



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**VECU DU NON-DIT PAR LES PATIENTS CONSULTANT
LEUR MEDECIN GENERALISTE**

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mars 2019 à 18 heures
Au Pôle Recherche
Par Marie MIQUET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Assesseurs :

**Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe
Madame le Docteur BAYEN Sabine**

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur DELFORGE François

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AI	Agent Immobilier
AM	Assistante maternelle
BTP	Bâtiment et Travaux Publics
CPP	Comité de Protection des Personnes
Dr	Docteur
HAS	Haute Autorité de Santé
MG	Médecin Généraliste
ND	Non-dit
RH	Ressource Humaine
RPM	Relation Patient Médecin
RU	Retraité en Urbanisme

Table des matières

RÉSUMÉ	6
INTRODUCTION	7
MATÉRIEL ET MÉTHODE	10
I. Type d'étude	10
II. Recrutement des participants à l'étude.....	11
III. Déroulement des entretiens.....	12
IV. Analyse des données	12
A. Codage ouvert.....	12
B. Triangulation.....	13
C. Codage axial	13
D. Codage sélectif.....	13
E. Suffisance des données	13
V. Ethique et Protection des personnes.....	14
VI. Recherches Bibliographiques	14
RÉSULTATS	15
I. Caractéristiques des entretiens	15
II. Tout dire semble important.....	16
A. Tout dire : un point primordial dans la relation patient médecin.....	16
B. Le médecin doit être capable de tout entendre	17
C. Mais les patients ont conscience de l'existence de non-dits.....	17
D. Pourtant ils sont prêts à tout entendre.....	18
III. La relation patient médecin : une relation perçue comme essentielle.....	18
A. Une relation basée sur la confiance qui s'acquiert avec le temps	18
B. Une relation basée sur l'humain	19
C. D'une relation paternaliste à informative : l'évolution d'un modèle	21

IV.	Les non-dits en médecine générale.....	22
A.	Les principaux thèmes évoqués par les patients.....	22
B.	Les raisons d'un silence : pourquoi ces non-dits ou pourquoi les utiliser ?	26
V.	Quelles conséquences ?	37
A.	Les non-dits nuisent la prise en charge.....	37
B.	Risque de mauvaise information avec recours à internet.....	39
C.	Conflit dans la relation patient médecin.....	39
D.	Les patients privilégient les médecines parallèles.....	40
VI.	Les solutions proposées par les patients pour les limiter.....	41
A.	Installer un climat de confiance	41
B.	Respecter leur intimité, leur laisser le temps d'aborder un sujet	43
C.	Avoir une écoute attentive pour rebondir sur les sujets	44
D.	Inciter la verbalisation.....	45
E.	Dédramatiser l'anormalité en informant son patient.	47
F.	Prendre en charge le patient dans sa globalité	49
G.	Insister sur l'importance du secret médical.....	50
H.	Le rôle du remplaçant.....	50
I.	Ouverture d'esprit : notamment sur les médecines parallèles.....	51
	DISCUSSION.....	52
I.	Principaux résultats.....	52
II.	Discussion de la méthode : forces et limites de l'étude	54
A.	Méthode choisie	54
B.	Echantillon étudié.....	54
C.	Déroulement des entretiens	55
D.	Analyse des données	55
III.	Analyse des résultats.....	56
A.	Le non-dit : un mécanisme de défense du patient.....	56
B.	La relation patient-médecin : la recherche d'une symbiose.....	57
C.	Les conséquences du non-dit : l'évolution d'un modèle de soin.....	59
D.	Les attentes du patient.....	60
IV.	Perspectives	62
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE.....	64

RESUME

Introduction : Alors que le patient est censé pouvoir tout dire à son médecin généraliste, le non-dit s'installe fréquemment lors des consultations, pouvant altérer la qualité des soins. L'objectif de notre travail était d'évaluer le ressenti des patients sur la perception et la place des non-dits dans leur relation avec leur médecin traitant.

Matériels et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par théorisation ancrée. Quinze entretiens compréhensifs ont été effectués auprès de patients majeurs de la région des Hauts-de-France. Ils ont été menés jusqu'à suffisance des données. Leur analyse a été triangulée.

Résultats : Les sujets relevant de l'intimité, les addictions et les maladies psychiques sont particulièrement touchés par ces non-dits. Les raisons sont multifactorielles. Elles dépendent de la personnalité des deux interlocuteurs et de la relation qu'ils entretiennent. La peur d'être jugé ou incompris, celle de découvrir une maladie grave, inhibent la parole. Par manque de temps, défaut d'écoute ou de sujets jugés hors champ de compétence du généraliste, le patient n'ose se confier. Parfois, le non-dit permet d'éluder la maladie. Ces mécanismes de défense doivent être respectés, sauf s'ils leurs sont délétères : retard diagnostic, inobservance, altération de la relation patient-médecin. Le non-dit entraîne aussi un recours à Internet et aux médecines alternatives. Les patients cherchent à devenir acteur de leur santé et proposent des solutions pour faciliter la communication. Le généraliste doit inciter la verbalisation par une écoute active, tout en respectant l'intimité de son patient ; installer une relation de confiance en dédramatisant l'anormal, et établir une prise en charge centrée sur le patient.

Conclusion : Le non-dit est un phénomène complexe. Il appartient au patient le choix de le révéler, en fonction de la relation qu'il entretient avec son généraliste, et des conséquences que ce non-dit pourrait engendrer. Le généraliste tient un rôle prépondérant dans cette démarche de verbalisation.

INTRODUCTION

Depuis que le langage existe, la parole est libératrice. Elle permet de communiquer, d'exprimer le fond d'une pensée, de partager une expérience, de se dévoiler, de se libérer. Alors que l'on est censé pouvoir « tout se dire », échanger et dialoguer avec l'autre, la peur inhibe. La peur de blesser, la peur de décevoir, la peur du jugement, laissent s'installer le « non-dit ».

Le non-dit est la limite « entre le refoulé et le déclaré, entre les maux qu'on se dissimule à soi-même et les mots qui nous dissimulent aux autres ». « Le non-dit c'est ce qui est intime, ce que l'on ressent comme intransmissible, comme une expérience en soi et pour soi. » [1]

Le Larousse le définit comme étant « ce qui, bien que chargé de sens, n'est pas formulé explicitement ; ce qui est caché ou implicite, pour des raisons conscientes ou non, dans le discours d'un individu. » Il s'agirait dans ce travail, de tout ce qui n'est pas dit ou exprimé clairement entre le patient et son médecin, ce qui reste caché ou sous-entendu dans la conversation.

Oser parler, oser se confier et se livrer, dépend étroitement de la qualité des relations établies avec l'interlocuteur. Une relation de confiance semble primordiale pour libérer le langage. La disponibilité et la bienveillance du sujet encouragent la parole. Cette relation sincère et désintéressée ne peut-elle pas se retrouver dans celle du patient et de son médecin ? Le médecin traitant choisi par le patient, suivant les familles pendant de nombreuses années, tenu au secret médical, ne peut-il pas être cette écoute attentive et bienveillante ?

En prononçant le serment d'Hippocrate, le médecin se doit de respecter toutes les personnes, de les protéger, de les informer. Le médecin ne trompe jamais leur confiance et n'exploite pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les

consciences, il tait les secrets qui lui sont confiés et ne s'en sert pas pour corrompre les mœurs.

Pourtant, d'après une étude française portant sur 1 200 consultations, la fréquence des non-dits en fin de consultation était de 7.6%. L'attente du malade était méconnue par le médecin dans 12,6 % des cas et perçue à tort dans 18,6 %. [2]

En général, le patient vient avec une plainte et la tâche du médecin consiste à découvrir le problème originel dont celui-là ne peut ou ne veut se plaindre, et à la place duquel il a créé une maladie. [3] Il est donc primordial de rendre explicite ce qui demeure implicite afin d'améliorer la prise en charge des problèmes biomédicaux.

Une étude quantitative britannique cette fois, parue en 2001 auprès de 909 patients consultant en soins primaires, témoigne que 9% des patients interrogés n'avaient pas exprimé leurs souhaits de prise en charge auprès du médecin. Il s'agissait principalement de demandes d'orientation vers un spécialiste et de traitements par physiothérapie. [4]

Une autre étude britannique, qualitative, parue en 2000 témoigne que seulement 4 patients sur 35 avaient entièrement exprimé toutes leurs requêtes lors d'une consultation en soin primaire. Les non-dits concernaient surtout les inquiétudes des patients vis-à-vis du diagnostic et de ses conséquences et les effets indésirables des traitements. Cela contribuait à majorer la non observance des prescriptions et la non-adhérence au traitement. [5]

Force est de constater qu'il n'est pas toujours facile de parler à son médecin traitant, de se confier, d'oser dire les choses. Or cela peut impacter sur la prise en charge du patient : découvrir une maladie insoupçonnée, comprendre et discuter d'une inquiétude concernant un traitement, soulager une souffrance... Alors pourquoi les patients ont-ils tant de réticences à tout dire à leur médecin ? Pourquoi ne pas se dire simplement les choses ? Comment les aider à se livrer ?

Quelques études françaises se sont penchées sur le non-dit lors des consultations en soins primaires.

La première date de 1989, Jean-Gérard Pelletier a mené une enquête auprès de 141 médecins généralistes afin d'étudier la fréquence et l'importance du non-dit du patient en consultation. Les résultats, bien que statistiquement non significatifs, montraient une fréquence importante du non-dit se traduisant par une discordance entre plainte et motif de consultation du patient. [6]

En 2013, deux thèses ont été réalisées. Une première du point de vue des médecins, se penchant essentiellement sur les thématiques concernées par le non-dit des patients ainsi que son importance dans la relation de soins [7]. Tandis que la deuxième portait son intérêt sur les motifs de non-dits lors des consultations de patients atteints de diabète de type 2 et le lien avec le stade de l'acceptation de la maladie [8]. Les résultats témoignent d'une fréquence importante des non-dits lors des consultations, montrant une inacceptation de la maladie et un désinvestissement au projet de soin.

Enfin, en 2015 une dernière thèse portait sur la caractérisation des motifs de non-dit et son importance pour le patient. Les non-dits concernaient la sexualité, le cancer, les problèmes psychologiques et les addictions. Les conséquences sur les soins ou la vie du patient étaient majoritairement délétères. [9]

Ces études se sont donc intéressées essentiellement sur la fréquence et les motifs de non-dits mais aucune ne s'est focalisée sur le « pourquoi » ni sur le « comment ». Quelles sont les raisons de ces non-dits et de quelle manière les patients souhaiteraient que leur non-dit soit abordé ?

L'objectif principal de ce travail de recherche est d'évaluer le ressenti des patients sur la perception et la place des non-dits dans leur relation avec leur médecin traitant.

Les objectifs secondaires sont :

- L'identification des raisons qui freinent le patient à révéler ses non-dits.
- La recherche de stratégies de communication verbales et/ou non verbales, permettant d'aborder ces sujets sensibles en consultation.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Cette étude est une recherche qualitative, particulièrement adaptée à l'approche des problèmes complexes qui caractérisent l'exercice de la médecine générale, à l'analyse des vécus et des ressentis d'une population.

Cela nécessite un abord inductif qui débute par une observation sur le terrain, en recueillant des données verbales par des entretiens exploratoires chez des informateurs. Puis, de faire une analyse compréhensive de leurs comportements et leurs expériences personnelles. [10]

Contrairement à la recherche quantitative, les études qualitatives abordent des données non quantifiables : corpus de données constituées d'entretiens, comportements humains. Les procédures statistiques et les autres moyens de quantification ne sont donc pas utilisés. [11][12]

Nous avons choisi la théorisation ancrée comme type d'études qualitatives. Elle consiste à étudier un domaine d'intérêt sans hypothèse préalablement établie. Le but est de créer une théorie au fur et à mesure du recueil de données, afin de comprendre un phénomène.

Le processus d'analyse et d'interprétation est dynamique. En effet, chacune des étapes est imbriquée l'une à l'autre, avec un cheminement continu des pensées. L'analyse se fait au fur et à mesure des entretiens et non une fois toutes les données recueillies. [13]

II. Recrutement des participants à l'étude

La théorisation ancrée recherche un échantillonnage théorique. Il correspond à un panel de participants représentatifs du sujet abordé et de la théorie émergente. Contrairement à l'analyse observationnelle classique, l'échantillon ne se veut pas représentatif de la population.

L'échantillonnage a donc été mené dans le but d'obtenir une variation maximale des profils : âges, sexes, catégories socio-professionnelles, milieu de vie différents. La sélection des patients aux entretiens suivants était, elle aussi, dynamique et dépendait des codes et de la suffisance des données.

Le recrutement des patients s'est réalisé sur la base du volontariat. Des affiches étaient disposées dans les salles d'attente de médecins et paramédicaux du Nord Pas de Calais, avec les coordonnées du chercheur afin de permettre une participation spontanée de patients.

Le concept de la recherche qualitative et le champ d'investigation de l'étude étaient expliqués par mail ou par téléphone aux participants au moment de leur recrutement. L'enregistrement des entretiens et l'anonymat leur étaient également garantis. Les participants pouvaient se rétracter s'ils le souhaitaient. Si le patient acceptait de participer à l'étude, un rendez-vous était fixé au lieu choisi par le patient.

Par la suite, le recrutement a été ajusté en fonction des concepts émergents au cours de l'étude. Quelques patients ont ainsi été recrutés de façon plus individuelle, de proche en proche, selon les critères recherchés.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être majeur
- Habiter dans la région Hauts De France
- Accepter de participer à l'étude et d'être enregistré par dictaphone.

Le recrutement s'est prolongé jusqu'à obtenir une suffisance des données au moment de l'analyse. Les nouveaux entretiens ne permettant plus de mettre en évidence de nouvelles idées. Quinze patients ont ainsi été recrutés, âgés de 21 à 90 ans.

III. Déroulement des entretiens

Le recueil de données s'est fait par le biais d'entretiens compréhensifs individuels, à visée exploratoire, d'avril 2018 à octobre 2018. Les entretiens étaient toujours menés en face à face, par le même chercheur, dans un lieu calme choisi par le patient.

Dans le respect de la méthode par théorisation ancrée, il n'existait pas de guide d'entretien au préalable. Le but était de laisser libre discours au patient, et de laisser émerger ses idées spontanément. Les participants devaient donc répondre à une question ouverte volontairement large sur le sujet pour leur laisser la parole. L'investigateur relançait le participant au besoin en fonction de l'orientation que prenait l'entretien, en restant le plus neutre possible. [14]

De la même manière la recherche bibliographique préalable était restreinte, afin de garder la plus grande neutralité sur le sujet. Le but étant de ne pas influencer le participant durant l'entretien.

Chaque entretien a été enregistré dans sa totalité sur dictaphone numérique après accord du participant, et retranscrit intégralement sur le logiciel de traitement de texte Word®. Le vocabulaire familier a été conservé, les expressions non-verbales retranscrites. Les retranscriptions sont appelées verbatim, elles sont anonymes. Le participant en été informé lors du recrutement.

IV. Analyse des données

A. Codage ouvert

Chaque verbatim a été « codé ». Cela signifie que les retranscriptions ont été analysées par l'investigateur, en utilisant le logiciel d'aide au codage NVivo11®. Coder, consiste à extraire du texte des groupes de mots voire des phrases, et de synthétiser leur signification par un ou quelques mots. Les codes doivent être issus du vécu de la personne interrogée afin de comprendre son raisonnement.

B. Triangulation

Chaque verbatim était codé par l'investigateur mais également par un deuxième chercheur : Le Docteur FRANCKE Marie, médecin généraliste remplaçant. Le résultat du codage du même verbatim était comparé avant de procéder au recueil de l'entretien suivant.

L'étape de triangulation permet la validité interne du travail de recherche.

C. Codage axial

Le codage axial consiste en la mise en relation des codes ouverts obtenus, afin d'établir progressivement une théorie. On appelle cela la catégorisation. C'est un codage plus conceptuel et plus global. Il se déroule en parallèle du codage ouvert, tout au long de la recherche.

D. Codage sélectif

Les résultats obtenus par la catégorisation sont ensuite assemblés, permettant une articulation des principales idées. Il s'agit d'une mise en relation hypothétique des catégories entre elles, le ciment de la théorie qu'on élabore. [14]

E. Suffisance des données

La suffisance des données correspond au moment où aucun nouveau code n'émerge de l'analyse d'un nouveau verbatim. Cela signifie que les codes recueillis jusque-là représentent la totalité de la théorie, construite au fur et à mesure de l'étude. À partir de ce moment, le recueil de données peut s'arrêter. Cependant, par souci de rigueur méthodologique, deux entretiens supplémentaires sont réalisés, pour s'assurer de l'absence d'émergence de nouveaux codes.

V. Ethique et Protection des personnes

Cette étude a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes le 6 mars 2018.

L'étude est également conforme à une méthodologie homologuée de référence par la CNIL : MR-003.

VI. Recherches Bibliographiques

La recherche bibliographique sur le sujet a été minimale avant le recueil de données afin de garder la neutralité nécessaire au travail par théorisation ancrée. Il ne s'agissait pas d'être influencé par la littérature existante, mais de garder un esprit neuf sur le sujet. [15]

Les études bibliographiques ont été effectuées dans un second temps, après l'analyse des données, pour confronter les résultats obtenus avec la littérature et valider la théorie.

Les moteurs de recherche utilisés étaient Pubmed, Google Scholar, Pepite et Sudoc pour les thèses.

RESULTATS

I. Caractéristiques des entretiens

Le recueil des données s'est effectué entre le 12 avril et le 10 octobre 2018. Quinze patients de la région des Hauts-De-France ont accepté de participer à l'étude. Ils étaient âgés de 21 à 90 ans. Les entretiens ont duré de 16 à 48 minutes. La suffisance des données est apparue au treizième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients interrogés.

Patient	Sexe	Age	Profession	Lieu d'habitation	Ancienneté de la RPM
P1	Femme	20 – 25 ans	Etudiante	Urbain	15 – 20 ans
P2	Femme	75 – 80 ans	Retraitée	Rural	> 40 ans
P3	Femme	50 – 55 ans	Mère au foyer	Semi-rural	20 - 25 ans
P4	Homme	70 – 75 ans	RU	Semi-rural	15 – 20 ans
P5	Femme	65 - 70 ans	AM	Semi-rural	5 – 10 ans
P6	Homme	85 - 90 ans	Retraité BTP	Semi-rural	> 40 ans
P7	Homme	25 - 30 ans	Réceptionniste	Urbain	15 – 20 ans
P8	Femme	50 - 55 ans	Institutrice	Urbain	5 – 10 ans
P9	Femme	60 - 65 ans	Infirmière	Urbain	5 – 10 ans
P10	Femme	30 - 35 ans	Commerciale	Semi rural	0 – 5 ans
P11	Homme	50 - 55 ans	AI	Rural	0 – 5 ans
P12	Homme	65 - 70 ans	Agriculteur	Rural	> 40 ans
P13	Homme	45 - 50 ans	Psychologue	Semi rural	0 – 5 ans
P14	Homme	40 - 45 ans	RH	Semi rural	0 – 5 ans
P15	Homme	25 - 30 ans	Sans emploi	Urbain	15 – 20 ans

II. Tout dire semble important

A. Tout dire : un point primordial dans la relation patient médecin

Les patients reconnaissent l'importance de tout dire à leur médecin traitant. Celui-ci est considéré à leurs yeux, comme une personne bienveillante, présente pour leur bien-être. Une bonne communication est primordiale pour la relation de soin.

P2 « j'essaie vraiment de tout dire. Avec mon cancer, dès que je vois quelque chose d'anormal, je lui demande »

P3 « Pour moi, on peut tout dire. Mais c'est la façon d'annoncer les choses »

P4 « Je ne mens pas. Je préfère tout lui dire, et c'est à lui de juger si c'est important ou pas. [...] De toute façon, ça sert à rien de lui cacher, il est là pour nous. J'ai confiance en lui, c'est important. »

P10 « Entretenir une bonne relation, pour être soigné au mieux. Quand la relation est bonne, que la confiance s'est installée, on se sent compris, écouté et on se sent rassuré »

P15 « Oui, j'ose tout dire ! C'est un médecin, il est là pour ça, pour nous, il en voit tous les jours. Le médecin, je le vois vraiment comme une personne qui ne nous voudra jamais de mal. Il est là pour nous conseiller, nous aider, nous soutenir, nous comprendre »

Les patients considèrent que s'ils éprouvent des difficultés à communiquer avec leur généraliste, autant en changer. En effet, oser se confier est jugé comme le point essentiel de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin.

P9 « En l'occurrence, si nous n'arrivons plus ou n'osons plus, je ne sais pas, lui parler de nos problèmes, autant se tourner vers un de ses confrères. [...] Moi j'ai changé, car il ne nous convenait plus, on avait des difficultés à nous confier. »

P8 « Si on ne peut pas tout dire à son généraliste, il faut en changer ! C'est tellement important de ne pas ressortir d'une consultation en se disant « mince je n'ai encore pas osé cette fois. »

B. Le médecin doit être capable de tout entendre

Les patients partent du principe que le médecin doit être capable de tout entendre. Dans ce cas, il n'y aurait pas de frein à la révélation des non-dits.

P11 « Je pense qu'il faut avoir une ouverture d'esprit pour être capable de tout entendre »

P14 « Après, je pars du principe que c'est un médecin et qu'il peut tout entendre »

C. Mais les patients ont conscience de l'existence de non-dits

Seulement, tout dire reste une utopie. Les patients reconnaissent la présence de non-dit lors des consultations de médecine générale.

P5 « Je pense qu'on a l'habitude de dire « mais oui tout va bien, moi je suis à l'aise, etc. » mais quand tu réfléchis, tu te dis « tiens, je ne lui ai pas parlé de ça... »

P7 « Il y a toujours des sujets tabous, des sujets compliqués à aborder »

P11 « Oui évidemment, il y a toujours des sujets plus délicats. »

P14 « Et puis je pense que de toute façon, quelqu'un qui ne veut pas parler, ne parlera jamais en fait. On a beau lancer tous les sujets qu'on veut, si la personne en face ne veut pas parler, elle ne parlera pas ! On ne pourra rien y changer »

D. Pourtant ils sont prêts à tout entendre

En effet, ils sont conscients des conséquences que cela peut entraîner sur la prise en charge de leurs plaintes. Les patients souhaitent être acteur de leur santé.

P3 « Je lui dis toujours de tout dire, mais c'est vrai que connaissant ma fragilité, j'aurais peur qu'il n'ose pas me dire certaines choses »

P3 « S'il y avait un truc grave, je ne sais pas s'il prendrait des pincettes ou s'il me le dirait directement. Il pourrait peut-être tourner autour du pot pour me l'annoncer. Alors que j'aimerais qu'il me le dise clairement »

P5 « Alors il ne me l'a pas dit pour me protéger probablement, mais qu'est-ce que je lui en aurais voulu si ça lui était arrivé... Moi je suis prête à tout entendre par contre, c'est important ! »

P8 « Moi j'ai une forte personnalité, j'aime quand on ne prend pas de gant pour me dire les choses »

P8 « Je pense qu'on peut tout dire, il faut d'ailleurs tout dire clairement, où on pose les actes, on pose les gestes et voilà quoi. Je ne pense pas qu'il faille tourner autour du pot.»

III. La relation patient médecin : une relation perçue comme essentielle

A. Une relation basée sur la confiance qui s'acquiert avec le temps

Les patients s'accordent pour dire que leur relation avec leur médecin de famille influence leur dire. Si la relation est bonne, ils seront plus aptes à se confier. Pour cela, il semble primordial d'installer un climat de confiance. Mais cette démarche prend du temps. Il y a un besoin de connaissance réciproque pour oser dire.

P5 « Moi je pense que la première chose, c'est qu'il y ait une confiance qui s'installe, une fois que la confiance est installée, pff, on parle, on se libère. Et la confiance ça prend du temps, ce n'est pas sur un rendez-vous qu'on l'a. »

P7 « De toute façon quand on a confiance en quelqu'un, on finit par tout dire si c'est dans notre intérêt ! C'est ce qui fait qu'on garde un médecin longtemps, c'est qu'on a confiance en lui. »

P8 « Il y avait une telle confiance, au bout de tant d'années, que je savais qu'il ne me jugerait pas, qu'il ne changerait pas de regard sur moi, qu'il ne s'apitoierait pas sur mon sort. Il était neutre. Et j'avais besoin d'une personne comme ça, une personne capable de m'écouter, et de me donner des conseils. »

P10 « Entretenir une bonne relation, pour être soigné au mieux. Quand la relation est bonne, que la confiance s'est installée, on se sent compris, écouté et on se sent rassuré »

B. Une relation basée sur l'humain

Les patients partent du principe que le savoir ne fait pas tout. Il faut aussi un savoir être. Ils désirent un médecin humain, pour oser se livrer.

P7 « Le côté humain et relationnel est très important ! Un bon médecin n'est pas forcément le plus scientifique... Alors avoir un savoir c'est important, mais faut de l'humanité aussi.»

P8 « Je pense qu'une bonne prise en charge passe par une bonne communication. Faut que le lien passe, si le lien ne passe pas, ça devient compliqué. »

P12 « C'est vraiment la confiance, l'humanité du médecin et l'empathie si j'ose dire que je recherche »

Pour eux, le médecin idéal est celui qui prend le temps d'écouter ses patients.

P5 « Je vais vous dire, pour moi ce qui est devenu primordial chez un médecin c'est l'écoute, l'humain si j'ose dire »

P8 « Quand on se sent écoutée et comprise, que le médecin se montre disponible, et bien, c'est vachement mieux quoi ! »

P13 « C'est un médecin qui va prendre le temps au moment où il te reçoit, de t'écouter. »

Mais ils recherchent aussi d'autres qualités humaines telles que l'empathie, la disponibilité et la bienveillance. Ils souhaitent un médecin accessible, ouvert et humble pour les mettre à l'aise et en confiance. Ainsi, la relation n'en sera que renforcée et limitera les problèmes de communication.

P1 « Il y a une façon d'être : en parlant, en écoutant, en rebondissant sur certaines choses, en s'intéressant à ta vie « et comment ça va dans la famille, tout ça... »

P3 « Qu'il prenne son temps, qu'il m'écoute, qu'il me dise la réalité des choses. Il faut que je me sente à l'aise avec lui, et que j'aie confiance en lui. Il faut qu'il me mette en confiance. Que je me sente bien, que ce soit quelqu'un de posé, pas trop hautain. Qu'il soit accessible, pour pouvoir tout lui dire »

P12 « Je pense qu'au plus on est simple, au plus on va aller vers les gens. Enfin disons que maintenant, les médecins sont plus ouverts, plus proches, il y a moins de barrière. On ose plus facilement parler.»

P13 « Je pense que ce sont vraiment les qualités humaines, d'accueil et d'écoute qui font que je me sens tout en confiance pour parler »

C. D'une relation paternaliste à informative : l'évolution d'un modèle

Les patients remarquent que leurs médecins généralistes ont changé, et prennent conscience que leur relation s'est transformée. Ils distinguent très nettement les anciens médecins de famille, de la nouvelle génération. Leurs anciens médecins leur apparaissaient plus dévoués mais plus distants, tandis que les nouveaux, plus accessibles, semblent passer la main plus facilement.

P5 « C'est un jeune, on rigole, bien sûr quand on parle de chose très sérieuse on est sérieux mais on peut aussi... Se laisser aller ! C'est plus comme la relation médecin patient que j'avais d'avant avec le médecin en haut, fière, au-dessus de tout le monde. Celui-ci est très ouvert, vraiment très ouvert, conciliant »

P5 « Parce que je me souviens des médecins dans le temps, on n'avait pas la parole, c'était eux les chefs... La nouvelle génération est plus à l'écoute, beaucoup plus à l'écoute. On ose tout dire »

P12 « Je pense qu'on est moins gêné de parler à son docteur que dans le temps. C'est moins hautain, c'est plus sympathique quoi. [...] Avant, le médecin de famille c'était quelqu'un. C'était le docteur du village, qui travaillait sans compter ses heures, du matin au soir. On l'appelait dans la nuit, il se dérangeait. [...] Je pense aussi qu'il prenait plus de responsabilités que maintenant. »

Le patient désire maintenant être acteur de sa santé. Il ne veut plus d'une relation paternaliste où le médecin impose son traitement.

P7 « Je me souviens de détails, mais quand j'avais un problème, il m'expliquait que ça venait de « ça, ça, ça » et je pouvais comprendre plus facilement, pour agir par la suite. C'est super intéressant, on se sent moins con, [rire]. Ce n'est pas le tout de dire « prends ça, prends ça », c'est bien qu'il explique et va plus loin pour qu'on puisse prendre conscience de certains trucs. On se sent, comment je pourrais dire, acteur de notre santé.»

IV. Les non-dits en médecine générale

A. Les principaux thèmes évoqués par les patients

1. Ce que les patients n'osent pas dire

a. Les pathologies relevant de l'intimité

Les patients révèlent leurs non-dits, considérés comme sujets tabous. Il s'agit principalement de sujets touchant à la sphère génitale : les troubles gynécologiques et sexuels, les problèmes de libido.

P7 « Si un jour j'ai des problèmes sexuels ou autres, ça ne sera pas évident à dire. Pas forcément envie d'étaler sa vie privée. »

P12 « Après moi je n'ose pas parler de tout ce qui est disons, en dessous de la ceinture. C'est même peut-être pour ça qu'il a tardé à découvrir ce fichu cancer. Ce n'est jamais très glorieux.»

P13 « Il y a des choses qui sont de la honte, de tout ce qui est de l'intimité. Euh... Je pense que tout ce qui est problème d'érection ou chez la femme des problèmes gynécologiques... Je pense que tout ce qui est de l'intime, mais quand je dis intime, il y a la sphère sexuelle je pense mais il y aussi la sphère psychique je pense. Et je pense aussi aux addictions. »

P15 « Après c'est évident que si j'avais des problèmes sexuels ou autre, je ne pense pas que je le dirais. Je me dirais que ça va passer. Après sur le plan sexuel, il y a des questions un peu intimes que je ne poserais pas, parce que je n'ose pas.»

Mais aussi les addictions. Addictions au tabac, alcool, et autres drogues.

P2 « Après la boisson aussi. Dans notre famille, il y a toujours eu des penchants... Oh je ne suis pas alcoolique, mais j'aime bien un petit verre de temps en temps. J'appréhenderais qu'on me fasse la remarque »

P11 « Bon... Disons que pour être franc avec vous, j'ai un penchant pour l'alcool. Et bien ça, je n'en parle pas. Je ne vais pas spontanément lui dire ça de bout en blanc ! »

P13 « ça avait été compliqué avec l'alcool pour moi. Et je l'ai dit, alors que vous voyez c'est un peu honteux, mais j'avais tout déballé assez spontanément. »

P7 « si je m'intéresse un jour à des produits anabolisants... Euh, ce n'est pas forcément facile d'en parler, parce que ce n'est pas une grande fierté à en tirer. Si j'étais amené à y être intéressé, je serais intéressé à savoir ce que je risque »

Les patients reconnaissent également avoir des difficultés à parler de leurs problèmes psychologiques et psychiatriques.

P4 « Mais c'est vrai qu'il ne sait peut-être pas que je vais aussi mal »

P10 « Alors déjà, il y a eu l'anorexie »

P13 « pour les problèmes psychologiques, c'est sûr que je n'irais pas vers elle. C'est sûr ! Mais c'est dommage, parce que le médecin traitant doit faire l'interface. »

Certains évoquent même de l'embarras à parler de maladies graves et de mort avec leur généraliste.

P2 « Je ne sais pas si c'est la peur de la mort ou bien... Avant, j'avais peur de mourir, maintenant que tout est prêt, je veux dire maintenant que mes papiers sont faits, que tout est ordonné, ça ne me fait plus peur. »

b. Les pathologies ne semblant pas être du registre du généraliste

Leurs non-dits concernent également des sujets dont ils jugent ne pas être du ressort du généraliste. Il s'agirait de pathologies essentiellement psychologiques. Le patient voit son médecin généraliste comme un médecin du corps et non de l'âme. Il

considère que ces problèmes ne sont pas sa priorité, lui, le clinicien. Les patients n'en parlent donc pas et restent avec leurs interrogations.

Il en va de même pour les pathologies jugées trop spécifiques pour le médecin traitant.

P10 « *Et puis, je trouve que le médecin ne peut pas faire grand-chose pour le psychologique, ni pour l'anorexie d'ailleurs. Ce n'est pas de son ressort.* »

P11 « *Je pense qu'à la fac, on doit vous apprendre à être des médecins du corps, et vous avez des petites alarmes qui s'allument sur un bilan ou autre. Mais les maladies psychologiques, ça vous passez à côté, surtout s'il n'y a pas ce lien de confiance. »*

P13 « *Un problème sexuel, on peut se dire qu'on n'a pas besoin d'aller voir le généraliste, on va directement voir le spécialiste. Un psy, pareil. Je pense qu'il pourrait y avoir aussi ça qui pourrait empêcher de tout dire au médecin traitant : d'aller directement chez quelqu'un de plus spécialisé »*

P14 « *Bah oui, je préfère aller voir un psy, chacun sa spécialité en fait ! Le psy, c'est sa spécialité, il va vraiment savoir analyser tous mes problèmes, essayer de me guider, et tout. Le médecin, je ne sais pas après hein, mais il n'a pas étudié les mêmes choses, et probablement moins de choses sur ce sujet, sinon à quoi servent les spécialistes ? Mon médecin, je me dis que ce n'est pas son domaine, qu'il est moins compétant là-dedans. [...] J'aurais peur de le déranger, qu'il ne me comprenne pas, et qu'il ait tout simplement moins de solutions que celle du psy... »*

c. Les événements passés

Les patients avouent ne pas vouloir reparler du passé avec leur médecin de famille. Ils ne souhaitent pas revenir sur un événement douloureux, mais se tournent vers le futur.

P4 « C'est pour éviter de ressasser tout ça que je ne lui dis pas. Reparler du passé... C'est du passé. Alors à quoi ça sert de revenir sur ça ? Si c'est pour encore plus enfoncer le clou »

P6 « Non, maintenant que c'est passé, que je vais mieux... Je lui ai promis que je ne le referai plus, donc il me laisse tranquille sur ce côté-là ! »

P2 « L'avenir ! Ça, ça me fait peur. Je ne sais pas si c'est la peur de la mort »

2. Les non-dits des médecins d'après les patients

a. Les pathologies graves

Les patients arrivent à identifier les non-dits de leur médecin. Ils concernent essentiellement l'annonce de pathologies graves. Le patient semble pourtant demandeur de l'information et se dit prêt à tout entendre.

P3 « Je lui dis toujours de tout dire, mais c'est vrai que connaissant ma fragilité, j'aurais peur qu'il n'ose pas me dire certaines choses »

P3 « S'il y avait un truc grave, je ne sais pas s'il prendrait des pincettes ou s'il me le dirait directement. Il pourrait peut-être tourner autour du pot pour me l'annoncer. Alors que j'aimerais qu'il me le dise clairement »

P2 « mais moi je savais très bien qu'elle le savait et n'osait pas me le dire. Elle voulait peut-être se protéger, elle n'a fait que des insinuations, mais m'a jamais dit la vérité »

P2 « Elle avait du mal à me le dire, mais il fallait bien qu'il me le dise non ? Il faut que je sois soignée. Du coup, après il m'a dit tout de suite « mais rassurez-vous : le cancer de la corde vocale ne métastase pas ! » j'avais plutôt l'impression qu'il se convainquait lui-même »

P2 « Quand le Dr a tourné autour du pot pour m'annoncer que j'avais un cancer, je lui ai dit « bah Dr dites le... C'est le cancer ? » Elle m'a regardé et m'a dit « oui ».

b. Les non-dits du médecin renforcent ceux du patient

Le non-dit du médecin, identifié par le patient, n'est pas sans conséquences : il favorise le non-dit du patient. Le patient se rend compte du silence de son thérapeute, ce qui ne l'incite pas à se livrer.

P4 « Il me voit mal à l'aise, il me comprend, enfin comprend que ça me gêne et donc on revient plus dessus. »

P11 « Alors après, suite à mon cancer, il l'a abordé une fois. M'a demandé comment je me sentais, s'il pouvait faire quelque chose pour moi. Et il m'a tout de suite renvoyé vers un groupe de parole qui m'a beaucoup aidé. Mais avec lui, je n'en parle pas. »

P13 « Elle ne creuse pas, elle ne cherche pas à savoir... Elle ne cherche pas à créer du lien je trouve. Et du coup, moi je ne cherche pas non plus. »

P13 « Je ne me suis pas senti écouté. Vous voyez, ça a fait un peu plouf ! Elle a écouté, mais elle n'a pas repris, pas rebondi et donc... Bah du coup, je ne me suis pas étalé, je n'ai pas ouvert plus. »

B. Les raisons d'un silence : pourquoi ces non-dits ou pourquoi les utiliser ?

1. Les raisons fréquemment invoquées

a. Une mauvaise relation de soin

Le patient se livre plus facilement lorsqu'il entretient une bonne relation avec son généraliste, relation basée sur la confiance et l'écoute. A contrario, une relation conflictuelle entraîne des non-dits.

P5 « Il y a des médecins qui ne nous laissent pas parler, ou alors qui ne nous écoutent pas. Dans ce cas, pourquoi parler ? »

P5 « Il était toujours pressé, euh, il avait un abord assez froid. Il fallait aller vite, aller droit au but. Vous voyez, il fallait aller au sujet hein (elle prend un ton strict). Pas le temps de s'exprimer, de dire nos ressentis. Non et puis je ne l'aurais pas fait [se confier], je ne me sentais pas à l'aise. Et ne pas être à l'aise avec son médecin, c'est quand même dommage »

P13 « Il n'y a pas d'informel en fait, c'est vraiment : tu viens pour un problème, tu ressors tu as une réponse très efficiente, très efficace, mais voilà, il n'y a pas d'entre deux. Elle creuse pas, elle ne cherche pas à savoir... »

P11 « Là, j'ai vraiment le sentiment qu'il y a le patient d'un côté du bureau et le médecin de l'autre côté avec son savoir ! [...] Même si je n'y vais pas régulièrement, c'est quand même agréable d'avoir un médecin avec qui tu peux échanger. »

b. La personnalité du patient

Les patients reconnaissent que leur personnalité influence la révélation des non-dits. Il y a les personnes réservées moins aptes à se livrer, et au contraire, les personnes expressives éprouvant plus de facilité à le faire.

P1 « Moi par exemple, c'est difficile de me lâcher et parler à quelqu'un, bon après ça dépend des personnes... Il y en a, ils ont aucune gêne, ils disent tout... Moi c'est compliqué, c'est dans ma personnalité »

P3 « Mais après ça dépend aussi de la personne. Je veux dire, si c'est une personne qui parle facilement ou si c'est une personne plutôt réservée... Il y a des gens qui sont à l'aise, ils disent tout comme ça »

P9 « Peut-être aussi qu'il y a des patients qui aiment et ont envie de parler et d'autres non ! [...] Ça c'est quelque chose qu'on sent, c'est du... du feeling, ça ne s'apprend pas. Mais c'est vrai que c'est chacun son ressenti aussi et chacun sa personnalité ! »

P15 « Après ça dépend de la personnalité de chacun, si le médecin se montre à l'écoute aussi, si le patient n'est pas trop réservé... Parce qu'il y a des gens plus réservés que d'autres, et là ils ne diront jamais leur problème je pense. »

Tous s'entendent pour dire qu'il y a une part de gêne, de honte voire d'égo qui les empêchent de parler. Notamment concernant les sujets de l'ordre de l'intimité.

P7 « A mon avis, c'est de la gêne, de la peur. En tout cas, pour ma part ! Après il doit y avoir un peu d'égo chez l'homme, avec de la fierté.»

P10 « Je ne pense pas qu'on puisse parler librement à son généraliste. Il y a toujours des petits trucs qu'on n'ose pas dire, qu'on cache. On a tous nos petits trucs... Parce que c'est notre vie privée, par peur de ce que va penser l'autre, par gêne, honte ! »

P10 « En fait, c'était gênant, super honteux, je ne savais pas si c'était normal. Et puis ce sont des choses qu'instinctivement, on ne va pas dire. »

P15 « Pourquoi ? Bah c'est gênant de parler de ça. Et puis comment évoquer le sujet ? J'imagine bien mon médecin après avoir regardé ma gorge « il y a d'autres choses dont vous vouliez me parler ? » « Euh oui, je ne bande plus » ! »

Mais c'est aussi l'éducation et la culture qui entraineraient un frein à la parole.

P14 « Je pense vraiment que ça doit être une question de culture ou d'éducation. Il y a des choses qui doivent rester intimes entre nous, qu'il ne faut pas dire. C'est dans les mœurs. Il y a même des parents, je suis sûre, qui vont être gênés si leurs enfants leur parlent de sexe. Et du coup, ils vont être encore plus gênés de le dire à une personne extérieure, si déjà leurs parents ne veulent pas entendre parler.»

c. Leurs peurs

Les patients rapportent, comme principal frein à tout dire : la peur du jugement de leur médecin, la peur de décevoir. Même s'ils sont conscients qu'un médecin ne juge pas, la peur persiste.

P5 « Il y a toujours un jugement. Enfin moi, j'ai toujours peur d'un jugement. Je vais me dire « punaise, qu'est-ce qu'il va penser de moi, il va me juger » [rire]. »

P14 « Après, peur du regard de l'autre aussi. Enfin je veux dire, peur d'être classé dans une catégorie, et d'engendrer de la pitié. »

P13 « Mais elle, je ne crois pas que j'oserais tout lui dire. Je pense que je me sentirais un peu jugé. »

P15 « Après peur du jugement aussi. Enfin ça dépend, car le médecin n'est pas censé juger... »

Beaucoup évoquent également la peur de déranger leur médecin. Les patients remarquent la surcharge de travail de leur généraliste, et ne prennent donc pas de le temps de se confier, sous estimant même leur maladie.

P1 « On ne va pas en parler au médecin, il n'a pas que ça à faire, il y a plein de monde qui attend derrière nous »

P3 « Après c'est la peur de déranger le médecin. [...] Moi, il faut vraiment que ça n'aille pas pour aller le voir. Je n'aime pas le déranger pour rien, mais des fois pourtant il faudrait »

P5 « Mais aussi parce qu'il était froid, on avait l'impression qu'il nous écoutait à peine. Alors la première fois, tu ré expliques une fois, la deuxième fois tu ne ré expliques plus, tant pis. Tu vois que tu le déranges, parce qu'il y a du monde dans la salle d'attente. »

P14 « En fait, déjà en salle d'attente, on a une pression. [...] Du coup on essaye aussi d'être, nous, patient, le plus rapide possible. Déjà, on n'est pas dans un climat qui met à l'aise pour tout dire. C'est déjà un climat de stress en fait, d'attendre, de voir qu'il y a d'autres gens derrière. Ça donne pas forcément envie de se poser dans le cabinet et de déballer nos problèmes et de discuter vraiment. [...] On en vient même à avoir peur de le déranger. »

Il y a la peur de décevoir également, qui entre en compte dans les raisons pour lesquelles on ne se confie pas. Les patients n'osent pas dire, par peur d'offenser leur généraliste, peur de lui faire de la peine, de le contrarier. Ils ne souhaitent pas rentrer en conflit.

P6 « Et puis, ça aurait pu être considéré comme un échec de sa part. Il prend tout son temps et malgré tout, on ne l'écoute pas, on se lance. »

P4 « Mon médecin m'en a voulu, oh, il m'a rouspété ! Faut dire il venait souvent et dès qu'il a eu le dos tourné, je ne lui ai pas dit et hop »

Mais il y a aussi la peur d'être incompris. Le médecin est perçu comme un soignant, ne prenant pas toujours en considération les désirs de son patient.

P6 « Vous pensez qu'il va comprendre que je ne veux pas prendre de médicament en plus? Lui ce qu'il veut c'est que je sois en bonne santé, vivre longtemps [...] Le médecin veut à tout prix nous soigner. Mais si on ne veut pas ? »

P10 « J'ai souffert d'anorexie. Et j'ai été incomprise... Incomprise par tout le monde, non seulement par ma famille, mes amis, mais également par mon médecin ! »

P14 « Pour moi, le généraliste n'est pas là pour écouter mes problèmes. Ce n'est pas son métier. Et je serais peut-être gêné aussi qu'il sache tout de moi. Peut-être que je n'ai tout simplement pas envie de lui dire, par peur qu'il confonde tout avec mes autres maladies et n'aille pas chercher plus loin. [...] J'aurais peur de le déranger, qu'il ne me comprenne pas.»

Et puis il y a la peur des patients d'être confronté à la réalité du diagnostic. Peur de découvrir une pathologie grave, peur de ses conséquences et des explorations que cela engendre.

P12 « Je pense que ce serait plutôt la peur de la réalité. Il y a des personnes qui ne veulent pas consulter et parler de leur problème, par peur du diagnostic. Je pense que nous avons tous peur quelque part, d'être confronter à un diagnostic. »

P14 « Après, il y a toujours la peur de ce qu'on va découvrir. Est-ce que ça va être normal ? Qu'est-ce qu'on va devoir encore faire ? »

P15 « La peur de ce qu'il peut arriver, et aussi de se dire... On a toujours peur de la réponse du médecin, en fait. Je ne sais pas, peur du diagnostic, peur de ce que ça va engendrer, les frais... La peur de savoir en fait ! »

Enfin, les patients ont également peur de la divulgation du secret médical. Ils sont conscients de l'existence d'un secret professionnel, ce qui aspire à leur confiance, mais ne savent pas réellement en quoi il consiste, et ont donc peur de sa violation.

P3 « Tu dois toujours avoir la peur que, même s'il y a le secret professionnel, ça soit répété. Parce que dans l'intérêt du patient, pour sauver le cas, il ne peut pas le dire ? Ça ne peut pas être su ça ? »

P4 « Il y a le secret d'Hippocrate, donc oui, j'ai confiance. Je sais que normalement, ce que je dis ne sera pas répété [...] mais il y a peut-être des médecins qui ne le respectent pas non plus ! [...] J'ai toujours cette peur que ce soit répété. »

P5 « Je crois que le fait de ne pas avoir le même médecin, ça permettait de dire des choses et de nous, nous libérer. Sans avoir peur du jugement et que ce soit répété. »

P15 « On a toujours peur que le secret médical soit répété. C'est comme tout. Rien que parfois, je pense que le médecin doit redire les problèmes de santé dans la famille, pas dans le but de nuire bien sûr, mais pour être soutenu ! »

d. Nécessité d'accepter la maladie pour en parler

Les patients avouent rencontrer des difficultés à accepter la maladie. Il faut d'abord en prendre conscience, sortir du déni, pour ensuite pouvoir en parler. Certains sujets sont plus faciles à aborder avec le temps.

P4 « J'ai eu du mal à en parler à mon médecin, fallait accepter le coup, mais j'ai fini par lui dire »

P5 « Dans tous les cas je pense que, quand il y a quelque chose qui nous inquiète vraiment, on va en parler à notre médecin... peut être au bout d'un certain temps, le temps d'accepter la chose ou de se dire « non là ce n'est vraiment pas normal, faut que je lui dise. »

P6 « Tout ça pour dire que j'ai mis du temps à le dire à mon médecin, faut le temps de l'accepter, j'avais honte. »

P13 « C'est comme un déni, je pense. Faut prendre conscience de notre problème, accepter son trouble pour en parler. Si tu n'as pas fait le travail d'acceptation de tes difficultés [...] si tu es dans le déni, tu ne sais même pas que tu as un problème, donc tant que tu n'as pas accepté tu ne peux pas en parler. [...] Je pense que quand tu le dis à voix haute, tu le verbalises, et c'est une façon de le reconnaître »

e. Le patient juge lui-même de l'importance ou non de dire

Les patients jugent eux-mêmes de l'importance ou non de parler à leur médecin. Ils ont tendance à minimiser leurs pathologies, et attendent de voir l'évolution de leur maladie avant d'en parler. Ils interprètent l'éventuelle réaction de leur thérapeute.

P1 « Après, bien sûr, si c'est important pour la prise en charge, je le dirais mais bon. Ce sont des petits problèmes pas intéressants pour lui. Ou que je juge par intéressants pour lui, plutôt. »

P7 « Euh oui, je pense tout lui dire. Enfin du moins, ce que je juge important pour la prise en charge derrière. Après, nous ne sommes pas obligés de tout, tout dire non plus ! A nous de juger si c'est important ou non. »

P12 « à tort ou à raison, je ne me sens pas tellement atteint. Et si vraiment, j'avais un mal qui me perturbait, j'irais consulter. Mais pour l'instant, je retarde, c'est des petites choses ! »

P14 « je juge de moi-même l'importance ou non de la chose. Et si ça traîne, évidemment je finis par aller le voir. Mais ça traîne rarement ! »

2. Les raisons des non-dits sont aussi liées au médecin

a. Sa personnalité

Tout comme la personnalité du patient, celle du médecin intervient aussi dans la libération de la parole. Le médecin doit avoir des qualités humaines d'écoute et d'empathie pour permettre au patient de se confier.

Mais les patients relatent aussi des difficultés à parler à leur médecin en fonction de son sexe et de son âge, caractéristiques pourtant intrinsèques au médecin.

P5 « Alors moi je sais que mon médecin traitant est un homme, je suis très à l'aise avec lui, très très à l'aise, mais j'avoue qu'il y a des choses que je n'ai pas trop envie d'étaler parce que c'est un homme. Avec une femme, je crois que bon, euh je parle de problèmes que je peux avoir au niveau gynécologique, au niveau urinaire. C'est surtout ça, après le reste je m'en fiche. Mais bon »

P7 « Si on reprend quelqu'un qui a des problèmes sexuels, ça doit être super frustrant de le dire, d'autant plus si le médecin est une femme. C'est sexiste ce que je dis non ? Un peu macho ! Après c'est peut être pareil chez les femmes, j'en sais rien »

P11 « Le rapport homme-femme est dérangement. Mais bon je sais que c'est con, c'est un professionnel, il ne te voit pas comme autre chose qu'un patient. Mais la barrière est là. »

P11 « Ma doctoresse était en fin de carrière. D'ailleurs, je trouvais aussi ça rassurant : son âge. Peut-être qu'inconsciemment, je me disais « bon voilà, elle est en fin de carrière, elle a 45 ans de bouteille, dc je présume que son diagnostic est le bon ! » Là maintenant, avec mon médecin traitant actuel qui doit avoir 40 ans, c'est peut-être moins rassurant, j'ai moins confiance »

b. Sa relation avec le patient

Bien que tous les patients veuillent une relation de proximité avec leur généraliste, ils considèrent qu'être amis avec leur médecin de famille entraînerait des non-dits dans leur relation. Non-dits du patient mais également du médecin. Cela engendrerait une peur de décevoir l'un et l'autre, une peur de blesser autrui, et risquerait de fausser le jugement. Ceci altérerait inévitablement la relation de soin, il n'y aurait plus d'objectivité.

P13 « Je préfère séparer ami – professionnel. Je pense que ça, pour le coup, ça peut être un frein à la parole. Il n'y a pas de neutralité. On ne doit pas oser tout se dire. Je pense qu'on se mettrait mutuellement en difficulté.»

P12 « Le fait d'être proche de son patient, on peut peut-être passer à côté de quelque-chose. Je me demande des fois, si on se connaît bien, si les docteurs ne passeraient pas sur certaines choses. Parce qu'on parle de tout, et des fois on oublie de parler du véritable problème. »

P5 « Quand on est ami, il y a toujours des choses délicates à dire des deux côtés. Je ne sais pas, une maladie grave, un cancer... Et puis encore une fois, tout ce qui touche à la gynécologie, là c'est sur je ne lui dirais pas. [...] Voilà, maintenant que je suis amie avec le médecin, il y a une barrière, j'arrive plus à me confier. Peut-être que lui ne la ressent pas, mais moi oui »

P8 « Tu n'es plus objectif, tu oses moins dire les choses des deux côtés d'ailleurs, lui comme moi... [...]Est-ce que quand tu es ami, ton regard, même si tu ne dis pas les choses, est ce que ton regard ne peut pas changer ? Je trouve que c'est compliqué et délicat »

Les patients souhaitent donc une proximité sans tomber dans l'amitié, ce qui n'est pas toujours chose aisée.

P11 « Elle est quand même compliqué la relation, parce qu'il faut une proximité mais en même temps pas trop pour oser, mais pas être trop distant non plus. Ce n'est pas évident hein, c'est vrai ! »

P8 « Je n'ai aucun problème, on ne se connaît pas en dehors, on ne le voit que professionnellement parlant. Et du coup, je trouve que tu dis des choses et qu'on peut se permettre de dire des choses beaucoup plus personnelles. Il n'y a pas de jugement, le regard ne change pas, c'est moins intrusif. [...] On a une relation avec suffisamment de distance pour oser tout dire. »

P8 « C'est à double tranchant en fait, être proche sans devenir ami. On se connaît depuis plus de 20 ans, mais on n'est pas ami, loin de là, mais la barrière n'a jamais été franchie. [...] Quand tu deviens ami, je crois que les amis doivent aller voir quelqu'un d'autre »

c. Son mode d'exercice

Les patients remettent en cause le système de santé et notamment la tarification à l'activité. Elle entrainerait selon eux, l'émergence de non-dits. Le praticien enchaîne les consultations et les actes pour sa rémunération, et ne prend plus le temps d'interroger ses patients. Les patients ont le sentiment de ne plus être pris en considération, ils ne prennent plus le temps de se confier.

P14 « Et ça, si on va chercher un peu plus loin, c'est peut-être dû à votre tarification à l'activité. Si les médecins gagnaient toujours la même chose, ils auraient plus le temps et on serait plus écouté et donc mieux soigné. »

P2 « Par contre pour les sous, ça... Vous demandez un petit quelque chose alors qu'elle consulte mon mari, elle vous fait payer deux consultations »

P14 « Il y a tellement de patients derrière, qu'on a l'impression que c'est un peu l'usine des fois. Même chez les médecins ça se ressent, ils sont speed, rapides, enfin c'est l'impression que j'ai quand je vais chez lui. J'ai l'impression d'être juste le suivant et que limite, il s'intéresse pas plus que ça à moi. »

Ils considèrent leur généraliste comme un coordinateur de soin. Ils préfèrent parler de leurs pathologies au spécialiste correspondant. Ils s'accordent à dire qu'il est nécessaire d'avoir une bonne entente entre confrères d'en leur intérêt d'être soigner au mieux.

P3 « Je pense que ce qui est important aussi quand on voit plusieurs médecins, c'est qu'il y ait une bonne relation entre les médecins que l'on côtoie, que ce soit un psy ou autre. »

P12 « Il faut préciser aussi qu'il m'a suivi depuis un certain temps pour mon cancer. Donc je pense aussi qu'il ne prend plus trop de responsabilité, et n'hésite pas à m'envoyer à droite à gauche dès que j'ai un pet de travers. [...] Maintenant, les médecins ont tendances à plus se décharger de leur responsabilité »

Enfin, les patients identifient aussi une autre raison de ne pas tout dire à leur médecin, dû à son mode d'exercice, celle de partager la consultation avec un étudiant. Ils trouvent difficile de se confier devant une tierce personne, qui casse la relation privilégiée entretenue avec leur médecin. Même s'ils n'ont rien à leur reprocher.

P3 « D'ailleurs je vais vous avouer, les étudiants, ça me gêne un peu. Mais je n'ose pas le dire. Alors qu'il me demande au début de consultation si ça me gêne, mais je réponds non. [...] Peut-être le fait d'être trois, la relation n'était pas pareil. J'étais différente. Alors que si le stagiaire est seul ce n'est pas un problème.»

P5 « Bon, à la suite du décès de mon mari, là euh, j'y suis allée une ou deux fois, ça ne m'a pas gêné la stagiaire. Il faut dire que je l'occultais. Moi ce que je voyais c'était le médecin et puis... Je me dis qu'il faut qu'ils apprennent aussi hein. Et qu'ils entendent aussi ce que les patients peuvent dire »

V. Quelles conséquences ?

A. Les non-dits nuisent la prise en charge

Les patients ont conscience que les non-dits ne sont pas sans conséquences, ils nuisent à la prise en charge. Tout dire est important, et pourtant...

P4 « Ça sert à rien de lui cacher, il est là pour nous »,

P5 « si on ne dit pas les choses, comment le médecin peut le deviner ?
Automatiquement, il ne peut pas nous aider si on n'ose pas en parler ! »

P7 « Comment soigner si l'on ne connaît pas de quoi souffre l'autre ? »

P7 « Bon, après le médecin est là pour trouver une solution. Donc si on ne lui dit pas le problème, ça risque d'être compliqué... »

P10 « Tout dépend de ce que l'on ne dit pas. Des fois c'est un petit truc, des fois...
Des fois, ça change complètement la prise en charge.»

P11 « Evidemment, si on ne dit rien ou pas tout, forcément que ça a une influence. Ça a nécessairement une conséquence. Parce qu'il y a des choses que vous ne pouvez pas deviner. »

D'après les patients, ils entraîneraient une perte sur le bénéfice de la santé par un retard diagnostic. Ne pas dire pourrait les faire passer à côté d'une pathologie grave.

P13 « Je me dis que s'il ne sait pas, il peut passer à côté d'un truc et donc j'ai aussi une crainte que pour ma santé, il passe à côté d'un truc. Donc oui, moi j'allais facilement lui parler. Je lui disais facilement les choses. Et donc même si ce n'est pas toujours des sujets simples, moi je le disais. »

P15 « Ah je pense oui, quand on entend autour de nous, la plupart des cancers, ce sont des personnes qui n'ont pas osé parler de leur petit truc pensant que c'était banal et puis ça traîne, ça traîne, et c'est la merde. Je suis un bon exemple ! Après si ça dure sur le long terme on finit par le dire mais sinon non.

Combien de fois j'entends certains dirent « c'est bien, ça a été décelé tôt » ou au contraire « rho si j'avais été un peu plus sérieux... »

Les non-dits accentueraient l'inobservance et l'automédication. Le médecin, n'ayant pas conscience du problème, ne penserait pas à ré informer son patient sur l'utilité d'un médicament.

P6 « J'ai un appareil, je dois noter les chiffres... Mais je n'ai pas que ça à faire, j'ai mon jardin, la télévision... Alors quand il arrive pour me consulter tous les mois, je remplis les cases avant. Je mets autour de 13, pour ne pas avoir de médicaments. J'en ai marre de tous ces médicaments, j'en prends déjà suffisamment. »

P2 « Je vais bien, pas besoin d'en prendre plus. Si elle dit d'en prendre 3 et qu'au bout de 1 ça va mieux, j'arrête toute suite »

B. Risque de mauvaise information avec recours à internet

Ne pas oser parler à son médecin oblige donc les patients à chercher ailleurs, notamment sur internet. Même s'ils ont conscience que cette source peut être erronée. Il y a donc le risque d'une mésinformation sans réassurance du médecin.

P14 « Après je me rappelle, à une époque, j'étais très stressé, car je pensais avoir une tumeur. J'avais très mal au dos, je suis allé voir sur internet comme tout le monde, et là j'ai vu le mot cancer... J'ai « psychoté » comme on dit, je me suis renseigné à droite à gauche, mais j'ai tardé à le dire au médecin. Alors, pourquoi ? Bah par peur !. »

P4 « Comme ici, j'avais passé une visite parce que j'avais du sang dans les selles. Je m'étais renseigné sur internet avant d'aller le consulter, j'avais peur que ce soit grave... »

P7 « Parce que internet c'est bien, mais Doctissimo tout ça, moi je ne suis pas fan. T'as mal à la gorge, t'as le cancer avec ce site ! On perd l'information, on ne sait plus qui croire, il y a tout et rien. Et donc c'est là que vous intervenez. »

C. Conflit dans la relation patient médecin

Les non-dits de part et d'autre peuvent entraver la relation de soin. Les patients en veulent à leur généraliste, ce qui diminue la confiance et altère la prise en charge. La relation se dégradant, les patients osent donc moins se confier, et c'est l'engrenage.

P2 « mais moi je savais très bien qu'elle le savait et n'osait pas me le dire. Elle voulait peut-être se protéger, elle n'a fait que des insinuations, mais m'a jamais dit la vérité »

P8 « Je pense qu'on peut tout dire, il faut d'ailleurs tout dire clairement, où on pose les actes, on pose les gestes et voilà quoi. Je ne pense pas qu'il faille tourner autour du pot. Alors maintenant je pense aussi que ça dépend des gens. »

P5 « Alors il ne me l'a pas dit pour me protéger probablement, mais qu'est-ce que je lui en aurais voulu si ça lui était arrivé »

P9 « Bien qu'il avait beaucoup d'empathie, mais il avait peut-être un peu de mal à creuser. C'était un bon médecin, mais pas celui que j'attendais. »

D. Les patients privilégient les médecines parallèles

Ils se tournent donc vers d'autres médecines, dites parallèles. Les patients découvrent d'autres façons de soigner, et ne sont plus toujours en attente de médicaments. Ceci peut renforcer davantage le non-dit avec leur médecin généraliste, pas toujours ouvert à ces pratiques, rompant une fois de plus le dialogue.

P11 « Dès que j'ai besoin de soutien, ou que je ne me sens mal dans mes pompes, je vais là-bas [médecine alternative]. Ils sont forts médecine chinoise, au départ j'étais septique, mais c'est carrément autre chose, une autre approche, et ça fait du bien. Et c'est vraiment dans un autre univers que le médecin [...] Quand on parle à un médecin d'homéopathie, de médecine parallèle, huile essentiel, de machins... On se heurte à des murs. Et c'est dommage, parce que si ça nous fait du bien, pourquoi pas ? Tout de suite, vous vous fermez. C'est dommage ! Regardez, on fait bien des opérations par hypnose maintenant ! C'est quand même un truc de fou ! Je pense qu'il faut avoir une ouverture d'esprit pour être capable de tout entendre. Si ça nous fait du bien, peu importe si c'est effet placebo ou pas. Ça marche ! Alors pourquoi pas ? »

P10 « Moi j'ai besoin d'écoute, d'ouverture d'esprit sur les médecines dites parallèles comme l'acupuncture, l'homéopathie, les compléments alimentaires. »

VI. Les solutions proposées par les patients pour les limiter

A. Installer un climat de confiance

Les patients proposent des solutions pour limiter les non-dits. De prime abord, ils conseillent d'installer un climat de confiance au sein de la relation avec leur médecin. Ce n'est pas chose facile, cela peut prendre du temps.

P3 « Je pense que quand on a confiance et qu'on est à l'aise avec son médecin, on peut lui parler de tout. »

P5 « Moi je pense que la première chose, c'est qu'il faut qu'il y ait une confiance qui s'installe, une fois que la confiance est installée, pfiou, on parle, on se libère. Et la confiance ça prend du temps, ce n'est pas sur un rendez-vous qu'on l'a. »

P8 « Il y avait une telle confiance, au bout de tant d'années, que je savais qu'il ne me jugerait pas, qu'il ne changerait pas de regard sur moi, qu'il ne s'apitoierait pas sur mon sort. Il était neutre. Et j'avais besoin d'une personne comme ça, une personne capable de m'écouter, et de me donner des conseils. »

P13 « La confiance dans une relation fait qu'on peut tout dire, on n'a pas peur d'être jugé. »

P14 « Je pense qu'il faut instaurer une bonne relation, et que le médecin mette en confiance son patient. Peut-être en s'intéressant justement plus à nous. [...] Je pense que c'est au médecin de se montrer ouvert à toute discussion »

Et pour instaurer cette confiance, il faut que le patient se sente compris, il faut que le médecin lui accorde de l'importance.

P3 « Il faut aussi nous montrer un minimum d'importance. Ne pas nous considérer comme un patient de plus, et après passer au suivant. »

Il faut installer une relation de proximité. Le médecin doit se montrer abordable et accessible. Pour cela, il est primordial d'utiliser un langage adapté, compris des patients.

P3 « Bien nous accueillir et rester assez naturel, ne pas trop en faire. Ne pas être distant du patient, se mettre à la hauteur du patient »

P3 « Et ne pas utiliser des termes médicaux. Faire attention à ça aussi, il y a des termes qui nous font peur, alors que pour les médecins c'est peut-être rien. Mais parce que l'on ne les connaît pas ou on les connaît mal, pour nous ça nous semble grave ! »

Le patient accepte que son médecin doute, mais désire que celui-ci le reconnaisse ou lui en fasse part.

P3 « Après il peut hésiter sur un diagnostic ou un traitement, on a tous droit aux erreurs mais qu'il nous l'explique dans ce cas-là. Il y a hésitant... et ne pas savoir ! Ne pas agir dans le flou, si on ne sait pas trop : le dire. Parce que le faire ressentir, et ne pas le dire, ça met le patient dans le doute »

Il est nécessaire parfois, d'une expérience vécue pour faire confiance par la suite.

P6 « Depuis ce temps j'ai su que je pouvais tout lui confier, que je pouvais compter sur lui ! Il est gentil mon médecin. C'est un brave ! »

P8 « Sauf que quand j'ai commencé à avoir des gros soucis de santé, et bien mon médecin n'a pas fait ce qu'il fallait. Et donc je suis très vite retournée avec l'ancien médecin. »

P15 « Tout ceci [la découverte du cancer] n'a fait que renforcer nos liens. [...] On lui doit beaucoup et on lui sera toujours reconnaissant. Et je pense qu'on n'est pas prêt de le quitter »

B. Respecter leur intimité, leur laisser le temps d'aborder un sujet

Les patients conseillent aux médecins de respecter leur intimité pour faciliter la révélation des non-dits. Ces derniers sont jugés parfois trop intrusifs, ce qui freine le patient à oser parler.

P9 « Avec ma généraliste, on n'est pas amie, mais elle me demande toujours si mon mari va bien, si ma fille va mieux. Mais sans être trop intrusive, juste ce qu'il faut, parce que il y a le secret professionnel. Vous voyez c'est comme si elle me lançait une perche pour que justement j'ose tout lui dire. C'est sa manière à elle, certainement, de nous dire « si tu as un problème de ce côté-là, je suis ouverte, tu peux tout me dire », le tout sans s'imposer. Et de ce fait, tout devient naturel, on en parle. Elle est habile »

P14 « A contrario, poser trop de question peut paraître intrusif, le patient peut se demander « pourquoi il me pose tout ça comme question ». C'est vraiment très délicat ! Je pense qu'il ne faut pas forcer non plus le patient à parler »

De même, ils encouragent leur médecin à leur laisser du temps pour en parler. En effet, certains sujets sont plus faciles à aborder avec le temps. Il est primordial de le respecter.

P3 « Après des fois, il y a des choses que je repousse dans les consultations. J'y vais 1 fois, je ne le dis pas, j'y retourne une deuxième fois et je ne le dis toujours pas. [...] Je ne l'ai pas dit, parce que je ne pensais pas que ça pouvait avoir des conséquences. »

P8 « Je trouve que plus tu vieillis et plus tu le connais, plus tu oses lui parler de tout. Il y a de la confiance dans la relation, j'ai appris sur moi aussi en vieillissant, je sais ce qui est important à dire et ce qui ne l'est pas. Et je parle beaucoup plus facilement. »

P13 « Après il y aura toujours des gens qui ne vont pas prendre la perche tendue, mais c'est aussi dans la relation, dans le temps, dans la confiance que les gens vont peut-être pouvoir s'autoriser à dire des choses. »

C. Avoir une écoute attentive pour rebondir sur les sujets

Les patients recommandent aux médecins de prendre le temps de les écouter, de les laisser parler.

P9 « Après, je peux comprendre qu'il y ait des personnes qui n'osent pas tout dire. Même moi, selon la personne qui est en face de moi, si ce n'est pas quelqu'un qui a de l'empathie ou quelqu'un qui ne souhaite pas écouter... [...] Prenez votre temps avec le patient. On a besoin de ressentir qu'on est écouté. Sinon, évidemment qu'on n'osera pas tout dire, ni se confier »

P14 « Après c'est peut être mon côté très réservé aussi, si on ne me pose pas les questions, je ne vais pas étaler ma vie non plus. Mais en soi, je n'ai pas de difficulté à parler, une fois qu'on m'a lancé, j'ose ! »

En effet, ils reconnaissent ouvrir des portes ; Au médecin de se montrer réceptif et de s'y engager.

P7 « A mon avis, c'est plus au patient d'aller vers le médecin. On vient vous voir pour des problèmes, ce n'est pas à vous de venir à nous. Je pense qu'il faudrait que vous vous attardiez sur des petits trucs qu'on vous lance en fin de consultation, et nous en reparler, rebondir dessus. »

P9 « Moi j'ai tendance à tout dire. Enfin évidemment, comme tout le monde, il y a des moments où je suis moins à l'aise que d'autres. Et effectivement, je lance des perches aussi. Mais elle a cette capacité à les attraper très vite et savoir où je veux en venir. [Rire] Et du coup, elle met les pieds dedans, si je puis dire, et on en parle directement sans tabou. »

P13 « Je ne me suis pas senti écouté. Vous voyez, ça a fait un peu plouf ! Elle a écouté, mais elle n'a pas repris, pas rebondi et donc... Bah du coup, je ne me suis pas étalé, je n'ai pas ouvert plus. »

P9 « Elle a une grande capacité d'écoute et essaye de rebondir là où on commence à avancer pour aller plus profondément dans la consultation. »

Rien de tel que de parler franchement et aller directement au sujet.

P8 « Si j'ai des interrogations, je lui dis directement, s'il en a il me les dit. Il n'y a jamais eu de malaise dans notre relation, contrairement à l'ancien ou comme je disais : le fait d'être ami, ça bloquait et créait de temps en temps des barrières, des tabous »

P13 « Après pour aborder un sujet délicat, je pense qu'il ne faut pas chercher à droite ou gauche, il faut le dire simplement. Pour moi le généraliste est censé être proche du patient, prendre son temps avec son patient »

P15 « Après, pour ce qui est du reste, j'avoue que si le patient n'évoque pas le problème, je ne vois pas pourquoi le médecin y penserait. Donc pour moi, c'est aussi au patient de faire un effort et d'aborder le sujet, parce que le médecin ne peut pas savoir tout. Surtout si on ne lui dit pas ! »

P15 « La meilleure manière de l'aborder et de le dire directement ! Il ne faut pas y aller par quatre chemins. »

D. Inciter la verbalisation

Pour certains patients, ce serait au médecin d'initier la discussion. Il doit lui aussi ouvrir des portes, introduire un sujet pour permettre au patient de se confier en toute confiance.

P9 « C'est comme si elle me lançait une perche pour que justement j'ose tout lui dire. C'est sa manière à elle, certainement, de nous dire « si tu as un problème de ce côté-là, je suis ouverte, tu peux tout me dire », le tout sans s'imposer. Et de ce fait, tout devient naturel, on en parle. »

P10 « Avec elle, on peut parler de tout, et j'ai été très vite à l'aise. Alors je ne lui en aurais pas parlé si elle n'avait pas abordé le sujet, mais vu qu'elle m'en a parlé... « Elle m'a dit « au fait, est ce que vous avez ça, ça ? » et c'est à ce moment que j'ai osé lui dire. Elle était tellement ouverte, à poser 36 milliards de questions pour être sûre que tout allait bien, que du coup, voilà. »

P12 « Alors bien sûr, il faut que le médecin soit à l'écoute. Et de cette écoute, faire des points de repères, pour pouvoir reposer les questions après. [...] Se rappeler des petits problèmes, mettre des pense bêtes, et y revenir après. Ça donne une possibilité pour rouvrir la conversation dessus la prochaine fois. »

P13 « Un généraliste, euh, je pense quand même qu'il doit tendre des perches. Après les gens prennent ou prennent pas. Mais je pense, ou de façon basique « comment vous allez ? Comment vous vous sentez en ce moment ? Quel est votre moral ? » Pas forcément plus que ça. On n'est pas dans des trucs super précis mais tu viens à dire « je me préoccupe de vous » donc je pense que c'est une ouverture. Après tout dépend de la personnalité du patient, avec les personnes qui ont une capacité à parler bah tant mieux, mais avec ceux qui n'ont pas l'habitude de parler d'eux et il y en a quand même beaucoup, si on ne va pas un peu à la pioche, ils ne diront rien »

D'autres proposent d'améliorer la communication en affichant des messages publicitaires dans la salle d'attente. Ces messages auraient pour objectif de rassurer le patient, en l'incitant à parler.

P14 « Moi je pense vraiment qu'il y a un problème dans la communication. Il n'y a peut-être pas assez de campagnes de publicité. C'est un problème de communication je pense, où il faut expliquer aux gens, globalement, qu'ils ne doivent pas hésiter à se dévoiler à leur médecin, et peut être que c'est même des trucs qu'il faudrait mettre dans la salle d'attente. Ou même écrire « le médecin n'est pas là pour vous juger, oser en parler » ou un truc du style. »

Enfin, ils proposent aux médecins de s'appuyer sur du concret pour les faire parler. L'examen clinique et les bilans complémentaires serviraient de preuves pour lancer un sujet.

P11 « Et puis en plus pour les pathologies, comment dire, physiques, de toute façon il le verra. Vous avez des signes cliniques qui permettent de toute suite amener le sujet... Par exemple, si on a tendance à bien consommer, il le verra sur le bilan, mais jamais ça sera moi qui aborderais le sujet. »

P11 « Je pense qu'il y a forcément une relation entre les mots du corps et de l'esprit. Et le fait de s'en rendre compte, et de dire « bah attendez si vous avez mal là, c'est aussi que vous... »... De tenir ce discours, ça pousse à dire les choses. »

P15 « Ou, alors faudrait que le médecin s'appuie sur des trucs objectifs, par exemple, les analyses de sang, peut-être qu'en voyant certaines analyses, certains chiffres, il peut peut-être savoir des choses que les gens n'osent pas dire : la prise de tabac, de cholestérol, d'alcool... »

E. Dédramatiser l'anormalité en informant son patient.

Les patients sont unanimes, une bonne information limite le non-dit. Ils souhaiteraient que leur généraliste les informe davantage sur leurs pathologies et les traitements, ainsi ceci éviterait des non-dits. De plus, le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension de son patient.

P7 « Mais c'est vrai que ce côté humain est hyper important, et expliquer au patient. Ca je pense que c'est ultra important ! Genre, je me souviens de détail, mais quand j'avais un problème, il m'expliquait que ça venait de « ça, ça, ça » et je pouvais comprendre plus facilement, pour agir par la suite. [...] Ce n'est pas le tout de dire « prends ça, prends ça », c'est bien qu'il explique et va plus loin pour qu'on puisse prendre conscience de certains trucs. On se sent, comment je pourrais dire, acteur de notre santé. »

P15 « le médecin devrait penser à dire « avec votre traitement, il serait normal d'avoir des difficultés pour respirer, est-ce le cas ? » ou « avec votre traitement, ou avec vos antécédents, il serait normal de... L'avez-vous ? » On ne nous informe pas assez, selon moi, des effets indésirables à long terme des traitements. Et dans ce cas, c'est un manque d'information. »

Les généralistes devraient également dédramatiser l'anormalité. Ainsi le patient rassuré, parlerait plus facilement.

P10 « Ma sage-femme est très... ouverte, avec beaucoup de spontanéité et de familiarité. [...] Elle m'a dit « au fait, est ce que vous avez ça, ça ? » et c'est à ce moment que j'ai osé lui dire. »

P14 « Montrer qu'on n'est pas tout seul à avoir ce problème et déculpabiliser les patients. Se baser sur des pourcentages, des études scientifiques pour dire « vous n'êtes pas seul à avoir ce problème ».

P15 « Ça met à l'aise aussi, on se dit « ah bah si c'est normal, oui j'ai ça... » Et ça permet aussi de plus se livrer « et j'ai ça aussi, ça aussi c'est normal ? » et de dédramatiser »

P12 « Ou alors « vous savez à votre âge, il est fréquent que... » Comme ça, ça fait moins malade ! Ça devient plus normal disons ! »

F. Prendre en charge le patient dans sa globalité

Pour limiter les non-dits, le patient aimerait que son médecin de famille le prenne en charge dans la globalité. Qu'il ne s'intéresse pas uniquement au motif de la consultation mais qu'il aille au-delà.

P9 « Elle nous voit en globalité, pas uniquement pathologie par pathologie. Si on a mal à la tête, elle ne va pas nous donner du doliprane et nous dire au revoir. Non, elle va chercher à savoir le contexte, si tout se passe bien au travail, dans la famille. Elle creuse, et va au fond du diagnostic. Et le fait d'être dans un contexte, ça aide aussi, ou ça oriente parfois le diagnostic différemment »

P12 « Notre relation est assez ouverte, parce que l'on parle un peu de tout, il aime bien parler. On ne parle pas uniquement de choses médicales. [...] Ça permet aussi au médecin de cerner le patient, et de le voir dans sa globalité et pas qu'en tant que malade. »

P13 « Son rôle à mon sens, est de nous prendre en charge dans la globalité, et c'est dommage d'être compétente que sur le somatique. Parce que le somatique et le psychique sont liés. »

Qu'il s'implique davantage dans la relation, et s'intéresse à la vie quotidienne de son patient.

P1 « Il me met à l'aise, me demande comment vont mes études tout ça... J'ai l'impression qu'il s'intéresse à moi, donc c'est plus facile de lui parler du coup »

P6 « Alors mon médecin venait plus souvent pour me rendre visite, pour parler un peu, voir si je ne faisais pas de bêtises... » [...] Il a été là quand j'en avais besoin, et je lui en suis très reconnaissant. Il a pris le temps pour moi, même s'il en avait pas tellement, il a été bien disponible. »

P14 « Avec lui, c'est « bonjour, vous venez pourquoi ? » et il m'a vraiment accueilli vite fait, je lui ai dit que j'avais une spondylarthrite, il ne s'est pas intéressé plus que ça. Il m'a fait mon renouvellement de traitement et m'a dit « vous avez besoin de quelque chose ? » « J'ai dit non » et puis je l'ai senti très froid, il ne s'intéressait pas vraiment à moi. Il n'a pas cherché à faire du contact ni créer du lien »

G. Insister sur l'importance du secret médical

Les patients ont connaissance du secret médical, mais ne savent pas exactement en quoi il consiste. Rassurer son patient en lui rappelant le serment d'Hippocrate permettrait une plus grande confiance et la révélation de sujets tabous.

P7 « De toute façon je sais qu'il y a le secret professionnel. Le médecin est tenu par ça, et je sais qu'il n'y a pas de soucis là-dessus. [...] Je sais que du coup je peux tout lui dire, il ne répètera pas, clairement ! Et ça, ça libère. Pouvoir tout dire à quelqu'un, sans avoir la peur que ce soit révélé... C'est rassurant ! »»

P8 « Je sais très bien que ce que je lui dis restera entre nous avec le secret médical »

H. Le rôle du remplaçant

Les patients, bien qu'ils préfèrent consulter leur généraliste avec qui ils ont plus de lien, reconnaissent l'utilité des remplaçants. Ces derniers ont donc un rôle à jouer. D'après les patients, se confier à un inconnu semble des fois plus facile. Ils permettent un regard nouveau sur les prises en charge.

P10 « Vous voyez, beaucoup de patients n'aiment pas les stagiaires, les jeunes médecins. Moi c'est le contraire, j'aime beaucoup. Ils ont un regard nouveau, ne nous connaissent pas donc pas de jugement, pas de stéréotype en tête. Ils prennent notre cas avec beaucoup d'intérêt, et font des examens poussés. Là on n'est pas expédié du tout, ils vérifient que tout aille bien. »

P12 « C'est bien que de temps en temps il y ait des remplaçants. Il n'y a pas d'arrière, de passé, quoi. Et puis, j'aime avoir plusieurs points de vue ! »

I. Ouverture d'esprit : notamment sur les médecines parallèles

Les patients, de plus en plus sensibles aux médecines parallèles, aimeraient que leur généraliste se montre plus ouvert sur ces techniques, même s'il ne les pratique pas. En effet, cette ouverture d'esprit permettrait d'améliorer la relation dans l'intérêt du patient.

P5 « Et en plus, il est très ouvert aussi sur les médecines douces. Si on lui parle d'homéopathie, il ne pas nous dire « c'est du placebo quoi », là il va dire « bah écoutez si vous voulez on essaye », il n'est absolument pas fermé sur tout ça « si ça vous fait du bien, on y va » »

P10 « Moi j'ai besoin d'écoute, d'ouverture d'esprit sur les médecines dites parallèles comme l'acupuncture, l'homéopathie, les compléments alimentaires. »

P11 « Quand on parle à un médecin d'homéopathie, de médecine parallèle, huile essentielle, de machins... On se heurte à des murs. Et c'est dommage, parce que si ça nous fait du bien, pourquoi pas ? Tout de suite, vous vous fermez. C'est dommage ! Regardez, on fait bien des opérations par hypnose maintenant ! C'est quand même un truc de fou ! Si ça nous fait du bien, peu importe si c'est effet placebo ou pas. Ça marche ! Alors pourquoi pas ? »

DISCUSSION

I. Principaux résultats

Bien que les patients aient conscience de l'importance de tout dire à leur médecin généraliste pour une bonne prise en charge de leurs pathologies, nous nous apercevons que ce n'est que rarement le cas. Les pathologies relevant de l'intimité, les problèmes psychologiques, les addictions, et les maladies graves sont principalement concernés par ces non-dits.

Les motifs sont clairement identifiés par les patients. Ils dépendent à la fois de la personnalité du patient, du médecin mais aussi de la relation qu'ils entretiennent.

Une relation basée sur l'écoute et l'empathie, dépendant du savoir être du médecin, installera un climat de confiance plus favorable à la révélation des non-dits. Attention tout de même, à ne pas tomber dans l'amitié, ce qui risquerait de mettre un frein à la parole.

Si les patients n'osent parler, c'est en partie par pudeur, gêne et honte. L'éducation qu'ils reçoivent de leur famille, leur histoire et vécu, entrent en compte aussi.

Les principaux motifs évoqués restent leurs peurs, dont celle omniprésente d'être confronté à la réalité du diagnostic. S'il y a également la crainte de déranger et de décevoir, il s'agit en réalité surtout de la peur du jugement d'autrui.

Les raisons du silence sont intimement liées à la personnalité du médecin et à sa pratique. Le système de santé actuel est remis en cause par les patients. Le médecin se focaliserait sur sa rémunération en enchainant les actes, ne prenant plus le temps d'écouter son patient. Le généraliste est perçu comme le coordinateur des soins, passant la main aux spécialistes trop rapidement, ce qui empêcherait le patient de révéler ses non-dits, jugés inintéressants ou en dehors du domaine de compétences de celui-ci.

Si tout dire semble important aux yeux du patient, le contraire ne serait pas sans conséquence, les patients l'ont bien compris. Ils n'y voient d'ailleurs que des inconvénients. Les non-dits nuiraient à la prise en charge en entraînant une perte sur le bénéfice de la santé. Effectivement, ils pourraient engendrer un mauvais diagnostic ou simplement un retard de diagnostic, et accentueraient ainsi l'inobservance et l'automédication. La relation entre le patient et son médecin en serait d'autant plus impactée, ce qui surenchérirait le non-dit. Enfin, le patient, par crainte d'en parler à son médecin, pourrait se renseigner de lui-même avec le risque d'une mésinformation, ou se tourner vers d'autres pratiques, comme les médecines alternatives.

Les patients, conscients de ces conséquences néfastes, proposent leurs solutions pour contrer ces non-dits. Il s'agit notamment d'établir une bonne relation avec leur médecin, une relation de proximité basée sur un climat de confiance qui s'acquiert avec le temps. Le médecin doit se montrer accessible et disponible. Dans le cas inverse, le patient n'hésiterait pas à en changer, tant le savoir être et le savoir-faire est important à leurs yeux.

Ils attendent de leur médecin qu'il respecte leur intimité, et leur laisse le temps d'accepter leur maladie pour oser en parler, conscients que leur non-dit puisse être un mécanisme de défense.

Afin de libérer la parole, le médecin doit avoir une écoute attentive pour rebondir sur les sous-entendus des patients. Il doit aussi inciter la parole en lançant des insinuations, en dédramatisant ce qui peut paraître anormal, et en prenant en charge son patient dans la globalité. Il doit insister davantage sur l'obligation du secret médical et le risque encouru en cas de divulgation, pour les mettre en confiance.

Il doit se montrer ouvert, aussi bien sur tous sujets que le patient pourrait avoir envie d'aborder, que sur les alternatives thérapeutiques que les patients prennent de plus en plus en considération : les médecines dites parallèles.

Enfin, le patient constate qu'il est parfois plus facile de se confier à un inconnu qui n'a pas d'a priori sur lui, et possède un regard neuf et neutre sur la prise en charge. Ce pourrait être le rôle du remplaçant.

II. Discussion de la méthode : forces et limites de l'étude

A. Méthode choisie

Explorer le non-dit n'est pas aisé, puisque par définition, il ne s'exprime pas. Afin de le traiter au mieux, aux regards des patients lors des consultations avec leur médecin généraliste, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. Cette méthode de recherche est la plus pertinente pour appréhender les expériences, vécus et le ressenti des patients interrogés. Nous avons estimé que la théorisation ancrée était plus appropriée pour un tel sujet. Cette approche consiste à étudier un domaine d'intérêt, pour laisser émerger des idées sans hypothèse préalablement établie, et de les mettre en lien par la suite pour expliquer le non-dit lors des consultations de médecine générale. Peu d'études ont été réalisées dans ce domaine, ce qui en fait son originalité.

Le manque d'expérience de l'investigateur en recherche qualitative peut impacter la validité des résultats et entraîner une des limites de cette étude. Afin de le réduire, l'auteur a suivi une formation sur la recherche qualitative auprès du Département de Médecine Générale de l'Université de Lille 2.

B. Echantillon étudié

L'étude s'est déroulée sur une population de patients majeurs dans la région des Hauts-de-France. L'échantillon volontairement diversifié, offre un large panel permettant de se rapprocher d'une patientèle de cabinet médical. Malheureusement, le comité de protection des personnes ne nous a pas autorisés à interroger des mineurs, ce qui aurait pu améliorer la validité interne des résultats.

Le recrutement des patients s'est fait sur la base du volontariat, en réponse aux affiches installées dans les salles d'attentes de professionnels de santé. Puis s'est affiné en fonction de l'avancée de la recherche et des besoins de l'enquête pour obtenir un échantillon représentatif de la problématique. Pour rappel, l'objectif d'une recherche qualitative n'étant pas de constituer un échantillon représentatif de la population mais du problème étudié. Il peut cependant exister une limite de sélection, car les patients inclus sur volontariat pouvaient être plus intéressés de partager leurs

vécus que les autres.

Nous avons recherché une variation maximale dans le recrutement des patients. Leurs caractéristiques étaient donc diversifiées de par les âges, les catégories socio-professionnelles, les lieux d'habitation et une ancienneté de relation avec leur médecin traitant diverses.

Cependant, cette étude étant mono centrique, elle ne peut être extrapolée à tous les patients de France, malgré l'obtention de la suffisance des données.

C. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés aux lieux choisis par les patients interrogés. Ceux-ci avaient connaissance du thème de la recherche à l'avance, mais cela n'a en rien influencé les résultats. Nous avons choisi de réaliser des entretiens compréhensifs individuels, afin que le patient puisse s'exprimer plus librement et se confier davantage. Ce type d'entretien semblait plus adapté au thème très personnel du sujet de recherche, que le focus group qui aurait pu inhiber certains patients sur les sujets plus intimes et délicats. Bien que les patients aient donné leur accord oral pour l'enregistrement, celui pouvait déjà être source de retenue dans leurs discours. Précisons que tous les entretiens étaient réalisés par la même personne.

D. Analyse des données

La triangulation des données, par un double codage, réalisé par deux chercheurs distincts, formés à ce type de recherche, a permis de diminuer les limites d'interprétation. Il atteste la validité et la rigueur de l'étude.

III. Analyse des résultats

L'étude réalisée n'est pas extrapolable à la population générale, néanmoins elle rejoint d'autres études sur plusieurs points et permet donc d'en dégager certaines tendances.

A. Le non-dit : un mécanisme de défense du patient

Notre recherche a permis d'identifier les principaux thèmes relevant du non-dit des patients. Il s'agissait principalement des pathologies relevant de l'intimité, comme les troubles sexuels et gynécologiques, mais également des troubles psychiques, des addictions et des maladies graves comme le cancer. Ces thèmes ont également été soulignés dans les thèses de Dr Beucler [16] et Dr Vignon [9]. En revanche, dans notre étude, les patients ont aussi témoigné de la difficulté d'évoquer des événements passés, ce qui n'apparaît pas dans les précédentes thèses citées.

Les raisons du silence, quant à elles, sont complexes. En ce qui concerne les motifs propres au patient, nous nous rendons compte que la personnalité influence beaucoup, tout comme la pudeur, la culpabilité et la honte. Cela a également été retrouvé dans les thèses de Dr Gérard [8] et Dr Vignon [9], les deux seules thèses parlant des motifs du non-dit du patient. Le sentiment de peur, bien que évoqué, n'a pas été entièrement abordé dans leurs thèses. Leurs craintes à l'égard du médecin semblent être un point primordial de leur non-dit. Peur de son jugement, peur de le décevoir, peur d'être incompris et de le déranger. Beaucoup de patients n'osent pas dire, de peur que leurs paroles paraissent saugrenues aux yeux des médecins. [17] Une étude sur la fréquence et l'analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale [18] témoigne que dans 16.8% des cas selon le médecin, le patient a fait sa demande tardivement parce qu'il n'a pas osé la faire plus tôt.

Parmi ces craintes, les participants de l'étude avouent que la peur d'être confronté au diagnostic reste leur plus grande angoisse. Les patients usent-ils donc de prétextes pour ne pas dire ? Le non-dit prendrait tout son sens comme mécanisme de défense. Le patient, plongé dans ses angoisses primitives, banaliserait son non-dit, le fuirait et abandonnerait l'idée de le révéler. D'autre part, lorsqu'il s'exprime sur son non-dit, le

patient remarque aussi le besoin d'accepter sa maladie avant d'en parler. Ces mécanismes de défense sont longuement décrits par le Dr Molley-Massol. [19]

B. La relation patient-médecin : la recherche d'une symbiose

Nous avons pu déterminer dans le travail de recherche que les non-dits étaient également liés au médecin. Liés à sa personnalité, son mode d'exercice mais aussi à sa relation qu'il lie avec son patient.

1. Le médecin idéal

Les patients reconnaissent l'importance d'entretenir une bonne relation avec leur généraliste. Pour eux, le médecin idéal doit faire preuve d'humanité et posséder un savoir-faire mais aussi un savoir être. Il serait celui à l'écoute, empathique, accessible, disponible et prenant le temps pour ses patients. Ces qualités requises sont retrouvées dans beaucoup de travaux. [20, 21] Les patients considèrent la capacité de communication comme l'une des plus importantes compétences qu'un médecin devrait avoir. [21]

Cette relation n'en est pour le moins complexe. Dans notre étude, les patients désirent une proximité avec leur généraliste sans tomber dans l'amitié, qui risquerait d'entraîner des non-dits. Cette notion a également été retrouvée dans deux autres études. L'American Medical Association [22] met en garde les médecins, cette relation peut engendrer des problèmes d'objectivité, de consentement et d'autonomie du patient. Les sentiments du médecin pourraient influencer son jugement ou l'empêcher d'aborder certaines sphères, notamment intimes, lors de l'interrogatoire ou de l'examen clinique. Le médecin pourrait également être enclin à traiter des problèmes au-delà de ses compétences. Et le patient pourrait taire certaines informations ou refuser d'être examiné. Le Dr Martel [23] y démontre quant à lui de nombreux inconvénients pour le médecin: une perte de crédibilité du médecin ami auprès du patient, un manque d'objectivité, un excès de prise en charge, ou au contraire une banalisation des symptômes. Cependant, il y voit aussi des avantages pour le patient avec un médecin plus disponible, plus à même de le prendre en charge du fait d'une bonne connaissance mutuelle.

2. Le mode d'exercice

a. Le manque de temps, un frein à la parole

Notre étude a démontré que les non-dits dépendaient aussi du mode d'exercice du médecin et du contexte de la consultation. Ce sont également des notions retrouvées dans les thèses des Dr Vignon [9] et Gérard [8]. Le manque de temps consacré au patient avec la pression de la salle d'attente, ainsi que la présence de tiers lors de la consultation constituent des freins à la parole. Par contre les parasites comme le téléphone et les bruits annexes n'ont pas été retrouvés dans notre thèse, ou trop peu abordés.

b. La tarification à l'activité, un système de santé contesté

Notre étude a toutefois fait émerger des éléments nouveaux. Certains patients remettent en cause notre système de santé et plus particulièrement la tarification à l'acte. Ils considèrent que le manque de temps consacré au patient, principal frein à la parole, serait dû à la pression de l'acte. Pourtant notre système de soin tend à une médecine plus humaine, centrée sur le patient. La tarification à l'acte ne doit pas impacter sur la qualité de soin.

Nous n'avons pas trouvé d'articles à ce sujet dans la littérature, et ce pourrait être une idée de perspective de recherches.

c. Pour les patients, le MG n'est pas un spécialiste

Notre recherche nous a fait prendre conscience que le patient ne parlait que très peu, voire ne s'exprimait pas sur les sujets psychiques avec son généraliste. Et les raisons sont clairement identifiées : ils ne considèrent pas leur généraliste comme un médecin de l'âme mais du corps. Une étude s'est penchée sur le sujet [24] témoignant que les patients de leur recherche avaient une image très réductrice et dure envers leur médecin, dénuée d'émotionnel. Le médecin semblait assimilé à un prestataire, au service de son client.

d. Le remplaçant, un interlocuteur de choix

Le remplaçant a son rôle à jouer dans la révélation des non-dits, c'est du moins ce que notre étude en témoigne. Si les patients s'accordent pour dire qu'ils ont besoin d'une relation de confiance basée sur le temps avec leur généraliste pour oser s'exprimer et se confier, ils reconnaissent aussi avoir des facilités à parler au remplaçant. En effet, les patients considèrent que se confier à un inconnu serait plus facile. Il porterait moins de jugement, aurait un regard extérieur sur la situation, et ne prendrait pas en compte ce qui a pu être dit et compris auparavant. De plus, il refait le point et prend en charge le patient dans sa globalité. C'est aussi ce que retrouve le Dr Dupin dans sa thèse [25]. La majorité des patients questionnés de son étude (67.5%) considère que la consultation avec le remplaçant est l'opportunité d'aborder de nouveaux sujets, 70.4 % d'entre eux le considèrent comme un médecin expérimenté, et 94.3% des patients pensent qu'il leur accorde assez de temps.

C. Les conséquences du non-dit : l'évolution d'un modèle de soin

Alors que les patients de notre étude n'en voient que des conséquences néfastes pour leur prise en charge : retard diagnostic, inobservance et automédication, conflit avec leur généraliste ; La thèse du docteur Vignon [9] conclut qu'il n'entrave pas nécessairement la relation patient-médecin et les soins en médecine générale.

1. Le recours à Internet

Il semble que le non-dit fasse partie intégrante de la relation. Toujours est-il que notre étude démontre un recours à internet de plus en plus fréquent. Est-ce nocif pour la relation de soin ? Internet présente-t-il une menace pour les généralistes ? Plusieurs études se sont penchées sur le sujet. Dr Sellier [26] considère, suite à ses travaux de recherches, qu'aller sur Internet rechercher des informations est un facteur d'amélioration de la relation médecin patient, surtout lorsque cette information est discutée avec le médecin. Malgré l'émergence d'Internet, les professionnels de santé

bénéficient toujours de la confiance des patients. Cela peut être un bon outil pour impliquer le patient dans sa prise en charge, pour l'aider à devenir un acteur de sa santé. Par contre, le médecin se doit d'aider le patient à décrypter l'information, à développer son sens critique et à faire bon usage de cet outil. Une autre étude [27] souligne une meilleure implication du patient internaute sur sa santé, avec une observance thérapeutique supérieure aux autres. Les principales motivations des patients internautes sont de maximiser les bénéfices de la consultation. Médecins et patients estiment qu'Internet permet une relation plus constructive et plus franche. Ce moyen contribue à l'évolution de la relation médecin-patient, avec un médecin qui n'est plus seulement un expert mais un éducateur, et un patient qui n'est plus uniquement un spectateur mais un acteur direct dans la prise en charge de sa santé.

2. Le recours aux médecines alternatives

Une autre conséquence du non-dit identifié par les protagonistes de notre étude, est le recours aux médecines alternatives. Les patients s'ouvrent de plus en plus à ces pratiques, apparaissant moins en demande de médicaments et recherchant la prise en charge globale de leurs maux. C'est aussi ce constat qu'il ressort de l'étude du Dr Dubois-Courvoisier [28]. Les patients évoquent une expérience différente de la médecine conventionnelle en mettant en avant plusieurs points : temporalité, écoute, globalité et personnalisation. Le patient se sent écouté, unique et pris en considération. Il apprécie particulièrement les discussions, l'approche positive et le soutien psychologique donné par les thérapeutes pratiquant les médecines alternatives. Le patient recherche à être plus acteur de ses soins avec un rapport plus personnalisé. Les patients y trouvent une arme thérapeutique supplémentaire, en alternative à certains traitements.

D. Les attentes du patient

1. Prendre le temps pour accepter

Conscients des enjeux du non-dit, les patients proposent des solutions aux médecins pour les contrer ou du moins les limiter. Parmi ces solutions, certaines d'entre elles

attirent notre attention. Le patient désire qu'on respecte son intimité et que le médecin lui laisse le temps.

De quel temps les patients parlent-ils ? Celui d'accepter la maladie ? C'est en tout cas, ce sur quoi se penchent certains travaux [29, 30]. Des étapes de maturation sont nécessaires au patient. Cela peut parfois prendre des années avant la verbalisation ; Les non-dits restent même parfois définitivement tus. Les patients nous demandent de les respecter.

Dans l'étude du Dr Pelletier [6], les médecins semblent avoir compris l'attitude à adopter face aux non-dits. A la question « Face à l'intuition du non-dit, quelle attitude adoptez-vous le plus fréquemment ? », les médecins s'accordent sur le fait qu'il faut laisser le patient s'exprimer. La majorité le garde en mémoire pour le voir évoluer, avec l'idée de le mettre à jour dans une consultation ultérieure. D'autres, ont une attitude plus réservée. Ils ne tenteront pas de percer le non-dit, parce qu'il fait partie des secrets intimes du patient, ou parce que cela ne fait pas partie de la demande du patient.

2. Ecouter pour mieux faire parler

Les patients semblent également attendre beaucoup de leur médecin pour favoriser la parole. Ils souhaitent que ce soit lui qui fasse le premier pas, en incitant la verbalisation. Cette notion est largement reprise dans d'autres travaux [20, 31, 32, 33] qui synthétisent les techniques de communication à adopter, pour faire parler le patient, notamment l'importance de l'écoute attentive afin de rebondir sur les sujets abordés.

Mais le patient désire aussi que son généraliste l'informe davantage. Il aimerait que son médecin dédramatise l'anormal, pour être rassuré, et oser s'exprimer. Il veut aussi que son généraliste lui parle franchement. C'est d'ailleurs ce qui est retrouvé dans une étude anglaise [34], qui a comparé 2 styles de communication: directif ou non. Les patients étaient plus satisfaits d'un style directif avec explications et diagnostic précis. Le patient souhaitait que le médecin lui facilite l'évocation de ses problèmes. [35] Interroger son patient permettrait de favoriser l'expression des non-dits. Il n'est cependant pas conseillé d'insister lourdement sur les sujets perturbants le patient, mais de les approcher subtilement par suggestions. Ainsi, le médecin se

montre ouvert à la discussion tout en respectant les mécanismes de défense de son patient.

3. Respecter le secret médical

Enfin, notre étude nous a permis de prendre conscience du manque de connaissance des patients envers le secret médical. Ils ont conscience qu'il existe, ce qui incite la verbalisation, mais ont tout de même peur de sa divulgation. Cette notion a également été soulignée dans d'autres travaux [9, 16] qui témoignent de l'importance de réaffirmer le secret médical pour que l'interlocuteur s'exprime. Si dans l'imaginaire collectif, le secret professionnel est rattaché au médecin, le patient attend un rappel verbalisé de cette règle déontologique pour pouvoir se confier. [16]

IV. Perspectives

Nous nous sommes aperçus suite à ce travail, que certains interlocuteurs remettaient en cause le système de soin, et plus particulièrement la tarification à l'activité. D'après eux, la qualité d'écoute y serait altérée, ce qui nécessairement induirait des non-dits lors des consultations. Il serait donc intéressant de réaliser une enquête chez des médecins généralistes au mode d'exercice différent (salarial, libéral) pour savoir si celui-ci peut influencer les non-dits.

Ce travail pourrait également servir de support à une étude quantitative afin de déterminer l'impact du non-dit des patients lors des consultations avec leur généraliste.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'évaluer le ressenti des patients sur la perception des non-dits lors d'une consultation avec leur médecin généraliste.

Si tout dire semble important, force est de constater que les non-dits sont omniprésents dans la relation de soin. Les sujets relevant de l'intimité, les addictions et les maladies psychiques en sont particulièrement touchés. Les raisons sont multifactorielles. Elles dépendent non seulement de la personnalité des deux interlocuteurs, de la relation qu'ils entretiennent, mais aussi de facteurs extrinsèques à la consultation. La peur d'être jugé ou incompris, celle de découvrir une maladie grave, inhibent la parole. Par manque de temps, à défaut d'écoute ou sujets jugés hors champ de compétence du généraliste, le patient n'ose se confier. A moins qu'il ne s'agisse d'un prétexte de non-acceptation de la maladie pour ne pas dire.

Ces non-dits, mécanismes de défense des patients, doivent être respectés. Cependant, les patients remarquent qu'ils peuvent leur être délétères. Le non-dit entraîne un retard diagnostic, une inobservance et altère la relation avec leur généraliste. De plus, les patients s'ouvrent vers d'autres médecines, celles alternatives, souhaitant une prise en charge plus globale. Ils ont de plus en plus recours à internet, voulant devenir acteur de leur santé.

Conscients des répercussions négatives sur leurs prises en charge, les patients souhaitent aborder leurs non-dits en consultation. Et pour les y amener, le médecin généraliste tient un rôle essentiel : il doit inciter la verbalisation par une écoute attentive, tout en respectant l'intimité de son patient. Une fois la confiance installée, la parole n'a plus qu'à se libérer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Oievenstein C. Le non-dit des émotions. Paris : Edition Odile Jacob. 2000. 211p.
- [2] Doumenc M, et al. Que perçoit le médecin des attentes de son patient ? Rev Prat Méd Gén. 1994; 260:41-8.
- [3] Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris, France: Editions Payot & Rivages; 1996. 418p.
- [4] Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unsaid but not forgotten: patients' unvoiced desires in office visits. Arch Intern Med. 10 sept 2001; 161(16):1977-84.
- [5] Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. Bmj. 2000; 320(7244):1246-50.
- [6] Pelletier J-G. Approche du non-dit du patient envers le médecin dans la consultation en médecine générale [Thèse]. [France]; 1989.
- [7] Gaudin G. Le non-dit dans la consultation de médecine générale : une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2013.
- [8] Gérard N. Étude qualitative des motifs de non-dit des patients diabétiques de type2 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Ranguel ; 2013.
- [9] Vignon E. Le non-dit du patient en consultation de médecine générale : Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 15 patients [Thèse d'exercice]. [France] : Université Claude Bernard (Lyon1) ; 2015.
- [10] Aubin-Auger A., Alain Mercier A. et al et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F exercer 2008;84:142-5.
- [11] Blanchet A. Gotman A, L'entretien. L'enquête et ses méthodes. 2015, éditions Armand Colin.
- [12] Sauvayre R. Méthodes d'entretien en sciences sociales. 2013 éditions DUNOD

- [13] Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine V1.0 disponible sur internet le 13 février 2017 <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf>
- [14] Kaufman J.C. L'entretien compréhensif. L'enquête et ses méthodes, 3ème édition, 2011 éditions Armand COLIN
- [15] Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing 1967.
- [16] Beucler V. Secret médical et intimité, le vécu des patients : une enquête en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2007.
- [17] Pouchain D., Attali C., De Buler J., et al. CNGE Collège National des Généralistes Enseignants. Médecine générale. Concepts et pratiques. Paris : Masson, 1996, 1026 p.
- [18] Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. 79p. Th : Méd. : Lyon : 2006.
- [19] Molley-Massol I. Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités. Courbevoie, France: Éd. DaTeBe; 2007. 131 p.
- [20] Dedianne M.C., Hauzanneau P., Labarere J., et al. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients? Investigation par la méthode focus groups. La Revue du Praticien – Médecine générale. 2003, 17, 612, pp 653-656.
- [21] Beck RS., Daughtridge R., et al. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. J Am Board Fam Pract, 2002, 15, pp 25-38.
- [22] American Medical Association. Principles of Medical Ethics [Internet]. 2001. Available from: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ama-code-medical-ethics#Chapter 1: Opinions on Patient-Physician Relationships>
- [23] Martel H. Quand l'amitié s'invite dans la relation médecin-patient: une étude qualitative auprès des patients. [Thèse d'exercice]. [Lille] : université Lille 2 ; 2017
- [24] Bremond A., Goffette J., Moumjid-Ferdjaoui N. Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants. La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder.
- [25] Dupin M. Perception du médecin remplaçant par le patient. [Thèse d'exercice]. [Angers] ; 2016.

- [26] Sellier A. Impact d'internet dans la relation médecin patient : une etude en ligne à destination des patients. [Thèse d'exercice]. [Nancy] : faculté de médecine de Nancy ; 2010.
- [27] Wilson SM. Impact of the Internet on Primary Care Staff in Glasgow. *J Med Internet Res* 1999;1:e7
- [28] Dubois-Courvoisier J. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles ? : Attitudes, connaissances et représentations à partir de 15 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Lyon] : Université Claude Bernard ; 2011
- [29] Lacroix A. Approche psychologique de l'éducation du patient : obstacles liés aux patients et aux soignants. *Bulletin d'éducation du patient*, 1996, vol 15, n°3, pp 78-86. lengths in general practice. *J Health Serv Res Policy*, 1998, 3 (4), pp 207-214.
- [30] Reboul P. Entre dit et non-dit, les zones grises. *JALMALV Bull Fédération*. mars 2010;(104):12-8.
- [31] Darves Jean-Marc, Charpentier Liliane, Thepaut Pierre Le médecin face à ses patients - Mieux communiquer avec ses patients pour optimiser son organisation Paris : Chiron, 1997, 98 p.
- [32] Tate Peter Soigner (aussi) sa communication Bruxelles : De Boeck, 2005, 225 p.
- [33] Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication : the Toronto consensus statement. *BMJ*. 30 nov 1991;303(6814):1385-7.
- [34] Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patient's satisfaction: a controlled study. *Br Med J*, 1990, 301, pp 968-970.
- [35] Carr-Hill R, Jenkins-Clarke S., Dixon P., et al. Do minutes count? Consultation

AUTEUR : MIQUET Marie

Date de soutenance : 20 Mars 2019

Titre de la thèse : Vécu du non-dit par les patients consultant leur médecin généraliste

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Non-dit, tabou, silence, secret, relation patient-médecin, médecine générale, consultation, communication

Résumé :

Introduction : Alors que le patient est censé pouvoir tout dire à son médecin généraliste, le non-dit s'installe fréquemment lors des consultations, pouvant altérer la qualité des soins. L'objectif de notre travail était d'évaluer le ressenti des patients sur la perception et la place des non-dits dans leur relation avec leur médecin traitant.

Matériels et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par théorisation ancrée. Quinze entretiens compréhensifs ont été effectués auprès de patients majeurs de la région des Hauts-de-France. Ils ont été menés jusqu'à suffisance des données. Leur analyse a été triangulée.

Résultats : Les sujets relevant de l'intimité, les addictions et les maladies psychiques sont particulièrement touchés par ces non-dits. Les raisons sont multifactorielles. Elles dépendent de la personnalité des deux interlocuteurs et de la relation qu'ils entretiennent. La peur d'être jugé ou incompris, celle de découvrir une maladie grave, inhibent la parole. Par manque de temps, défaut d'écoute ou de sujets jugés hors champ de compétence du généraliste, le patient n'ose se confier. Parfois, le non-dit peut être un prétexte pour éluder la maladie. Ces mécanismes de défense doivent être respectés, sauf s'ils leurs sont délétères : retard diagnostic, inobservance, altération de la relation patient-médecin. Le non-dit entraîne aussi un recours à Internet et aux médecines alternatives. Les patients cherchent à devenir acteur de leur santé et proposent des solutions pour faciliter la communication. Le généraliste doit inciter la verbalisation par une écoute active, tout en respectant l'intimité de son patient ; installer une relation de confiance en dédramatisant l'anormal, et établir une prise en charge centrée sur le patient.

Conclusion : Le non-dit est un phénomène complexe. Il appartient au patient le choix de le révéler, en fonction de la relation qu'il entretient avec son généraliste, et des conséquences que ce non-dit pourrait engendrer. Le généraliste tient un rôle prépondérant dans cette démarche de verbalisation.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Assesseurs : Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe
Madame le Docteur BAYEN Sabine

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur DELFORGE François