des difficultés à repérer les patients rêveurs en consultation sur la courte durée d'une consultation.

M7 : « Le rêveur, il pose des problèmes un peu à tout le monde parce que par principe il ne parle pas trop quoi. (...) Mais ils ne sont pas faciles à identifier parce que je crois qu'on est

surtout rêveur dans sa vie de tous les jours (...) Je pense que c'est des gens qui doivent s'élever un petit peu quand ils viennent en consultation ».

Le temps limité des consultations était présenté comme un frein pour la plupart des médecins pour identifier le profil des patients. Ils précisait qu'il était plus facile d'utiliser la Process Communication avec les patients chroniques qui étaient vus régulièrement en consultation pour pouvoir mieux les cerner.

M8 : « les difficultés c'est le temps (...). Le temps qu'on passe en consult' ne permet pas... (...). Ben faut connaître les gens. Donc quand c'est des chroniques qu'on voit régulièrement, à force, on a l'impression de bien les cerner mais quand c'est des gens qu'on voit une fois de temps en temps à l'arrache, on n'a pas tellement le temps d'aller lui poser les trois questions qui vont nous aider ».

M11 : « Ben déjà c'est le repérage des personnalités, qui est délicat (...). Surtout sur des temps courts ».

M12 : « la Process Com pour l'appliquer c'est chaud hein quand même ! (...) Disons que je pense très honnêtement qu'on n'a pas le temps, en un quart d'heure, de faire un bilan Process Com ».

Un médecin évoquait aussi qu'il serait nécessaire pour lui d'avoir un temps de réflexion avant chaque consultation pour réfléchir au profil éventuel du patient et ainsi pouvoir adapter son discours à celui-ci.

M7 : « La technique principale c'est d'essayer de réfléchir sur un patient que je connais bien... et de réfléchir à son profil en dehors de la consultation et de prévoir quelques petites choses que je vais intégrer à la consultation (...) Notamment sur l'abord des gens, c'est-à-dire les premiers instants ».

M7 : « Il faudrait un temps de... ouais de supervision, fin d'avant quoi, de préparation ».

Quelques-uns des médecins expliquaient qu'avec l'expérience, ils avaient plus de facilités à déterminer le profil des patients.

M8 : « c'est vrai qu'avec le temps et avec l'expérience, on les détecte beaucoup plus facilement ».

M11 : « C'est plus facile je pense avec le temps, parce qu'on connaît un peu mieux nos patients, parce que la routine de consultation est là ».

Plusieurs médecins précisait que malgré le fait que deux personnes avaient le même profil, et donc les mêmes besoins, les mêmes réactions et comportements sous stress, elles restaient malgré tout deux entités à part entière avec leurs propres goûts, centres d'intérêts, etc. Ainsi la définition du profil d'un patient avec la Process Communication ne définit pas à elle seule la personnalité du patient.

M3 : « moi je suis empath' rebelle, j'ai d'autres amis qui sont empath' rebelles, on n'a pas du tout les mêmes centres d'intérêts ! Je veux dire c'est une différence entre, un comportement qui va être prévisible ou des traits de caractère ou... et les goûts (...). Ah mais non, on est clairement pas du tout identique (...) j'ai les mêmes comportements sous stress que mes autres copines empath' rebelles. On va tout de suite se mettre à râler, blâmer l'autre, à rejeter

la faute sur l'autre, ça y'a pas de problème. Mais on n'a pas du tout ni les mêmes centres d'intérêts ni les mêmes goûts ni rien du tout, ce qui fait qu'on est des personnes, des entités, à part entière.

Pour la majorité des médecins, l'identification du profil de personnalité des patients n'était pas toujours aisée. Certains reconnaissaient parfois faire des erreurs dans la reconnaissance et l'identification du profil, surtout au début de leur pratique de la Process Communication. Toutefois, ces erreurs étaient la plupart du temps sans conséquence. Les médecins réajustaient alors leur idée du profil du patient au fur et à mesure de leur pratique. Plusieurs médecins rappelaient l'importance de ne pas juger et catégoriser trop rapidement les patients car cela occasionnait un risque d'erreur important.

M1 : « au début on ne se sent pas, on a peur de mal faire et on a peur de se tromper et on se sent pas légitime quoi. (...) des fois on peut se tromper mais finalement si on se trompe... (...) si jamais tu te trompes ben tu rectifies derrière quoi, tu réajustes ».

M3 : « je pense qu'il y a certainement des erreurs dans, dans la façon dont je les ai... classés (...). Au début on fait des conneries (rire). Parce que, parce que déjà en fait on a cru que un tel était plutôt si ou plutôt ça, pis en fait on a pas du tout utilisé le bon jargon (rire). Euh, ouais des fois je me suis trompée... Après a plus on pratique, a plus c'est facile. Et puis, a plus aussi on avance dans la formation et a plus on rectifie le tir ».

M5 : « tu peux te planter, parfois tu peux croire que ton patient c'est un persévérant et puis en fait c'est un travaillo, au bout du compte je ne sais pas si ça change grand-chose, parce qu'au bout du compte tu apprends à t'adapter en fonction de ce qu'il dit, de ce qu'il te renvoie ».

M8 : « je me suis rendu compte aussi qu'à une époque j'allais beaucoup trop vite sur les... pour identifier ça et que c'était souvent erroné ».

M9 : « j'essaye de temps en temps de me dire « fais gaffe des fois tu peux te planter » et je me suis plantée, ça m'est arrivé mais comme tu dis y'a pas de conséquence monstrueuse mais voilà faut rester modeste dans sa pratique (sourire) ».

▪ *Identification des signaux de stress*

Pour l'ensemble des médecins ayant participé à l'étude, la Process Communication leur avait appris à repérer les signaux de stress des patients. En effet lorsque les patients étaient en stress, cela pouvait altérer la communication entre le médecin et le patient.

La reconnaissance de ces signaux se faisait par l'intonation, les mimiques, la posture ou encore le vocabulaire employés par le patient.

M1 : « je repère les phases de stress et donc les, donc ça c'est surtout sur le... ben oui c'est sur le verbal et non-verbal ».

M3 : « Je vais tout de suite sentir quand il bascule dans le, dans des phases négatives, tout de suite je vais percevoir chez eux des intonations, des mimiques, des retraits (...) Ah ben les mimiques, la posture, le ton, euh, le vocabulaire employé, et là tout de suite on va, je vais sentir, ouh là j'ai dérapé, faut vite que je récupère le coup ».

A chaque profil correspondait un même mode de fonctionnement sous stress. L'identification des signaux de stress du patient pouvait donc être une aide pour définir leur profil de personnalité.

M2 : « j'essaye de dégager une... des types de personnalités prépondérantes, surtout quand le patient est en stress, c'est assez facile de voir les types de personnalité ».

M4 : « quand les gens sont en stress, en fonction du profil de personnalité que vous avez, vous avez toujours la même façon d'être stressé ».

M5 : « Quand t'as quelqu'un qui est devant toi, qui commence à faire son petit Calimero et sa victime, tu te dis « oohh... » ».

M11 : « C'est vraiment les conduites sous stress qui aident ».

En identifiant ces signaux de stress, les médecins pouvaient alors y répondre en adaptant leur discours au patient afin d'améliorer la communication et revenir à une communication +/-.

M1 : « Et donc ça me permet de le, de quand ils sont, quand je sens ça, de les remonter pour que, ben en termes d'échange et de communication, ça se passe mieux ».

M2 : « je vais parler le langage de ces types de personnalité. Je me force, un petit peu, à parler un peu une autre langue que celle de d'habitude, et ça ça ramène tout de suite le patient dans le, dans une communication efficace ».

M4 : « quand vous êtes en stress, la Process Com vous donne l'outil pour pouvoir remettre une communication positive ».

M5 : « quand ce stress est reconnu, déjà c'est, déjà pour répondre, ça aide pour répondre, pis ça aide aussi à faire passer, quand c'est possible, le moment de stress ».

Selon les médecins, les situations de conflit médecin-patient étaient le plus souvent liées à l'existence d'un stress que ce soit pour le patient ou pour le médecin. Ce que le médecin ressentait au départ comme de l'agressivité correspondait le plus souvent à un stress du patient ou inversement.

M1 : « Ben si tu veux, sur le moment je suis, je suis... après je dis ok, la boule là je sais pourquoi, c'est parce qu'il met, il met en cause ma compétence mais finalement s'il la met en cause c'est parce que lui il est surtout très stressé par rapport à sa pathologie et que, il y a des choses effectivement qui sont en train d'évoluer et donc c'est ça, c'est juste que lui il n'est pas bien par rapport à ça ».

M3 : « En plus je fais vite des conneries quand je me sens en difficulté, je fais des bêtises que je ne ferais pas avec quelqu'un avec qui je suis à l'aise. Et après, passé un certain stade de difficulté, je vais finir par agresser ».

M4 : « je pense que l'agressivité est un moyen de défense et que c'est, justement on touche quelque chose quoi. Et que là, à ce moment-là, c'est là je vous dis le stress, vous voyez, c'est comment faire pour reprendre en main la consultation et c'est compliqué ».

M6 : « y'a des comportements, avant la Process Com, que je pouvais considérer comme agressifs ou non respectueux ou voilà, que je vais avoir tendance à lire différemment maintenant, qui sont souvent la traduction d'un stress tout simplement ».

Plusieurs niveaux de stress ont été décrits par les médecins. Le premier niveau de stress, aussi appelé driver, aidait à définir la base du patient. Il était fréquemment perçu en consultation par les médecins sans pour autant que cela altère la communication.

M5 : « Alors le premier niveau de stress de ta base c'est celui qui arrive en premier, on l'a tout le temps. C'est comme ça que tu peux repérer les gens ».

M6 : « ce qu'on appelle le driver, qui est, on va dire le tout premier niveau de stress. C'est pas encore du stress mais c'est ce qui, c'est quelque chose qu'on manifeste très fréquemment (...) Mais, voilà, pour chaque profil, c'est un petit signal qui est lancé, qui va pas forcément vers la cascade de stress mais qui reflète aussi la base. (...) les patients qui rentrent comme ça « je ne voulais pas vous déranger Docteur » etc, ça c'est des drivers d'empathique. (...) Le patient qui commence à se focaliser un petit peu sur les choses qu'on a oublié, voilà ça peut être des drivers de persévérant, qui ne va pas forcément en croisade mais faire un petit truc, pis après ça désamorce ».

M9 : « Et le petit stress de premier degré c'est assez facile à repérer finalement. C'est des petits indices qui en fait nous donnent un petit peu des pistes pour... voilà pour cerner un petit peu le patient. (...) C'est-à-dire que le stress c'est mon petit côté truc. Le travaillo il a son petit côté perfectionniste. Pfff est-ce que vraiment il est mal dans sa peau quand il t'amène un tableau Excel avec ses chiffres de tension en rouge ? Nan ! (...) Ou l'empath' qui s'excuse un peu de vivre, qui dit « Je peux vous poser une petite question Docteur ? ». C'est un stress de premier degré mais c'est mignon et c'est pas pour autant que les gens vont être mal en consult' ».

Les deuxième et troisième niveaux de stress étaient bien identifiés par les médecins mais ces derniers éprouvaient le plus souvent des difficultés à les corriger. Pour certains, lorsque le patient avait atteint un niveau de stress trop élevé, la Process Communication n'était pas suffisante pour aider le patient et il était alors nécessaire d'avoir recours à des outils thérapeutiques qui relevaient plutôt de la psychothérapie.

M5 : « le persévérant, par exemple, qui va être un peu stressé, qui va partir en croisade, je vais pas rentrer dans son truc. Voilà. Je le constate, je dis ben oui effectivement là il est en train de partir en croisade quoi ».

M6 : « là on parlait de driver ou de chose comme ça, on sait que sur des petits stress on peut intervenir rapidement avec des techniques de Process Com, c'est-à-dire en s'adressant correctement, en répondant correctement, voilà pour le ramener légèrement. On sait que s'il est descendu trop bas, la Process Com n'est pas active ».

M9 : « Repérer un stress de deuxième degré déjà, dire y'a un truc qui ne va pas là, on ne s'entend pas, y'a une ambiance qui n'est pas sympa, pourquoi ? Tiens c'est une croisade, il fait une croisade en somme, ou tiens il est en train de sur-détailler, de sur-machin, c'est un travaillo qui ne va pas hyper bien. (...) Les consultations où ça continue à coincer très fort, c'est souvent des stress de deux ou troisième degré, vraiment des gens qui dégoupillent, qui ne vont pas bien (...), quand c'est parti sur du trois..., deuxième degré fort ou du troisième degré, c'est dur d'aller récupérer avec simplement des outils de communication. Là c'est des outils thérapeutiques, et c'est plus nous, c'est les psychologues ».

La Process Communication avait également permis aux médecins d'apprendre à repérer leurs propres signaux de stress et ainsi comprendre pourquoi ils ne se sentaient pas bien dans certaines situations et mieux les gérer.

M1 : « Et là la Process Com c'est ça que ça m'a apporté en fait c'est de... donc ces moments de pas bien j'ai compris à quoi c'était lié ».

M5 : « moi par exemple, après si y'a quelque chose qui me stresse, je vais plutôt dans un premier temps me mettre en retrait. (...) la grosse différence, c'est que quand tu vas en stress, quand tu vas aller un petit peu dans tes sous-sols, c'est que... si, éventuellement, tu piques une colère, je sais pas pourquoi elle est venue, c'est que tu ne descends pas bas. (...) un jour où t'es bof, tu peux peut-être repérer deux trois trucs, en disant ben peut-être que je suis en train de, je suis en train de me mettre dans mon premier niveau de stress ».

M6 : « Quand j'ai vu que ça m'embêtait de lui dire non, alors j'y ai pas pensé sur le moment, mais en fait c'est ça (...). Parce que dans ma tête, maintenant y'a le lien si tu ne sais pas dire non, c'est qu'il y a un problème (...) Donc si ça me pose problème, c'est que je suis déjà en train de rentrer dans le stress. (...) Et donc avec ces petites signes-là, moi je me rends compte... Et si jamais je ne fais pas attention à ça, je redescends d'un étage etc, et ça va de plus en plus, voilà. Donc si je ne fais pas attention à ça, ensuite je descends et moi je vais commencer à titiller un petit peu, à être un peu perfectionniste, à dire à la secrétaire qu'elle a pas fait bien son boulot (sourire), à machin, voilà. Et là c'est que je suis en train de descendre sévèrement donc il faut vraiment se ressaisir ».

▪ Difficultés de communication avec certains profils de personnalité

L'ensemble des médecins interrogés décrivaient avoir des facilités de communication avec les patients qui avaient un profil similaire à eux. Ainsi dans ces situations, la communication restait naturelle, sans nécessité d'avoir recours à des stratégies de communication.

M2 : « Et puis ben pour les autres, les empathiques, les travaillomanes et les rebelles, ben ma foi, c'est assez facile ».

M4 : « Ben déjà les empathiques euh... ils sont comme moi. Donc euh, ça matche tout de suite ».

M6 : « On va dire que pour les autres profils, si on est sur un canal de communication qui me convient bien.... En fait on n'y pense pas ».

M9 : « Les patients empath', les patients rebelles, ça s'est toujours bien passé parce que ça colle... ça colle donc y'a pas d'effort à faire ».

En revanche certains profils de personnalité leur posaient régulièrement des difficultés de communication en consultation. Il s'agissait la plupart du temps de patients ayant un profil éloigné du médecin avec notamment une base ou une phase qui correspondait aux derniers étages de l'immeuble de personnalité du médecin. Pour ces situations, les médecins utilisaient fréquemment la Process Communication afin de comprendre les difficultés de communication qu'ils avaient avec ces patients qui ne leur convenaient pas. La Process Com leur permettait alors de comprendre le fonctionnement de ces patients et pourquoi ils étaient agacés par ceux-ci.

M5 : « moi j'ai un petit peu du mal, je pense que maintenant ça j'ai compris, euh avec les gens qui sont persévérants ou travaillos, puisque moi mes étages du dessus, mes derniers étages ça doit être, mon dernier c'est persévérant, mon avant dernier c'est travaillo ».

M6 : « Après, justement pour certains patients, il peut y avoir, euh, des profils avec lesquels, voilà, on a l'impression que la communication ne fonctionne pas ou des patients qu'on ne comprend pas ou qui ont des attitudes qui nous brusquent, qui nous bloquent, qui ne nous plaisent pas, etc., et qui sont souvent la traduction de personnalités différentes ».

M6 : « Alors, moi, j'utilise... alors du coup j'y pense pour mes trois derniers étages... qui sont, rebelle, persévérant...et promoteur ».

La majorité des médecins rapportaient des difficultés de communication avec les patients ayant une base ou une phase promoteur car il s'agissait d'un profil souvent assez élevé dans l'immeuble des médecins interrogés.

M1 : « Pour moi les promoteurs sont insupportables ».

M2 : « les trois personnalités, euh, qui peuvent me poser problème, euh, alors les deux, on va dire deux majeures, ce sont les rêveurs et les promoteurs ».

M6 : « Et ben justement alors, pour le coup, alors avec les promoteurs, j'utilise beaucoup, je fonctionne presque que avec ce que j'ai appris en Process Com (...) c'est quand même une façon d'être qui ne m'est absolument pas naturelle ».

M7 : « En fait celui qui pose des problèmes à tout le monde c'est le promoteur ».

M9 : « J'ai plus de mal avec les patients qui ont beaucoup de promoteur ».

M11 : « Nan c'est franchement le promoteur avec lequel c'est le plus difficile ».

M12 : « Ben les promoteurs pour les gérer je vous souhaite du courage hein ! (sourire) ».

Peu de médecins généralistes avaient un profil avec une base ou phase promoteur. Les profils promoteurs représentaient seulement 5% de la population générale, ils étaient donc peu nombreux mais rapidement identifiés notamment par les médecins empathiques car leurs profils et leurs modes de fonctionnement étaient très éloignés et posaient souvent des difficultés aux médecins empathiques avec notamment des difficultés pour leur dire non. La Process Communication avaient donc été utile pour les médecins dans ces situations.

M6 : « D'où voilà, par exemple quand on disait tout à l'heure par rapport aux patients qu'on peut rencontrer, typiquement gérer le type promoteur, la Process Com pour moi ça a été une révélation quoi. (...) et en plus pour une base empathique, c'est très difficile, (...) quand on va dans le stress, ne sait pas dire non. (...) Parce que ce qui bloque surtout, fin moi ce qui me bloquait surtout, empathique/promoteur, c'est quand même cette idée de ne sait pas dire non et a envie de faire plaisir. Et c'est vraiment le piège ».

M7 : « Celui-là on a l'impression qu'on le voit partout parce qu'il nous intrigue le promoteur. Alors qu'il n'a rien d'exceptionnel mais il est tellement loin de moi, et normalement il est assez loin de la médecine gé ».

M9 : « Ils ne sont pas beaucoup mais moi je les vois beaucoup puisque du coup je suis une empath' donc je retiens ça « Oh mon dieu ils me font peur, ils sont tous là » alors qu'en fait objectivement nan nan c'est peu. Simplement ça me pose beaucoup de difficultés ».

M11 : « Et nous souvent, la plupart des médecins, on a une grosse part d'empath', et le commercial, le promoteur, on ne peut pas le blairer ».

Un des médecins évoquaient le sentiment de se sentir inférieur lorsqu'il se retrouvait face à un patient promoteur.

M8 : « J'ai du mal avec le promoteur parce que le promoteur me... J'y peux rien, le promoteur me fait sentir inférieur. Et c'est un truc qui me hérisse tout le temps. Parce qu'il a plus d'énergie, parce qu'il a plus d'idées, parce qu'il a plus de machin, et à la fin on se dit, il m'agace celui-là ».

Parmi les médecins interrogés, huit avaient une base empathique, et quatre avaient une base persévérant. Aucun d'entre eux n'avait un profil promoteur dans leurs trois premiers étages. Le profil travaillomane était régulièrement retrouvé dans la phase actuelle ou une des phases vécues des médecins. Seul deux des médecins n'avaient pas de profil empathique ni dans leur base, ni dans leur phase (actuelle ou vécue).

M5 : « Moi je suis base empathique, comme je pense cinquante pour cent des médecins ».

Seul un des médecins avait une phase actuelle rêveur et deux avaient une phase actuelle rebelle. Les difficultés de communication relatées par les médecins étaient le plus souvent liées à leur propre profil de personnalité.

Un des médecins interrogés avait deux phases vécues (empathique et travaillomane). Pour lui, le fait d'avoir plusieurs phases vécues était perçu comme un atout car il décrivait avoir plus de facilités à s'adapter aux différentes personnalités. Il persistait uniquement quelques difficultés de communication avec les profils correspondant à ses deux derniers étages.

M11 : « Moi j'ai déjà eu un grand nombre de phases puisque je suis donc « né » persévérant, j'ai eu une phase empath', travaillomane, rebelle et donc il me manque effectivement promoteur et rêveur. Voilà mon rêveur est tout en haut (...). Ça me demande moins d'énergie, ouais, complètement. Y'a que le promoteur et le rêveur qui me demandent un peu d'énergie (...). Pour les autres c'est naturel ».

Outre les patients promoteurs, les patients de type rêveur sous stress, ou persévérant sous stress posaient souvent des difficultés de communication aux médecins.

M3 : « Moi les persévérants c'est, c'est un gros gros gros problème. Sauf quand ils ne sont pas... des persévérants qui vont bien dans leur tête, j'ai envie de dire ça passe, ok je veux bien faire un débat politique, ça va le faire mais euh, c'est pas les gens qui m'attirent... alors dès qu'ils rentrent un peu, dans leur comportement de stress, qu'ils font du prosélytisme et qu'ils partent en croisade, c'est vraiment pas mon truc, vraiment pas. (...) Et les persévérants, ah c'est, pfff... j'en n'ai pas beaucoup mais... quand je les vois sur le planning, je sue à grosses gouttes ».

Un des médecins expliquait que la communication avec un patient persévérant lui demandait beaucoup d'énergie.

M6 : « persévérant c'est mon cinquième étage mais je pense qu'en énergie c'est quand même ce qui me demande le plus parce que (...) ils sont plus méfiants, ils vont mettre beaucoup plus de temps à vous accorder la confiance ».

Les patients rêveurs, notamment en situation de stress, avaient tendance à se renfermer sur eux-mêmes et donc à peu parler ce qui rendait la communication avec eux plus difficile. La Process Communication a alors permis aux médecins de comprendre le mode de fonctionnement de ce type de patients et donc de s'adapter à eux.

M12 : « C'est-à-dire que pour moi les rêveurs, donc au départ c'était plutôt des casse-couilles, incapables de prendre une décision et puis complètement dans leur monde... (...) Et finalement ben quand on sait qu'ils sont peut-être dans la lune, qu'ils sont tout le temps en train de réfléchir, ça permet de comprendre et moi ça me permet de laisser passer des messages ».

Les patients travaillomanes donnaient parfois l'impression à certains médecins de perdre leur temps ou le sentiment qu'ils faisaient leur travail à leur place.

M3 : « J'en ai plein des travaillos qui viennent avec leur liste. Y'en a qui détestent ça des médecins, qui viennent avec leur catalogue de « je veux ça, ça, ça ». Après quand c'est demandé gentiment, y'a pas de problème ».

M6 : « j'ai des amis qui ne peuvent pas gérer ça du tout, ils ont l'impression que, qu'on vient faire, qu'on fait leur travail à leur place ».

M8 : « Ah les travaillos m'agacent ! Les travaillos m'agacent mais je supporte ».

Pour d'autres, même si leur étage travaillomane était assez élevé dans leur immeuble, ils ne rencontraient pas de difficultés de communication avec ces patients. Une des médecins précisait même qu'elle appréciait travailler avec des personnes travaillomanes car leurs profils se complétaient.

M4 : « Par contre je suis travaillo au dernier étage. C'est-à-dire que moi l'organisation, c'est pas mon truc (sourire). Je suis tout le temps en retard (sourire). (...) Par contre j'adore travailler avec des travaillos. (...) Parce qu'ils sont ce que je ne suis pas ».

M9 : « Les travaillos, très curieusement, alors qu'en fait ils sont très très hauts, je trouve que ce n'est pas si compliqué que ça de parler travaillo ».

Quelques médecins rapportaient des difficultés de communication avec les patients rebelles mais cela ne représentait pas la majorité.

M4 : « euh moi le rebelle j'ai un peu de mal ».

M10 : « les promoteurs et les rebelles je pense que c'est effectivement les plus difficiles pour ma part ».

En identifiant les profils qui convenaient moins au médecin par la Process Communication, cela permettait au médecin d'être plus vigilant avec ces patients-là car il y avait un risque plus important de moins les écouter, de négliger leurs plaintes et ainsi d'entraîner une perte de chance pour ces patients. Ainsi, en ayant conscience de cela, le médecin était plus attentif et restait plus à l'écoute.

M1 : « je disais mais ce gros con, il me fait chier (rire). Et donc évidemment quand tu commences la consultation comme ça, c'est pas l'idéal quand même donc j'ai maintenant, je dis Ah ok, là je sais, lui je le vois tout de suite parce qu'ils ont un comportement où on les repère tout de suite, enfin surtout moi je les repère tout de suite ».

M3 : « j'en ai quelques-uns qui, de toute façon dès le début au téléphone, c'est euh... c'est, ils t'agressent quoi. Donc déjà quand ils arrivent comme ça, je ne suis pas dans de bonnes dispositions pour communiquer et en général je mécommunique ».

M11 : « c'est un promoteur, je le sais donc méfiance. Il va me saouler. Je ne vais pas l'écouter. Donc je vais négliger des choses. (...) les gens qui sont pénibles, qui sont en retard, qui t'agressent, qui savent tout etc... peu importe. Et eux ils ont une perte de chance énorme parce que d'abord ils agressent le médecin (...). La relation est mauvaise. L'écoute est mauvaise. On n'écoute pas ce qu'ils ont dit. Or arrivé à un moment ou à un autre, eux aussi ils ont un infarctus ».

- *Adaptation du discours au profil du patient*

Une fois que les médecins avaient identifié le profil de personnalité du patient, notamment sa base ou sa phase, ils essayaient alors d'adapter leur discours en fonction du profil du patient. Pour cela, le médecin utilisait un canal de communication adapté au patient afin de lui faire passer des messages. Cette adaptation se faisait dès le début de la consultation.

M3 : « c'est m'adapter au canal de communication de mon interlocuteur pour qu'on soit un petit peu sur la même longueur d'ondes et que mon message passe mieux ».

Le fait d'adapter son discours au patient, notamment lorsque celui-ci était en stress, permettait de rétablir une communication positive (+/+). En s'adaptant au patient, le médecin cherchait ainsi à satisfaire le besoin du patient afin qu'il sorte de la consultation satisfait.

M2 : « je vais parler le langage de ces types de personnalité. Je me force, un petit peu, à parler un peu une autre langue que celle de d'habitude, et ça ça ramène tout de suite le patient dans le, dans une communication efficace où il se sent compris même si c'est pas forcément ma communication mais c'est pas grave hein, ce que je veux c'est que la consultation aboutisse à une prise en charge efficiente ».

M3 : « parce que mon travail il s'y reconnaîtra avec moi, je vais être hyper carrée, je vais vraiment lui donner ce qu'il a envie, ce qu'il a envie d'entendre et pareil pour l'empath ou même pour le rebelle. Je vais vraiment faire en sorte qu'ils ressortent contents, satisfaits, heureux et moi aussi ».

Le langage non verbal était également à adapter en fonction du profil du patient. Par exemple, pour un patient empathique, les médecins rapportaient l'importance du contact physique, de bien entourer le patient. L'attitude et le positionnement du médecin à son bureau nécessitaient également d'être adaptés en fonction du profil du patient.

M7 : « l'empathique par exemple, celui qui est vraiment empathique de base où on sent que c'est très prégnant, on va aller un peu l'entourer, pas l'entourer avec les bras mais on va aller

vers lui pour qu'il se sente bien, et puis on va l'installer. Voilà, il lui faut une belle petite place et puis on lui montre qu'il est important et que... qu'on est bien avec lui ».

M7 : « Le travaillomane, on va lui faire de la place sur le bureau pour qu'il étale tous ses trucs. (...) Mais le travaillomane et le persévérant, bah en non-verbal, voilà si on se met comme ça, droit (se tient droit sur sa chaise), on les regarde, déjà ça passe. (...) Alors que l'empathique si on se met comme ça (s'avance sur le bureau, plus proche de l'investigateur), ça passe mieux. Parce que le travaillomane, il ne le supportera pas ça ».

Cette adaptation pouvait aussi être utile en fin de consultation lorsque les médecins faisaient des prescriptions. Ainsi leur prescription était adaptée au profil du patient ainsi que les explications sur l'ordonnance prescrite.

Pour les patients travaillomanes, les médecins soulignaient l'importance d'être à l'heure et d'avoir une bonne gestion du temps de la consultation. Les médecins étaient aussi attentifs aux résultats qu'ils apportaient en consultation, prenaient le temps de les regarder et valorisaient leur travail. L'explication des prescriptions devaient être précise et détaillée tout en allant à l'essentiel.

M3 : « quand je sais que j'ai des travaillos, j'essaye de vraiment pas être en retard. (...) je leur explique pour le coup, leur ordonnance de manière très carré, tiret, tiret, tiret, tiret. Pas de phrases superflues, faut que ça aille, faut que ça aille vite mais faut pas que ça soit bâclé non plus hein ».

M4 : « vous savez c'est le genre de patient qui va vous arriver, vous savez, vous allez le voir au cabinet quand vous serez installée, y'a des gens qui arriveront avec une feuille avec tous les relevés de leur tension. Ah ça si vous ne regardez pas, vous êtes mal barrée hein (rire). Là faut leur dire que « Waouh c'est vachement bien, ça va m'aider à donner un traitement » (sourire) ».

Les patients empathiques nécessitaient d'être entourés dès le début de la consultation, bien installés. Certains médecins parlaient d'une stratégie « cocooning » avec les patients empathiques. Pour ces patients, les explications de l'ordonnance n'avaient pas besoin d'être longues si le patient avait été bien entouré dès le début de la consultation.

M3 : « au quotidien, avec mes empath', je commence toujours ma consultation par quelques minutes de cocooning. (...) non je ne perds pas du temps, parce que si je ne passe pas quelques minutes à leur demander comment vont leurs petits-enfants ou leur fille ou leur chien ou je sais pas quoi, ou même eux comment ils vont, ou si ils ont une jolie coiffure ou de belles boucles d'oreilles..., je sais que la suite de la consultation sera plus pénible. Ils aiment, je sais qu'ils aiment qu'on s'occupe un petit peu d'eux ».

Pour les patients rebelles, le langage ludique et l'humour étaient à privilégier dès le début de la consultation afin d'établir une bonne communication pour le reste de la consultation. Une des médecins précisait que les ordonnances pour ces patients-là devaient être assez courtes pour que le patient y adhère.

M5 : « je rentre dans son jeu et donc je vais avoir deux trois phrases où je vais le taquiner et là c'est bon, après moi je peux rentrer je peux faire mon truc. C'est-à-dire qu'après je peux aller dans d'autres registres, mais en tout cas on a établi la communication ».

Pour les patients promoteurs, le discours devait être direct, en énonçant les choses clairement sans pour autant être agressif. Le principal besoin du patient promoteur était l'efficacité dans le résultat. Il ne fallait donc pas lui faire perdre son temps ni s'attarder sur des explications trop longues ni trop détaillées. Lorsque le médecin faisait des prescriptions à un patient promoteur il lui expliquait essentiellement le but de l'examen ou de la prescription, à quoi cela allait à lui servir.

M6 : « Faut prendre une posture on va dire. Oui, oui je prends une posture. Je dis pas que je jouerai un rôle mais je... voilà. Je me conditionne d'une certaine manière. (...) Promoteur il faut être efficace, il faut être concis, c'est, verbe à l'impératif, c'est directif, hein le canal directif, tac tac tac. Donc ça en fait c'est pas dur. Il faut juste se dire, je ne vais pas me prendre le chou, je ne mets pas de décor, j'y vais cash, je rentre dedans, je pose les choses et c'est comme ça pas autrement. Voilà. Et euh, voilà. Alors l'idée c'est pas non plus de s'opposer brutalement, il faut que le patient sente déjà qu'on a compris ce qu'il voulait et puis que, la solution qu'on lui propose, elle va être facilement, elle va être mise en place rapidement, pas forcément facilement mais rapidement et qui va tout de suite savoir si ça marche ou si ça marche pas. Comme ça si ça marche, c'est bon, on fonce. Si ça ne marche pas, eux ils en ont rien à foutre, ils font autre chose ».

Pour les patients persévérants, l'écoute était primordiale. Pour ces derniers, il était important que leur point de vue ait été entendu et compris même s'il n'était pas partagé. Le médecin devait alors valoriser l'opinion du patient. L'utilisation de la reformulation pouvait s'avérer utile pour s'assurer que les patients aient bien été compris. Les prescriptions données devaient être expliquées au patient et argumentées.

M6 : « Persévérant c'est souvent de la reformulation. Il faut être... il va vouloir être sûr que vous l'avez bien compris donc faut lui reformuler les choses. (...) Ça permet d'être très au clair sur ce qu'on a dit et que l'un et l'autre, on s'assure l'un et l'autre qu'on a bien compris la même chose et qu'on parle bien de la même chose. Et pour le persévérant ça c'est fondamental. Parce que lui ce qu'il va vouloir c'est exprimer son opinion, éventuellement vous la faire partager, parfois vous y faire adhérer, mais en tout cas il faut que l'opinion elle soit claire et reconnue. (...) les persévérants c'est souvent des besoins d'écoute ».

Pour les patients rêveurs, les médecins préconisaient de leur fixer des objectifs tout en leur laissant du temps, sans les brusquer. Le discours utilisé était le plus souvent directif.

M3 : « pour l'ordonnance, c'est souvent leur femme ou leur mari qui gère l'ordonnance parce qu'eux ils se laissent un peu... fin... on mène leur barque. Et si, avec les rêveurs je prends leur rendez-vous chez le spécialiste en permanence. Je prends leur rendez-vous et je note sur l'enveloppe, voilà le rendez-vous c'est telle heure, tel jour, comme ça je sais qu'ils iront sinon ça va... ça va passer à la trappe. (...) Directif. Mais vraiment. C'est, voilà, tu les dirige en douceur. Et ils font. Sinon tu les perds. Voire même les quelques rêveurs que j'ai à domicile, c'est moi qui reprogramme les visites sans qu'ils m'appellent sinon ils ne m'appelleront jamais ».

M9 : « Peut-être face aux rêveurs, moins les brusquer ».

M10 : « Effectivement si c'est le rêveur, lui laisser un objectif mais avec le temps de le faire par exemple ».

L'adaptation du discours au profil du patient pouvait également s'avérer utile lorsque le médecin cherche à initier un changement chez le patient. C'est le cas par exemple pour la perte de poids. En utilisant la Process Communication, une des médecins expliquait qu'elle adaptait son discours à la motivation de la perte de poids du patient. Pour le patient empathique, elle allait chercher ce qui pourrait lui faire plaisir. Pour le patient travaillomane, elle s'attardait sur les faits, les chiffres, et fixait des objectifs avec des échéances. Ainsi pour un même objectif qu'est la perte de poids, les mots employés et les motivations étaient différents selon les patients. Avec la Process Communication le médecin cherchait à apporter au patient des solutions, une motivation qui lui correspondait, selon son profil.

M10 : « Et donc à nous d'essayer de mettre en valeur du coup ce qu'on pense qui va leur plaire. Parce que si on apporte quelque chose, une proposition à quelqu'un qui est contre sa propre nature, ça ne marchera pas. Donc on a intérêt à apporter quelque chose qui résonne en lui comme quelque chose de positif, d'agréable, de faisable ».

- *Utilisation de la Process Communication de façon ponctuelle*

Pour la plupart des médecins, l'utilisation de la Process Communication en consultation restait ponctuelle. Elle n'était pas utilisée tous les jours ni durant tout le temps de la consultation. Le début de la consultation était un des moments où la Process Communication était la plus utile pour établir une bonne communication. Le temps de l'interrogatoire et de l'examen clinique était ensuite plutôt rythmé par le médecin et ne nécessitait donc pas le recours à la Process Communication. En revanche pour la fin de la consultation, au moment de prendre des décisions avec le patient, l'utilisation de la Process Communication s'avérait alors utile.

M8 : « Non je ne l'utilise jamais toute la consultation ».

M8 : « Eventuellement quand on les accueille les patients, c'est utile. (...). La façon de se dire bonjour, la façon de se relancer, ça oui. Mais après, non. Une fois que l'interrogatoire il est lancé, j'ai pas besoin d'utiliser d'artifices... (...). Parce que dans ces cas-là c'est le patient qui s'adapte à nous, fin moi je trouve. C'est moi qui donne le rythme... Voilà. C'est de l'interaction qui n'est pas tout à fait symétrique pour l'interrogatoire. Après oui, quand on fait les conclusions, après l'examen clinique, on s'assoit, on débrieife et là, et là on discute, et là c'est important ».

Pour certains, l'utilisation de la Process Communication n'était pas consciente. Elle ne nécessitait pas de réflexion et restait naturelle. Une des médecins précisait qu'au début la mise en application lui demandait des efforts, puis à force de pratique, cela était devenu naturel.

M3 : « (...) maintenant je ne le fais même plus consciemment ».

M3 : « au début, je réfléchissais à ce que je faisais et maintenant je le fais de manière plus automatique ».

M5 : « Et pis c'est pas conscient, c'est pas calculé. Je ne suis pas là à dire « Ah ben tiens, là il a utilisé tel mot donc c'est du domaine du travaillo et tout... » ».

M6 : « y'en a on le fait sans y penser ».

Pour d'autres, elle était utilisée plutôt a posteriori lorsque la consultation avait posé des difficultés au médecin ou que le résultat attendu n'avait pas été obtenu. Cela permettait alors au médecin de s'adapter et de mettre en place des stratégies pour la prochaine consultation avec ces patients. Un des médecins expliquait que le fait de l'utiliser a posteriori lui permettait de ne pas être perturbé par ses réflexions durant la consultation avec le patient.

M8 : « C'est ceux avec qui je sors de consult' pas satisfait. (...). C'est ceux-là qui font que j'y ferai attention la prochaine fois. Parce que du coup j'y réfléchit. (...) J'analyse a posteriori et je me dis « Ah oui ben l'explication c'est peut-être juste que c'est tel profil et la prochaine fois faut que t'y fasse gaffe ». (...) Mais voilà c'est ça, c'est d'analyser a posteriori, plus qu'à chaud. (...). Ben ça demande une certaine réflexion. Et du coup je ne peux pas réfléchir à trois trucs à la fois donc que... souvent je ne le fais pas ».

M11 : « Et ben ça va être soit de l'analyse rétroactive (...). Quand une consultation ne s'est pas bien passée ou qu'un patient... ou que j'ai du mal à communiquer avec un patient. (...) Entre deux consultations. Qu'est-ce qui... pourquoi ça ne passe pas ? Qu'est-ce qui dysfonctionne etc... ? ».

Un des médecins évoquait la nécessité d'une réflexion avant la consultation pour pouvoir l'utiliser afin d'adapter son discours au patient et d'établir une bonne communication.

M7 : « La technique principale c'est d'essayer de réfléchir sur un patient que je connais bien... et de réfléchir à son profil en dehors de la consultation et de prévoir quelques petites choses que je vais intégrer à la consultation ».

- *Absence de jugement*

Plusieurs médecins rappelaient qu'en utilisant la Process Communication il n'y avait aucune valeur de jugement vis-à-vis des patients et qu'il n'existait donc pas de bon ou mauvais profil de personnalité.

M4 : « y'a pas de mauvaise personne, c'est la bonne personne à la bonne place ».

M5 : « Tu prends les patients tels qu'ils sont... surtout sans aucun jugement. (...) Voilà y'a pas de négatif, y'a pas de positif. (...) c'est pas un jugement c'est, ben voilà les gens ils fonctionnent comme ça quoi ».

M11 : « y'a pas de bon et de mauvais caractères ».

6. BENEFICES DE LA PROCESS COMMUNICATION

- *Pour le médecin*

Pour l'ensemble des médecins interrogés, leur formation à la Process Communication leur avait permis de mieux comprendre le fonctionnement des patients ainsi que les situations qui leur posaient des difficultés en consultation ou qui les agaçaient et donc de s'adapter à ces situations.

M1 : « je connais les situations qui m'agacent, je les ai repérées, et donc je sais pourquoi elles m'agacent et je sais comment y répondre. (...) on va dire ceux où ça ne passe pas, la Process Com j'ai compris. Et maintenant ceux où ça ne passe pas ben j'ai la technique pour faire en sorte que je sais qui c'est, j'ai... donc, le petit mot à l'accueil qui va faire que et ben tout va aller très bien. (...) quand je vois les, les consultations à l'époque qui se passaient mal, j'ai compris maintenant pourquoi, c'était quand les gens euh attaquaient, et notamment sur, sur la compétence professionnelle ».

M3 : « ça m'a permis de comprendre pourquoi j'arrivais pas à communiquer avec un tel ou un tel. (...) vraiment j'ai appris à, à vraiment comprendre les gens ».

M5 : « je pense qu'on comprend mieux les gens et si on arrive à mieux communiquer, c'est vraiment... je pense que ça augmente notre bienveillance par rapport à eux, en disant ben voilà ils ne fonctionnent pas comme moi, c'est tout hein ».

Les médecins avaient appris également à mieux se connaître eux-mêmes et donc à mieux comprendre leurs propres réactions.

M1 : « pour moi, c'est de détecter les moments où moi je ne suis pas bien parce que je sais maintenant à quoi ça correspond et je sais aussi comment y répondre ».

M5 : « mais après je m'en suis voulu, je me suis dit bah non c'était une mauvaise réaction, j'aurais dû lui expliquer que ben non, que même en consultation, quand on n'examinait pas les gens, il devait payer, et pis après, ouais c'est longtemps après où j'ai compris qu'en fait c'est le... le besoin de reconnaissance. Voilà. Le besoin de reconnaissance de l'empathique, y'a pas de raison qu'il ne me... Voilà, ça fait partie du truc ».

Ainsi les médecins avaient un meilleur vécu des consultations et étaient moins affectés par certaines situations.

M3 : « des fois je rentrais triste parce que j'avais l'impression de m'être fait agresser ou qu'on ne m'aimait pas parce que bon voilà, c'est ma base quand même (...) donc souvent je rentrais j'étais contrariée, j'y pensais le soir au lit, je me dis « ah tu vois... », je disais à mon mari « Mme Machin, je crois qu'elle ne m'apprécie pas... », pis alors maintenant... j'ai fini de pleurer quoi. Plus jamais, ça m'est plus arrivé de pleurer pour un patient depuis... (...) Ça m'affecte beaucoup moins ».

M11 : « Mieux vivre les situations. (...) ne pas le revivre le soir, le lendemain... ».

Les médecins avaient appris à prendre plus de recul sur les situations qui les affectaient ou les mettaient en difficultés.

M1 : « j'ai appris à mettre ça de côté alors que, il y a quelques années... à prendre du recul... il y a quelques années, je me serais sûrement énervée, euh, face à lui, et la consultation se serait peut-être mal finie parce que j'aurais dit... voilà, il y a des phrases que je ne dis plus du tout maintenant ».

M4 : « Prendre plus de recul, essayer d'analyser et reprendre une forme de contrôle ».

M5 : « T'as une attitude avec beaucoup plus de recul, beaucoup plus d'observation ».

M6 : « Alors que si on, si on prend le temps, voilà, de poser pis de réfléchir et pis de s'analyser en se disant « ouais mais là t'es en train de réfléchir en stress, t'es pas en train de réfléchir dans un état de base normal », ça veut dire que, au lieu de regarder avec un éventail large, tu regardes les choses dans un tunnel. Et là donc tu ne vois pas tous les éléments (...) Alors moi je prends du recul ».

Certains prenaient également du recul sur leur vision de la médecine. En adaptant leur pratique au patient, ils acceptaient parfois de s'éloigner des recommandations scientifiques pour mieux répondre aux attentes du patient et assurer une meilleure prise en charge.

M5 : « Et tu vas le faire surtout sans, sans être gêné, sans dire Ohlala..., tu vas te dire, parce que nous on est un petit peu briefé, on est dans les recos, les machins, les trucs comme ça, mais c'est pas du tout comme ça que ça se passe dans la vraie vie... ».

La Process Communication avait permis à une des médecins notamment de se détacher, de ressentir moins de culpabilité et d'accepter que certains patients fassent le choix de ne pas se soigner.

M10 : « J'arrive un peu à me détacher de ça maintenant, peut-être en ayant moins de culpabilité à me dire que, effectivement c'est sa personnalité, c'est son choix, il fonctionne comme ça. (...) ça m'a déculpabilisée je pense, de me dire qu'effectivement y'a des patients pour qui en fait, leur fonctionnement est d'une telle façon que soit ils vont laisser beaucoup couler ou euh... qui ne vont pas effectivement se mettre en mouvement mais que ça n'est pas forcément de notre ressort. Pour moi ça a été déculpabilisant de me dire que je ne portais pas la responsabilité de leur non choix ou de leur non action quoi ».

L'utilisation de la Process Communication leur avait alors permis de limiter les situations de conflit et d'agressivité en consultation. En effet, les médecins repéraient plus facilement ces situations et avaient des outils avec la PCM leur permettant de les désamorcer.

M1 : « On va dire que ça évite les clashes quoi. (...) Ben je me rends compte en fait que je ne m'énerve plus donc si je ne m'énerve plus c'est que, c'est que ça va. Les patients qui partent en claquant la porte ça j'en ai quasi plus ».

M4 : « ça vous permet de mieux comprendre pourquoi il peut y avoir des clashes, pourquoi il peut y avoir... et ça vous donne un regard différent. Et en tout cas, à reprendre le contrôle. (...) j'aurais peut-être pu désamorcer certaines situations qui étaient compliquées, (...) je pense que si j'avais eu la Process Com avant, je pense que j'aurais été parfois moins en difficulté ».

Pour certains, la Process Communication avait été une aide pour mettre fin à une relation avec un patient lorsque celle-ci n'était pas adaptée.

M1 : « Et puis si la personne est éventuellement agressive envers moi et bah peut-être dire que s'ils estiment que j'ai pas fait mon travail ou qu'ils sont pas contents de moi ben je leur propose d'aller voir mon confrère ou ma consœur ».

M10 : « là aussi du coup ça m'a permis de prendre conscience que la relation de communication n'était pas une relation adaptée. Et que du coup de toute façon, que ce soit et pour moi et pour lui, pour ses soins, on était dans une situation qui était une impasse ».

M10 : « Et quitte aussi parfois à dire « écoutez du coup je pense que ben je ne suis peut-être pas la bonne personne en face de vous en tant que médecin ». (...) Donc parfois ça les a contrariés que je puisse leur dire ça mais après quand on l'explique et qu'on leur dit que, effectivement, c'est une histoire d'atomes crochus entre deux personnalités et que, y'a des personnes, y'a certains types de personnalité, et ils sont en mesure d'entendre ».

Pour les médecins notamment avec une base ou une phase empathique, la Process Communication leur avait permis d'apprendre à dire non et à exprimer ce qui ne leur convenait pas.

M2 : « depuis la Process Communication, et ben ma foi, alors j'ai souvent moins peur aussi de rentrer en conflit avec les patients ou de perdre un patient, parce que je ne veux pas... je leur dis « écoutez, vous vous avez vos compétences professionnelles, moi je suis médecin depuis trente ans, je connais bien mon travail, je suis un bon professionnel et je garde ce professionnalisme, hein, et je ne peux pas accéder à vos demandes » ».

M10 : « Donc apprendre à dire non et à dire « ben ça ça ne me convient pas » (...) apprendre à dire non en tant que médecin et de se respecter effectivement en tant que personne et ne pas tout donner ».

Tous les médecins rapportaient vivre plus sereinement leur consultation depuis qu'ils étaient formés à la Process Communication.

M9 : « Donc moins de stress, vraiment, dans la communication. Quelque chose de beaucoup plus apaisé. Quelque chose qui pourrait ressembler à « toi écoute je crois que je te comprends, je crois que je vois un petit peu comment tu fonctionnes, on va essayer de discuter différemment parce que tu... voilà t'as pas les mêmes filtres que moi mais on va y arriver ». C'est quelque chose de très rassurant je trouve. Ça apporte vraiment une sérénité. (...) je me sens plus à l'aise, je me sens plus apaisée avec les patients. (...) vraiment surtout le bénéfice il est personnel. Il est dans l'apaisement de la pratique je trouve, dans le fait de se dire qu'on a toujours cet outil qui est très performant ».

M11 : « Les consultations sont plus détendues, ouais. Et puis... probablement y'a moins de remise en cause de soi-même dans les difficultés de relation ».

Une des médecins précisait que la mise en application de la Process Communication en consultation lui donnait le sentiment de bien faire son travail et la valorisait.

M3 : « ce qu'il fait qu'on continue, fin pour moi, continue à aimer mon boulot, c'est que j'ai le sentiment de bien faire mon travail et d'avoir bien communiquer donc je ne suis pas aigrie en me disant « oui ce boulot il me fait chier, j'en ai marre, j'ai envie de changer », ça le rend toujours aussi attrayant en fait ».

Plusieurs des participants à l'étude évoquaient le fait que la Process Communication pouvait être un moyen d'éviter le burn-out pour les médecins. Elle permettait alors aux médecins de se préserver et d'avoir un exercice de la médecine plus apaisé.

M3 : « Ça va me permettre je pense de faire une longue carrière sans, j'espère, sans devenir aigrie. Parce que quand on ne comprend pas les gens, y'a un moment où on a envie de les, de les biffer quoi (sourire). Et là j'ai pas ce problème-là, ou peu, moins. Du coup je pense que dans la durée, je tiendrais peut-être plus longtemps sans être usée, je pense qu'on peut éviter le burn-out comme ça ».

M6 : « ça aidera clairement pour tout ce qui est problématique aussi de burn out, des choses comme ça. Moi je suis un profil typiquement, si je ne fais pas gaffe, j'y vais tout droit. Voilà base empathique, phase travaillo, burn out. Donc faut le savoir. C'est hyper intéressant de le savoir, parce qu'il faut se mettre des garde-fous à soi-même. Pis c'est ce qu'on dit au patient et ce qu'on n'a pas tendance à dire à soi-même ».

M9 : « je pense premièrement aussi pour préserver les professionnels, déjà en priorité. Ça veut dire pour leur donner les outils pour avoir un exercice apaisé qui puisse se faire de façon pérenne sans qu'au bout d'un moment tout le monde dégoupille parce que « aaah les patients ils sont cons, ils ne comprennent rien ». Nan. Ils ne sont pas cons, ils ne comprennent pas rien, c'est juste qu'ils sont différents ».

Pour certains des médecins, notamment ceux qui ont une base ou une phase travaillo, la Process Communication leur a fait comprendre que pour eux la gestion du temps était essentielle. Le reproche d'une mauvaise gestion du temps par un patient était alors vécu comme une agression pour le médecin.

M7 : « quand on m'a dit t'es de phase travaillo et la gestion du temps c'est juste un de tes principes d'existence, je dis ben ouais en fait c'est pour ça que je déteste être en retard, je comprends. (...). Et donc le gars qui rentre et qui me dit « ben vous êtes encore en retard », (...) Ouais c'est une agression, d'emblée ».

Ainsi l'usage de la Process Communication leur permettait de gagner du temps et d'aboutir à une consultation plus efficace. Le médecin adaptait son discours et allait plus rapidement à l'essentiel. En adaptant les prescriptions et les explications au patient, le médecin était plus efficace et donc optimisait le temps de la consultation.

M1 : « y'a des bénéfices pour moi en termes de temps ça très clairement. Comme le temps c'est important pour moi, ça tombe bien, parce que ça me permet de gagner du temps. (...) au lieu de, par rapport notamment à l'accueil et aux questions, ça me permet de cibler la question que tu vas poser, (...) quand les gens sont en stress, de cibler au lieu de tourner autour, tu vois de voir tout de suite quand ça va pas, ça va pas. Donc là ça me gagne du temps, très clairement ».

M1 : « quand tu prends conscience de la manipulation, c'est pas la peine d'y passer quarante-cinq minutes hein, parce que ça ne changera rien ».

M2 : « on gagne du temps, et de l'efficacité surtout ».

M3 : « là où je vais gagner du temps, c'est sur le temps d'explication d'ordonnance. (...) Ah oui oui, je sais exactement qui va me prendre combien de temps et euh, où je vais pouvoir en

récupérer, là où il faut que je fasse attention, comment je vais gérer la situation pour ne pas en perdre ».

La Process Communication permettait également un gain d'énergie pour le médecin.

M3 : « J'ai un vrai gain d'énergie parce qu'il y avait des gens qui me pompaient une énergie de dingue et je m'escrimais à continuer à leur donner des explications ou à essayer de retenir mon agacement, fin maintenant voilà, ça me glisse dessus (...), et je sais avec qui, avec qui je dois passer plus de temps sur tel ou tel sujet donc j'économise mon énergie ».

M6 : « le gros intérêt c'est que, on économise une énergie folle ».

M8 : « Et ça me pompe beaucoup moins d'énergie que de se casser les dents comme je le faisais avant ».

La meilleure compréhension des patients avec la Process Communication aboutissait à une consultation plus efficace.

M2 : « donc du coup ben les patients, comme ils sont compris ils vont se prendre plus en charge, on va être beaucoup plus efficace ».

Un des médecins expliquait que la formation à la Process Communication lui avait permis de repérer les situations de manipulation de la part des patients.

M1 : « (...) alors là c'est pareil ça t'aide parce que, au bout d'un moment tu te dis mais là, ça coince, ça coince, ça coince, ça coince, et donc tu te dis, ah ok alors, si ça coince y'a peut-être de la manipulation (...) je me souviens bien d'un patient qui me, qui cherchait à chaque fois à nous mettre en difficulté et à faire en sorte que c'était lui qui contrôle tout et il faisait tout ce qu'il fallait pour me mettre en difficulté. Et je me disais mais grrrr, grrrr, pis au bout d'un moment j'ai dit c'est bon il me manipule quoi donc euh ben il me manipule, il me manipule donc stop hein, stop ».

M1 : « prendre conscience des manipulations, c'est hyper important ».

Un des médecins expliquait qu'en identifiant le profil d'un patient avec qui la communication était difficile, cela permettait de dépersonnaliser la situation. Ainsi ce n'était pas la personne en elle-même qui posait problème, c'était son type de personnalité qui ne correspondait pas à celui du médecin.

M11 : « Chaque personne se développe dans une communication, une attitude différente et y'a des attitudes qui sont totalement incompatibles avec les nôtres. Et le fait de le savoir, du coup, ben c'est plus la personne qui est en cause. Tout de suite, tu comprends. Y'a un défaut de communication. Voilà. Il ne fait pas exprès. Il est comme ça. (...) En fait, si tu veux, c'est pas la personne en face qui est un connard. Juste c'est un commercial. Mais pourquoi il est commercial ? Ben c'est parce que ça lui va, ça va très bien avec son caractère, sa façon d'être, son envie d'être, ses motivations, etc... Sauf que ces personnalités pour moi, elles sont... elles m'agressent. Je ne les comprends pas, je ne pourrais pas être à leur place, etc... Et donc du coup ça change tout. Tu retournes complètement la difficulté. Ce n'est plus à cause de lui, ce n'est pas à cause de moi. Après du coup ben toi t'as été formé, ben tu vas essayer de te mettre à son niveau de communication et plutôt d'en rire et de l'utiliser. Du coup quand tu sais faire c'est intéressant ».

La Process Communication permettait alors aux médecins de prendre du plaisir à communiquer avec leurs patients y compris avec ceux pour lesquels la communication était plus difficile au départ. Les médecins réussissaient alors à apprécier les qualités de certains profils de personnalités et à ne pas voir que le négatif. Ainsi les médecins essayaient d'ouvrir leur champ de vision pour voir le patient sous différentes facettes.

M5 : « (...) d'arriver à prendre du plaisir avec ton patient, même si c'est un enquiquineur, en fait après t'arrives à prendre du plaisir parce que tu le, tu le vois tel qu'il est dans sa personnalité donc tu te dis bon ben il est comme ça ».

M10 : « Et puis aussi voir le patient sous différentes... différents angles. Et peut-être pas celui sur lequel on était resté au premier abord qui en réalité était peut-être pas forcément adapté ou de se servir et se dire « ben lui il m'agace » ... ».

L'usage de la Process Communication était aussi utile pour le travail en équipe et améliorer les relations interprofessionnelles.

M1 : « quand tu fonctionnes dans une structure avec une secrétaire, des associés et tout, (...) c'est très important de connaître les petites phrases qui vont permettre que les gens se sentent bien tu vois ».

M10 : « on est différent et heureusement, mais on apprend du coup aussi du coup à mieux travailler ensemble puisque du coup on se connaît mieux et qu'on sait le canal de communication de l'autre ».

Pour l'ensemble des médecins interrogés, la Process Communication était avant tout un outil utile pour améliorer leur vie personnelle. Ainsi ils décrivaient que la formation à la PCM leur avait permis un épanouissement personnel et familial en découvrant leurs propres besoins ainsi que ceux des membres de leur entourage.

M1 : « Je sais ce dont moi j'ai besoin pour être bien dans ma vie personnelle et familiale ».

M6 : « le premier apport de la Process Com ça a été vraiment personnel ».

M7 : « tout l'intérêt de la Process Com, à mon avis, c'est d'abord d'essayer de se comprendre soi-même. Moi c'est ça que j'ai adoré ».

M7 : « encore une fois c'est une technique qui me sert essentiellement à moi ».

M9 : « Dans l'implication personnelle c'est formidable ! (...) dans la vie perso ça change tout en fait ».

La Process Communication était présentée comme un outil de développement personnel par la plupart des médecins formés.

M1 : « c'est un outil de développement personnel ».

M7 : « je suis probablement un peu mieux dans ma peau depuis que je connais ça ».

M8 : « Ben au début je l'ai fait, oui je l'ai fait pour découvrir, pis j'ai aimé pour ce que ça me faisait à moi ».

La découverte de leur propre profil de personnalité au cours de la formation leur avait permis d'apprendre à mieux se connaître, de comprendre leur mode de fonctionnement et

leurs propres réactions. Ainsi les médecins comprenaient mieux les situations où ils ne se sentaient pas bien, blessés ou agacés.

M3 : « déjà on apprend à se connaître soi et on commence à se dire mais mince si je ne vais pas forcément bien c'est... c'est peut-être parce que je ne me connais pas, parce que je ne sais pas ce qui me fait du bien et comment aller mieux. Et là ça vous donne beaucoup de solutions pour comment allez mieux soi-même avant d'être mieux avec les autres ».

Pour certains, la formation PCM avait été utile pour améliorer leur relation de couple ou avec leurs enfants.

M7 : « Accessoirement y'avait mon épouse donc j'ai appris à la connaître aussi, donc ça m'a servi à moi, ça nous a servi à nous. (...) dans ma famille, ça m'a beaucoup aidé, ça m'a aidé avec mes enfants. (...) Dans un couple, c'est juste génial. C'est... pour se comprendre dans un couple, pour peu qu'on soit assez différent, c'est extraordinaire. Parce qu'on arrive à faire redescendre très vite. Tu sais pourquoi ça monte et tu sais à peu près ce qu'il faut dire pour que ça redescende ».

M9 : « Et en fait je pense qu'on a tous voulu en rentrant chez soi, se dire « c'est quoi l'immeuble de mon conjoint ? » (rire). Alors avec des... déjà des présupposés, en se disant moi je pense qu'en tout cas il y a un peu de ci, il y a un peu de ça... Ou typiquement sa mère, tu vois (sourire). Comment elle est ma mère ? Ou mon fils ? Voilà. En tout cas des gens qui comptent et qui sont... qui ont été là au quotidien et se dire « ah mais c'est peut-être pour ça que, quand on a eu ça, on ne s'est pas compris... » ou « c'est pour ça que j'ai été éduqué comme ça peut-être aussi », « c'est pour ça que j'éduque comme ça mes enfants... », « c'est pour ça qu'avec mon conjoint ça vaille toujours sur ces points-là ou qu'au contraire on s'entend sur ces points-là » ».

Un des médecins expliquait qu'en participant à cette formation il avait pu comprendre qu'il existait d'autres façons de voir le monde et cela lui avait donc permis une ouverture d'esprit en essayant d'observer les situations de ses six différents points de vue.

M6 : « je sais que dans le monde dans lequel je vis, y'a d'autres façons de voir le monde, d'autres façons de voir ce problème-là, d'autres solutions et vers quelles solutions je vais aller quoi. Ça ouvre complètement l'esprit ».

La Process Communication apportait donc en premier lieu un bien-être personnel aux médecins interrogés avant de leur être utile sur le plan professionnel.

M3 : « Et avant d'être utile dans mon boulot, ça a été pour moi... ça m'a permis de comprendre pourquoi j'arrivais pas à communiquer avec un tel ou un tel ».

M8 : « Ça m'aide dans mon travail, ça m'aide un peu. Mais c'est surtout à moi que ça fait du bien ».

M9 : « vraiment surtout le bénéfice il est personnel ».

- *Pour le patient*

Plusieurs des médecins interrogés expliquaient qu'ils donnaient parfois des outils de Process Communication à leurs patients pour les aider dans certaines situations.

M1 : « Par exemple, je me souviens une fois d'une... d'une patiente que j'avais vu en consultation, qui était manifestement en burn-out, et en fait, j'avais tout de suite vu que c'était..., ben je sais pas si tu connais, mais, très clairement elle était rêveuse, et si tu veux dans son travail, elle avait jamais de temps pour elle et jamais de temps pour ne rien faire. Et donc je m'étais permis de lui dire mais réfléchissez, essayez peut-être de, de voir les choses différemment et de vous dire que vous vous avez besoin de moments, vous avez besoin sûrement de moments où vous devez être toute seule ».

M9 : « Y'a pas mal de patients à qui j'ai même parlé de la Process Com complètement. (...). Et que, un truc qui coince au niveau professionnel ou personnel, ils pourront peut-être avec cet outil-là le dégoupiller eux-mêmes, comme nous on le fait avec nos patients en fait ».

La Process Communication pouvait être une aide pour les patients pour améliorer leurs relations intra-familiales.

M3 : « (...) une maman qui est une pure travaillo base/phase, alors elle, l'heure c'est l'heure, et son aîné est pareil et la deuxième c'est une rebelle et elle, donc elle est systématiquement en retard pour mettre ses chaussures ou pour enfiler son blouson, ce qui fait qu'il y a l'aîné qui pleure parce qu'il va être en retard à l'école et sa mère qui tape sur la montre en disant « dépêche-toi, dépêche-toi, dépêche-toi », pis alors forcément la petite, elle met encore, elle va mettre dix plombes pour enfiler son blouson juste parce qu'elle a envie de rigoler un coup quoi. Donc voilà je lui ai dit voilà votre fille elle fonctionne, vous n'allez pas lui faire peur en lui disant qu'elle va être en retard, clairement elle s'en fout. Donc voilà il faut amener le truc d'une manière ludique, tu dis, « allez à trois on met tous nos baskets, le premier à la voiture il a gagné ». Il faut vraiment donner des espèces de petites clés et leur faire comprendre que leur enfant n'a pas forcément la même langue maternelle qu'eux et que ça peut créer des perturbations dans le canal ».

M3 : « pour les thérapies de couple ça serait formidable ».

En donnant des outils de Process Communication aux patients cela pouvait leur permettre de comprendre les difficultés de communication qu'ils pouvaient avoir avec certaines personnes notamment lors de situations de conflit au travail.

M3 : « dans le monde de l'entreprise, quand je vois tous les... J'ai beaucoup de patients qui sont en souffrance ».

M8 : « Et j'ai eu expliquer les bases de la Process Com à une patiente en difficulté dans son boulot et qui est revenue un jour en me disant « J'ai compris. J'ai compris pourquoi ça ne va pas avec mon collègue ». Et elle m'expliquait, c'était une pure situation de mécommunication entre deux profils différents et ça ne passait pas. (...) Je lui ai expliqué grossièrement pis elle a fait quelques recherches (...) elle s'est formée d'elle-même, elle a regardé et elle m'a dit « voilà je comprends ce qu'il se passe » et du coup ça peut aider les gens, même sans nous ».

M9 : « c'est-à-dire que tu leur donnes cet outil-là, peut-être que cette personne-là qui te parle des difficultés avec son patron, elle va avoir certains filtres, pouvoir discuter différemment, pas se péter le burn-out derrière qui fait cinq mois d'arrêt ».

Toutefois certains médecins précisait que l'outil de Process Communication n'était pas donné à tous les patients. Le sujet était évoqué uniquement avec les patients qui y semblaient intéressés ou avec les patients qui décrivaient des difficultés de communication avec leur entourage familial ou professionnel.

M9 : « les gens qui sont intéressés par la communication, ils sont certainement un petit peu à l'écoute d'eux-mêmes. Donc c'est pas tous les patients... (...) Mais à ceux qui (...) voilà qui y sont intéressés et sont sensibles. Qui se disent « Tiens, il manque quand même quelque chose », qui sont déjà à l'écoute d'eux-mêmes... (...) Pour le patient je pense qu'on peut lui filer cet outil clairement, pour ceux qui, en tout cas ont cette curiosité. Parce qu'on le sent en consult' quand ils se posent des questions « tiens mais comment mon collègue il fonctionne c'est pas possible, parce qu'on arrive pas à se comprendre quoi », hop, ben allez, toi, on en discute ».

Une des médecins expliquait qu'elle conseillait alors à ses patients de lire des livres qui abordaient le sujet de la Process Communication.

M9 : « J'ai eu plusieurs retours de personnes qui m'ont dit « écoutez c'était pas mal du tout votre bouquin ». (...) Et eux-mêmes me disent que c'est relativement facile d'accès dans leur vie courante ».

En utilisant la Process Communication, les médecins supposaient que les patients se sentaient plus écoutés, mieux compris et ressortaient plus satisfaits de la consultation.

M2 : « donc du coup ben les patients, comme ils sont compris ils vont se prendre plus en charge, on va être beaucoup plus efficace ».

M3 : « l'outil principal c'est la bonne communication apaisée, où les gens se sentent ou écoutés ou compris (...). Je vais vraiment faire en sorte qu'ils ressortent contents, satisfaits, heureux ».

M7 : « Y'a certainement des gens avec qui on parle mieux donc forcément ils en bénéficient aussi ».

M8 : « Y'a un bénéfice euh... pour mes patients... Je pense qu'il y en a qui sont... qui se sentent plus compris. (...) Ceux à qui j'ai vraiment essayé de faire attention, je note que, ben j'ai l'impression qu'ils sortent plus satisfaits ».

- *Pour la relation médecin-patient*

L'utilisation de la Process Communication s'avérait utile selon la plupart des médecins interrogés, notamment pour la prise en charge des patients ayant des pathologies chroniques. Le médecin et le patient se sentaient mieux entendus et compris, ce qui favorisait l'initiation au changement pour les patients.

M4 : « Et on est dans la médecine chronique, on n'est pas dans la médecine aiguë hein. (...) Et je pense que, la Process Com fait partie de ces outils qui vont vous permettre justement de permettre au patient d'aller vers l'objectif que vous lui avez fixé ».

M11 : « pour qu'il y ait de l'adhérence, de l'adhésion thérapeutique, de l'observance, tous les mots que tu veux dire... il faut que ça vienne du patient quand même. Faut que ça soit son choix. Et donc à nous d'essayer de mettre en valeur du coup ce qu'on pense qui va leur plaire. Parce que si on apporte quelque chose, une proposition à quelqu'un qui est contre sa propre nature, ça ne marchera pas. Donc on a intérêt à apporter quelque chose qui résonne en lui comme quelque chose de positif, d'agréable, de faisable. (...) Il faut arriver à trouver avec quoi ça résonne pour eux ».

En adaptant la prescription médicamenteuse au profil des patients, les médecins amélioreraient l'adhésion au traitement du patient. Ainsi la prise en charge des patients était alors optimisée et plus efficace.

M5 : « tu apprends à t'adapter en fonction de ce qu'il dit, de ce qu'il te renvoie. Peut-être qu'on se met plus facilement, on s'harmonise plus facilement avec le patient ».

M9 : « on ne va pas expliquer à tous les patients en fait l'intérêt voilà... Par exemple pour l'observance d'un traitement anti-hypertenseur, pour le promoteur on va lui dire à quoi ça peut lui servir concrètement. A l'empath' on va travailler un petit peu autour de l'émotionnel, (...). Au rebelle on va lui parler un peu ludique etc. (...) Mais oui voilà pour prescrire le truc, de toute façon, on peut l'améliorer... On ne va pas l'amener de la même façon ».

M9 : « dès lors que la communication est améliorée, l'observance peut être améliorée ».

La Process Communication permettait d'améliorer la relation médecin-patient car elle diminuait les situations de conflit.

M1 : « On va dire que ça évite les clashes quoi ».

M3 : « J'arrive à ne plus m'énerver ».

Pour certains, l'usage de la Process Communication en consultation n'influaient pas sur le résultat final de la consultation mais cela permettait qu'il y ait une relation entre le médecin et le patient plus détendue et plus efficace.

M3 : « Et grâce à ça, (...), en tout cas on a d'excellents rapports avec nos patients, vraiment, et ça me fait du bien ».

M6 : « c'est un outil qui permet d'être efficace, mais efficace pas en termes de, ça me permet de faire autre chose et j'en n'ai rien à faire, au contraire d'être efficace dans le soin. C'est-à-dire s'adresser correctement au patient et aussi être en capacité de l'entendre. C'est-à-dire que, ne pas être que sur les demandes que nous on perçoit mais vraiment sur ce que le patient veut nous dire. (...) on est beaucoup plus efficace. Et c'est vraiment, voilà, ça sert la relation médecin/patient ».

M8 : « Parce que la finalité de la consultation la plupart du temps, je viens, tel problème, on va discuter, paf, et pis on propose une solution. Quel que soit le profil, quel que soit la discussion, quel que soit la relation qu'on a eue tous les deux, c'est rare que ça influe sur le résultat. Y'a que quand y'a des décisions importantes, des trucs... Donc au final, ça ne change rien. Par

contre ce qui change, c'est la position qu'on prend, l'un et l'autre, je ne vais pas dire le plaisir, mais la détente qu'on a dans notre relation ».

Deux des médecins ayant participé à l'étude soulignaient que l'utilisation de la Process Communication pouvait parfois être une alternative à la prescription de médicaments et notamment d'anxiolytiques.

M1 : « je m'en sers pour euh... pour des fois ne pas prescrire d'anxiolytiques ».

M9 : « Plutôt que de leur donner un médoc' ou un truc comme ça, leur donner cet outil ».

7. LIMITES DE LA PROCESS COMMUNICATION

Pour plusieurs des médecins interrogés l'utilisation de la Process Communication avait peu de limites.

M3 : « je ne suis pas sûre qu'il y ait de limites ».

M4 : « je ne pense pas qu'il y ait de limite ».

Pour d'autres, la Process Communication avait des limites et ne pouvait pas résoudre toutes les situations difficiles de communication rencontrées en médecine générale.

M1 : « La Process Com ne résout pas tout quand même ».

M6 : « c'est une connaissance de fonctionnement de l'homme on va dire. De l'homme en société. En relation. Voilà, c'est tout. Après ça ne va pas guérir le cancer. (...) on ne peut pas tout gérer avec la Process Com (...), on sait que sur des petits stress on peut intervenir rapidement avec des techniques de Process Com, c'est-à-dire en s'adressant correctement, en répondant correctement, voilà pour le ramener légèrement. On sait que s'il est descendu trop bas, la Process Com n'est pas active. Donc là on peut dire qu'il y a une limite si vous voulez ».

M10 : « Alors y'a des patients pour qui je suis toujours en difficulté malgré la formation Process Com ».

M11 : « le problème c'est que la communication c'est à deux quand même. Donc quand les deux ont fait la Process Com ça marche très bien. Quand y'en a un qui a fait la Process Com, ben c'est mieux que quand il y en a zéro, mais ça ne suffit pas ».

La Process Communication ne remplaçait pas une prise en charge psychologique par exemple pour les patients en souffrance. De façon générale, lorsque les difficultés rencontrées relevaient de la psychopathologie, la Process Communication était le plus souvent insuffisante pour y remédier.

M1 : « bon quand il y a besoin d'une prise en charge psychologique, voilà, on voit aussi que là on ne va pas faire euh hein... ».

M6 : « un gars qui fait une croisade devant vous, voilà, il fait sa croisade pis basta. Et pis après une fois que c'est fait, c'est fait. Mais bon, voilà, vous ne le ferez pas changer là en claquant des doigts. C'est un mal-être qui est profond... ».

M8 : « Donc ça c'est une vraie limite quand les gens ne vont pas bien ».

Il n'était pas possible d'utiliser la Process Communication en permanence selon la majorité des médecins. Plusieurs médecins attiraient donc l'attention sur le fait de rester vigilant à ne pas en faire trop et de ne pas tout passer au crible de la Process Communication. Il était important de garder de la spontanéité dans la relation avec les patients.

M2 : « l'autre limite, c'est qu'on ne peut pas être dans la Process Communication tout le temps ».

M9 : « Et après faut... fin... c'était un petit peu notre travers à tous quand on a fait la session de Process Com, c'est que tout n'est pas forcément à passer au crible de la Process Com non plus parce que c'est... cette espèce de graal au début et c'est... ça reste un très bon outil ».

Certains mettaient en garde sur le fait de ne pas dévier vers la manipulation des patients. Deux des médecins précisaient toutefois que la Process Communication n'était pas de la manipulation car l'objectif était un but thérapeutique, bénéfique pour le patient et dont le médecin ne tirait pas profit.

M2 : « La première limite ça serait euh, pas loin de manipuler les personnes. Alors sauf que la manipulation c'est dans un but qui n'est pas sain alors que là c'est une manipulation où on va vers un but thérapeutique, qu'on peut imaginer louable ».

M4 : « je ne pense pas qu'il y ait de manipulation. Vous ne pouvez pas avoir de manipulation. Puisque finalement vous ne pouvez pas manipuler le patient puisque le patient il est ce qu'il est. Donc vous ne pouvez pas le manipuler ».

Certains émettaient des réserves sur la fiabilité des tests de personnalité qui étaient réalisés, avec une possibilité d'erreur.

M1 : « quand tu fais le truc de personnalité, (...) c'est des questions donc tu peux te dire mais... y'a quand même aussi des limites, suivant comment on répond. Et nous on a vu des gens qui étaient, c'était pas juste, je sais pas comment ils avaient compris, comment ils avaient répondu, mais c'étaient pas du tout... (...) Et après, donc tu réponds à des questions, pis après, tu te dis qu'il y a une machine qui va mouliner ça et pis qui va te sortir ton étage donc, c'est un petit peu... faut pas non plus résoudre, enfin réduire l'humain à des calculs mathématiques d'une machine... ce qui fait que y'a des fois ils se trompent, des fois ils peuvent se tromper ».

M5 : « je ne suis pas sûr que les immeubles soient toujours complètement justes, enfin, ils sont relativement justes j'ai l'impression ».

Une autre des limites de la Process Communication était qu'ils ne réussissaient pas à caractériser le profil de tous les patients. Certaines personnes restaient difficiles à cerner.

M2 : « On ne peut pas catégoriser toutes les personnes. (...) Y'a une minorité que je n'arrive pas à cerner. Voilà. Où ça ne fonctionne pas ».

M7 : « Les limites c'est, ben ne pas pouvoir définir les profils des gens ».

M8 : « Les limites c'est qu'il y a des... y'a des profils fantômes. Les profils qui ne sont pas, qui ne sont pas clairs. (...) Et pis on essaye de les déchiffrer et pis finalement tout ce qu'elles nous renvoient c'est des indices qui sont biaisés ».

M12 : « Ça ne marche pas forcément donc avec tout le monde ».

Plusieurs médecins précisait également que le médecin pouvait parfois ne pas réussir à s'adapter au patient selon son humeur ou son état de fatigue.

M3 : « et puis que des fois on n'a surtout plus l'envie. Je ne sais pas si c'est une limite de la Process Com mais en tout cas c'est ma limite à moi. C'est que des fois j'ai pas envie ».

M10 : « Je dirais que les jours où je suis fatiguée je prête peut-être moins attention ».

La notion de « mettre des étiquettes » aux personnes avait été soulevée par plusieurs médecins avec des avis divergents sur le sujet. Pour certains, il ne fallait pas réduire les patients à une étiquette et avoir conscience de la possibilité de changement et d'évolution du profil du patient. Pour d'autres, la Process Communication ne mettait pas les personnes dans des cases mais était seulement un mode d'emploi pour comprendre le fonctionnement des individus. Enfin pour deux des médecins la notion de « mettre des étiquettes » était pleinement assumée sans pour autant que cela ait de connotation négative.

M1 : « il ne faut pas non plus mettre des étiquettes. Parce que je vois des fois dans les médecins qui sont formés un peu mais pas trop, ils mettent des étiquettes partout et c'est trop réducteur de mettre des étiquettes. Et puis en plus comme les gens peuvent changer euh, c'est pas parce que tu as une étiquette à un moment donné que... et puis tu navigues quand même dans des... tu navigues, hein donc euh. C'est ça la limite, faudrait pas que ce soit réducteur sur une étiquette ».

M8 : « Moi je pense que c'est mettre des étiquettes. Ouais, si. Y'a des grands, y'a des petits, y'a des diabétiques, des pas diabétiques, pis y'a des empathiques, des travaillos et ça... ouais moi je le conçois comme ça... Je n'ai pas de problème avec ça. (...) Non ils ne sont pas identiques mais ils ont un mode d'emploi qui est commun ».

Une autre des limites de la Process Communication était la difficulté de la formation. La Process Communication restait une technique complexe. Pour beaucoup, il était nécessaire de faire une formation complète pour pouvoir bien la maîtriser et l'utiliser en pratique en consultation. Cette formation demandait beaucoup d'énergie et de temps. Pour que la technique de Process Communication soit bien assimilée, certains préconisaient la nécessité d'un travail personnel en plus des temps de formation. Le manque de temps était souvent rapporté par les médecins comme un frein à la mise en application de la Process Communication en consultation. Par ailleurs une des médecins précisait que la communication avec le patient pouvait parfois être perturbée par des facteurs extérieurs liés au fonctionnement du cabinet (téléphone, administratif...), ce qui empêchait le médecin d'être pleinement à l'écoute du patient. Pour pouvoir être utilisée à bon escient, certains indiquaient qu'il était nécessaire de retravailler la Process Communication en permanence.

M1 : « c'est quand même dure la formation, fin c'est quelque chose qui ne s'acquière pas de manière simple ».

M4 : « j'ai pas suffisamment la maitrise pour pouvoir vraiment bien l'utiliser, même si j'ai certaines notions ».

DISCUSSION

I. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

Cette étude a mis en évidence plusieurs grandes tendances concernant l'apport de la Process Communication dans la pratique en médecine générale. La découverte de la Process Communication avait permis à l'ensemble des médecins interrogés de mieux comprendre les situations de communication difficiles avec certains patients au cabinet. Cela leur avait également permis de mieux comprendre leurs patients, leurs modes de fonctionnement ainsi que leurs réactions lorsqu'ils étaient en stress. Ainsi les médecins pouvaient alors mieux s'adapter à leurs patients afin de rétablir une bonne communication et d'aboutir à une consultation plus efficace. Outre une meilleure adaptation au patient, la formation à la Process Communication était avant tout bénéfique pour le médecin lui-même. Cela leur avait permis d'apprendre à mieux se connaître eux-mêmes, comprendre les situations où ils ne se sentaient pas bien et décrypter leurs propres signaux de stress. La Process Communication leur apportait ainsi un meilleur vécu des consultations, en prenant plus de recul et en ayant un exercice plus apaisé et serein. Toutefois, même si les médecins décrivaient cette formation comme essentielle pour leur pratique, ils soulevaient quelques limites à cette technique de communication. La Process Communication restait une formation difficile et complexe, qui demandait du temps et de la maîtrise pour pouvoir bien l'appliquer et qui ne pouvait pas résoudre toutes les situations difficiles de communication.

II. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1. FORCES DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude originale par le sujet abordé. En effet, de nombreuses études abordent la problématique de la communication en médecine générale et de la relation médecin-patient. Toutefois, aucune n'étudie l'utilisation de la Process Communication.

Le choix d'une méthode qualitative a alors permis une ouverture de la parole et de faciliter l'émergence d'un maximum d'idées sur le sujet. Les entretiens semi-dirigés permettaient à l'investigateur de conserver une position neutre tout en ayant la possibilité de relancer le dialogue à l'aide de questions ouvertes.

L'obtention de la saturation des données permet de renforcer la fiabilité de l'étude en recueillant un maximum d'idées sur le sujet.

2. LIMITES DE L'ETUDE

- *Biais de recrutement*

Les médecins qui ont participé à l'étude ont été contactés par email par la personne responsable de l'organisation des formations de Process Communication en Bourgogne-Franche Comté. Ils ont donc tous participé au même type de formation ce qui peut occasionner un biais de recrutement car cela ne représente pas l'ensemble des formations PCM faites en France.

- *Biais de sélection*

Après avoir été contactés par mail, seuls les médecins intéressés par le sujet et désirant participer à l'étude se sont mis en lien avec la thésarde. Par ailleurs parmi les médecins interrogés, neuf d'entre eux étaient maîtres de stage ce qui peut laisser supposer que les médecins impliqués dans l'enseignement sont plus sensibilisés à la problématique de la communication.

- *Biais d'interprétation*

Le fait qu'il n'y ait qu'un seul investigateur est une limite de l'étude. Etant donné qu'il n'y a pas eu de triangulation des données, on ne peut exclure que les opinions de l'investigateur aient pu influencer les résultats de l'étude. L'encodage des données est soumis à l'interprétation du chercheur. La compréhension, la sélection et l'analyse des verbatims ont pu être à l'origine d'une interprétation erronée des données. D'autre part, la technique de l'investigateur a pu s'améliorer au fil des entretiens ce qui a pu occasionner une différence dans le recueil des données d'un point de vue qualitatif.

- *Biais d'échantillonnage*

Les caractéristiques démographiques des médecins interrogés semblaient tendre vers celles des médecins généralistes en France, sans toutefois les atteindre ce qui ne permet pas de conclure à une représentativité de l'échantillon. En effet, selon l'atlas de la démographie médicale en France de 2020, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière en France était de 50,1 ans et les femmes représentaient 50,4% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (14).

III. INTERPRETATION DES RESULTATS ET MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS PAR RAPPORT A LA LITTERATURE

Selon l'étude, l'ensemble des médecins interrogés ressentaient un manque de formation en communication durant leur cursus d'études. Ce besoin de formation ressenti était déjà décrit dans de nombreuses études sur la problématique de la communication (15). Toutefois, il semble que cet enseignement soit en train d'être développé dans les facultés. En effet les témoignages des médecins interrogés les plus jeunes semblent décrire une tendance vers le développement de séminaires ou d'enseignements sur le sujet de la communication.

Les différentes formations auxquelles ont pu participer les médecins interrogés, y compris la formation Process Communication, se sont déroulés dans le cadre de leur formation médicale continue. Ces enseignements étaient donc à l'initiative des médecins eux-mêmes. On peut donc supposer que les médecins formés en communication sont donc déjà des individus qui sont sensibilisés ou qui portent un intérêt spécifique au sujet et qu'ils sont donc plus attentifs à leur manière de s'exprimer ou à la façon dont le patient s'exprime.

La découverte de la Process Communication avait alors été une aide pour les médecins pour mieux comprendre les situations de communication difficile au cabinet. Ils rapportaient en revanche ne pas avoir recours à des stratégies de communication lorsque la communication avec le patient se passait bien. Ces résultats semblent en accord avec ceux d'autres travaux sur les stratégies de communication des médecins généralistes (16).

En pratique, les médecins utilisaient donc les techniques de Process Communication en consultation principalement lorsqu'ils étaient mis en difficulté. A ce moment-là, ils s'interrogeaient sur le profil du patient. En identifiant le profil du patient, le médecin pouvait alors comprendre ce qui pouvait occasionner des difficultés de communication notamment lorsque le profil du patient était très éloigné de celui du médecin. Le médecin pouvait ainsi chercher à s'adapter au patient, en fonction de ses besoins pour rétablir une bonne communication. Les difficultés de communication pouvaient également être liées à des situations où le patient ou le médecin lui-même était en stress. La formation à la Process communication avait alors permis aux médecins de repérer ses signaux de stress et d'essayer d'y répondre. Toutefois lorsque le niveau de stress était trop élevé, il était parfois difficile pour le médecin d'y répondre. Ceci est donc une des limites de la Process Communication. Même s'il s'agit d'un outil utile pour les médecins généralistes, il n'était pas suffisant et exclusif pour résoudre toutes les situations. Il était donc nécessaire que la Process Communication soit complétée par d'autres techniques de communication ou thérapie.

L'usage de la Process Communication avait été présenté par les médecins comme un outil utile pour limiter les situations de conflits ou d'agressivité en consultation. En effet, nombre de ces situations sont le plus souvent liées à des défauts de communications. Plusieurs travaux semblent également en accord sur ce point (17).

Le médecin était le premier bénéficiaire de la Process Communication selon cette étude. Ainsi le médecin apprenait à mieux se connaître lui-même, comprenait mieux ses propres réactions et donc avait un meilleur vécu des consultations. La Process Communication était pour lui un gain de temps et d'énergie, permettant une consultation plus efficace. Plusieurs médecins évoquaient l'idée que la Process Communication pouvait alors être un moyen d'éviter le burn-out du médecin. On peut en effet supposer qu'en étant plus apaisé, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel, le médecin pouvait alors mieux se préserver et donc éviter l'épuisement lié au burn-out.

Le bien-être du médecin avait alors un retentissement direct sur l'amélioration de la relation médecin-patient. Le bénéfice de la Process Communication sur la relation médecin-patient était également l'amélioration de l'adhésion au traitement du patient. En effet, en adaptant les prescriptions et les explications données au patient selon son profil, le médecin allait apporter des solutions et des motivations plus adaptées au patient. Le patient allait alors se sentir mieux entendu et compris et donc se sentirait plus investi dans sa propre prise en charge.

La Process Communication semble donc être un outil utile en médecine générale pour améliorer la relation médecin-patient. Plusieurs médecins interrogés ont d'ailleurs soumis l'idée que cette technique soit enseignée à l'ensemble des étudiants en médecine à la faculté ou du moins qu'ils y soient sensibilisés afin qu'ils puissent ensuite, s'ils le désirent poursuivre leur formation et développer leurs compétences dans ce domaine. La nécessité d'un enseignement et d'un apprentissage de la communication fait en effet consensus pour l'ensemble des experts dans le domaine de la communication. (18)

Il pourrait donc être envisager de mettre en place une initiation à la Process Communication au cours du cursus universitaire afin que les étudiants en médecine soient sensibilisés à cette technique et puissent par la suite, s'ils le souhaitent, poursuivre cette formation par le biais de formation médicale continue afin de mieux maîtriser l'outil. Ainsi

l'usage de la Process Communication en communication serait facilité et permettrait aux futurs médecins d'avoir un exercice plus apaisé et serein.

Certains profils de patients semblaient poser des difficultés à l'ensemble des médecins interrogés, notamment les patients ayant une base ou une phase promoteur. On peut expliquer cela par le fait que la majorité des praticiens en médecine générale ont une base ou une phase empathique. Ainsi leur mode de fonctionnement et leurs besoins sont donc très opposés des personnalités promoteurs.

L'utilisation de la Process Communication en médecine générale n'est toutefois pas une science exacte et parfaite. Certaines zones d'ombre subsistent avec notamment des personnalités que les praticiens n'arrivaient pas à qualifier.

La Process Communication n'est pas une technique unique et exhaustive. Plusieurs des médecins interrogés décrivaient avoir complété leur formation par d'autres enseignements tels que l'analyse transactionnelle ou l'ennéagramme. La théorie de l'ennéagramme repose également sur des types de personnalité qui sont au nombre de neuf. Il existe de nombreux points communs entre la PCM et l'ennéagramme. Certains types de personnalité se correspondent d'ailleurs parfaitement. Toutefois pour certains types les correspondances entre PCM et ennéagramme sont plus nuancées et il existe certains désaccords entre les auteurs de ces deux techniques. La PCM semble être présenté avant tout comme un outil de communication. L'ennéagramme quant à lui, considéré parfois comme plus précis par le nombre plus important de types de personnalité, est plutôt utilisé comme un outil pour mieux comprendre la motivation profonde des personnes en se basant sur la notion du « Pourquoi ». Ces deux techniques peuvent donc être considérées comme des outils complémentaires. (19, 20)

CONCLUSIONS



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



THESE SOUTENUE PAR Mme Mylène BOYAT

CONCLUSIONS

La relation entre un médecin et son patient repose sur une bonne communication. Pour qu'il y ait un bon échange entre les deux interlocuteurs, les médecins ont besoin d'être formés et d'avoir des outils de communication à leur disposition. La Process Communication fait partie intégrante de ces outils.

Cette étude a révélé que l'utilisation de la Process Communication par les médecins généralistes leur apportait une aide précieuse pour établir une relation et une communication efficace avec leurs patients. Ainsi la Process Communication leur avait permis de mieux comprendre les situations conflictuelles ou qui pouvaient leur poser des difficultés avec certains patients. En identifiant le profil des patients avec qui ils étaient en difficultés, cela leur avait permis de mieux comprendre le fonctionnement de ces patients. Les médecins pouvaient alors adapter leur discours, leurs prescriptions et leur prise en charge en fonction du profil des patients afin d'aboutir à une consultation plus efficace. Avec la Process Communication, l'adhésion au traitement était améliorée notamment dans la prise en charge des patients ayant des pathologies chroniques.

La participation à la formation Process Communication avait permis aux médecins de mieux comprendre les interactions entre deux individus de façon générale, que ce soit d'un point de vue professionnel ou personnel. Les médecins avaient également appris à mieux se connaître eux-mêmes. Tout cela aboutissait donc à un apaisement de la pratique des médecins interrogés avec des consultations plus sereines, un gain de temps et d'énergie. L'utilisation de la Process Communication peut alors être considéré comme un outil de prévention du burn-out des médecins généralistes. Il semblerait donc indispensable que cette formation soit enseignée à l'ensemble des étudiants en médecine.

Même si la Process Communication était un outil utile et nécessaire pour améliorer la relation médecin-patient, elle présentait toutefois quelques limites. En effet, il s'agit d'un outil de communication assez complet mais qui nécessite tout de même d'être complété par d'autres outils de communication. Par ailleurs il s'agit d'une technique difficile qui demande du temps et une bonne maîtrise pour pouvoir l'utiliser.

Le Président du jury,

Pr. Professeur Eric STEINMETZ
Chef de Service
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Pôle CPV
14, rue Gaffarel
21079 DIJON Cedex

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 31 Mai 2021

Le Doyen
Pr. M. MAYNADIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes : a review. CMAJ. 1995 ; 152(9) : 1423-33.
2. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. 1989 ; 27(3 Suppl) : S110-27.
3. Thomas P, Thomas J-M, Spécificité de la communication en médecine générale. Département de Médecine générale, Université Libre de Bruxelles. 2017.
4. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Psychologie Médicale. 2010 ; 11(3) : 151-65.
5. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med. 1994 ; 154(12) : 1365-70.
6. Querbes V. Apport, intérêts et bénéfices d'une formation aux techniques relationnelles et de communication : enquête par questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du Morbihan [Thèse d'exercice]. [France] : Université européenne de Bretagne ; 2015.
7. Bonel S. La formation à la relation médecin-patient : enquête auprès de 123 internes en DES de médecine générale à l'Université de Toulouse interrogés en janvier 2008 [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2009.
8. Hocry C., Etat des lieux de l'enseignement théorique de la Relation/Communication médecin-malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés en France en 2012- 2013 [Thèse]. Reims, Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2014.
9. Adeline F., Yana J., Etat des lieux des modalités de l'enseignement de la compétence « Relation – Communication – Approche Centrée Patient » au sein des Départements de Médecine Générale français. [Mémoire]. Université Paris Est Créteil ; 2015-2016.
10. Laparidie C., Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient [Thèse]. Université de Toulouse III ; 2018.
11. Collignon G. Comment leur dire... La Process Communication, InterEditions, 3^{ème} édition, 2019.
12. Frenot J-Y. La Process Communication au service de la relation soignant-soigné, InterEditions, 2014.
13. Solenne. epnl - La Process Communication® : un outil pour mieux vivre sa vie professionnelle ! [Internet]. Ecole de PNL de Lausanne - Formations en PNL, Coaching et Hypnose Ericksonienne – epnl. 2017 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.pnl-lausanne.com/process-communication-outil-mieux-vivre-vie-professionnelle>
14. Bouet P., Gerard-Varet J-F., Atlas de la démographie médicale, situation au 1^{er} Janvier 2020, Conseil national de l'Ordre des médecins. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

15. Richard C., Lussier M-T., La communication professionnelle en santé, 2^{ème} édition, ERPI Medecine, PEARSON, janvier 2016.
16. Sala B., Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient [Thèse]. Université de Nice ; 2018.
17. Sarrazin C., Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale [Thèse]. Université de Poitiers ; 2012.
18. Millette B., Lussier M-T., Goudreau J., L'apprentissage de la communication par les médecins, aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire, Pédagogie médicale, 2004 ; 5 : 110-126.
19. Ennéagramme et Process Communication – L'ennéagramme évolutif [Internet]. [cité 24mai 2021]. Disponible sur : <https://www.enneagramme-evolutif.com/documents/article-enneagramme-processcomm/>
20. Choisir entre Process Com et Ennéagramme [Internet]. @Prisme. 2018 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur : <https://aprisme.blog/analyse-transactionnelle/choisir-entre-process-com-et-enneagramme/>

ANNEXES

ANNEXE 1 – GUIDE D'ENTRETIEN

1. PREAMBULE A L'ENTRETIEN

« Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Mylène Boyat et je mène un travail dans le cadre de ma thèse pour mon DES de médecine générale sur la mise en application de la Process Communication en médecine générale.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Nous nous intéressons à votre expérience, à votre vécu et aux difficultés éventuelles auxquelles vous avez été confronté durant certaines consultations. Je suis ici pour écouter et comprendre. Vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez.

L'entretien sera enregistré. Il sera confidentiel et anonyme. »

2. DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

2.1 CARACTERISTIQUES DU MEDECIN

Quel est votre âge ?

Quelle est la localisation de votre cabinet ? Exercez-vous dans un milieu rural, semi-rural ou urbain ?

Exercez-vous seul(e) ou en association ?

Depuis combien d'année exercez-vous ?

Avez-vous des diplômes universitaires ?

Etes-vous maître de stage ?

2.2 FORMATIONS ET MOTIVATIONS

Comment définiriez-vous une « bonne » communication en médecine générale ?

Quelles formations avez-vous eu en communication au cours de votre cursus médical ?

Quelles stratégies de communication utilisez-vous en consultation ?

Quand et comment avez-vous connu la Process Communication ?

Qu'est-ce qui vous a conduit à vous former à la Process Communication ? Quelles étaient vos motivations ?

Quel a été votre cursus de formation en Process Communication ?

Est-il possible de connaître votre profil de personnalité notamment votre base et votre phase ?

2.3 PROCESS COMMUNICATION EN PRATIQUE

Quelles techniques de Process Communication mettez-vous en œuvre lors des consultations avec vos patients ? Pouvez-vous citer des exemples/expériences vécues ?

Pouvez-vous citer des exemples/expériences de consultation où vous avez été mis en difficulté sur le plan de communication ?

Avez-vous plus de difficultés de communication avec un ou plusieurs types de personnalité ? Si oui, pourquoi et quel a été l'apport de la Process Communication pour ces situations ?

Pourriez-vous me parler des difficultés éventuelles rencontrées dans votre pratique quotidienne à mettre en application les techniques enseignées de Process Communication ?

Selon vous, quel bénéfice avez-vous tiré de cette formation pour améliorer la communication et la relation avec vos patients ?

Selon vous, en quoi la Process Communication peut-elle être un outil utile en médecine générale ?

Quelles en sont ses limites selon vous ?



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



TITRE DE LA THESE : APPORT DE LA FORMATION PROCESS COMMUNICATION DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT EN MEDECINE GENERALE

AUTEUR : MYLENE BOYAT

RESUME :

CONTEXTE : La relation médecin-patient repose sur une communication efficace en médecine générale. Les médecins rapportent un besoin de formation. De nombreuses stratégies de communication existent dont la Process Communication. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'apport de la Process Communication pour améliorer la relation médecin-patient.

METHODES : Etude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de douze médecins généralistes en Bourgogne formés à la Process Communication.

RESULTATS : La Process Communication était utilisée par les médecins lorsqu'ils étaient en difficultés sur le plan de la communication. Ils cherchaient à définir le profil du patient pour mieux le comprendre et ainsi adapter leur discours au patient. La Process Communication permettait aussi de comprendre les situations de conflit et de les éviter. Le bénéfice de cette formation était avant tout personnel pour les médecins avant d'être utile aux patients, en leur apportant un meilleur vécu des consultations et donc un apaisement de leur pratique. En apportant du bien-être au médecin, la Process Communication était indirectement bénéfique au patient. Toutefois plusieurs freins étaient évoqués à l'utilisation de cette technique notamment le manque de temps et de maîtrise.

CONCLUSION : La Process Communication est un outil utile pour améliorer la relation médecin-patient. La généralisation de son enseignement semblerait nécessaire pour une bonne maîtrise de cet outil et prévenir la survenue de burn-out des médecins durant leur carrière.

MOTS-CLES : PROCESS COMMUNICATION, RELATION MEDECIN-PATIENT, MEDECINE GENERALE