

Louis Litschgi, Andreas Schlumpf, Max Handschin



A propos du style personnel du médecin

Rapport de l'atelier de la conférence Wonca Europe 2009 à Bâle¹

Nous, médecins de famille, faisons certes tous un travail comparable, mais nous le faisons d'une manière très différente, chacun à sa propre manière. Lors du congrès Wonca 2009, nous avons enthousiasmé de nombreux participants avec notre thème d'atelier relatif au style conversationnel personnel des médecins de famille.

Une étude de terrain bâloise sur le style de communication des médecins de famille

Durant l'été 2006, nous avons réalisé une étude de terrain sur le style de communication personnel des médecins de famille. Dans le cadre de la médecine narrative, nous voulions découvrir ce que les patients racontent à leur médecin de famille et qui ne sert pas directement le but médical de la consultation. Nous nommons «phase de narration libre» cette partie de la consultation. A cet effet, nous avons enregistré sur bande magnétique un total de 127 consultations chez 12 médecins. L'analyse des conversations nous a révélé ce que tout un chacun sait certes, mais que nous n'avions pas réalisé de manière si consciente: nous, médecins de famille, faisons tous un travail comparable, mais d'une manière très différente. Chacun pratique la médecine à sa propre manière unique. Il s'avère en plus que les patients cadrent très bien avec la singularité de leur médecin de famille.

Les questions suivantes ont alors émergé: Que savons-nous de notre manière de pratiquer la médecine? Comment se forme ce style personnel? Comment influence-t-il la pratique médicale? Quelles répercussions a-t-il sur les patientes et les patients qui nous ont choisis?

L'atelier à Bâle

Dans une partie théorique, nous avons évoqué quelques principes stylistiques concernant le genre personnel du praticien, puis nous

avons montré les principales différences entre les douze médecins dont nous avons évalué la communication dans l'étude:

- durée de la phase de narration libre;
- différences au niveau de la conduite de la conversation et de la répartition du droit de parole entre le médecin et le patient;
- différences au niveau du nombre de thèmes différents abordés dans une consultation et de la durée que consacre chaque médecin à un thème.

La répartition des trois variables citées est présentée sous forme de graphique dans la figure 1. Les valeurs moyennes de l'ensemble des 127 consultations sont présentées à gauche et les différences entre les médecins (inter-doctor-variation) sont présentées à droite.

La phase de narration libre

Alors que la durée moyenne de la phase de narration libre représente 13% de la durée de la consultation, nous avons constaté une différence de plus de 10 fois entre le médecin qui s'en tient strictement à des thèmes médicaux et celui qui fait preuve de plus de convivialité.

La conduite de la conversation

D'une manière générale, le patient a un plus grand droit de parole que le médecin dans la médecine de famille et le dialogue, au cours duquel le médecin et le patient développent conjointement le problème et sa solution, constitue la forme de communication dominante (fig. 2). Ainsi, il existe de véritables spécialistes du dialogue (CH). D'autres médecins laissent avant tout la parole au patient (S). D'autres encore entrecourent la conversation de pauses (MI). D'autres enfin conduisent la conversation de manière opposée par rapport à la moyenne (E).

¹ «Dealing as an individual with individuals – the doctor's personal way of practice» von Louis Litschgi, Andreas Schlumpf, Max Handschin.

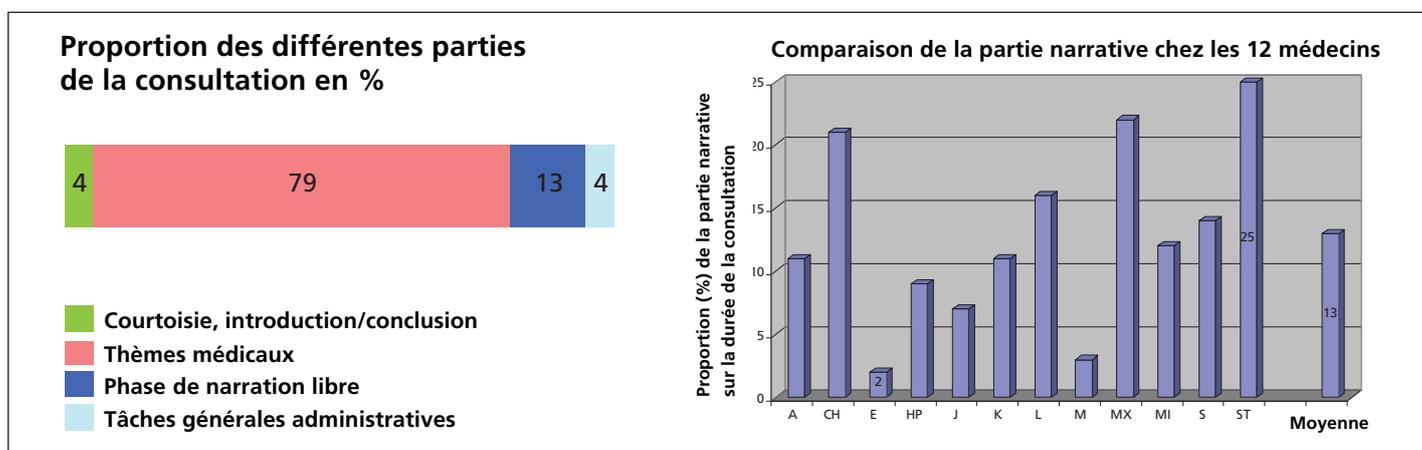


Figure 1

La phase de narration libre: Les valeurs moyennes de l'ensemble des 127 consultations sont présentées à gauche et les différences entre les médecins (inter-doctor-variation) sont présentées à droite.

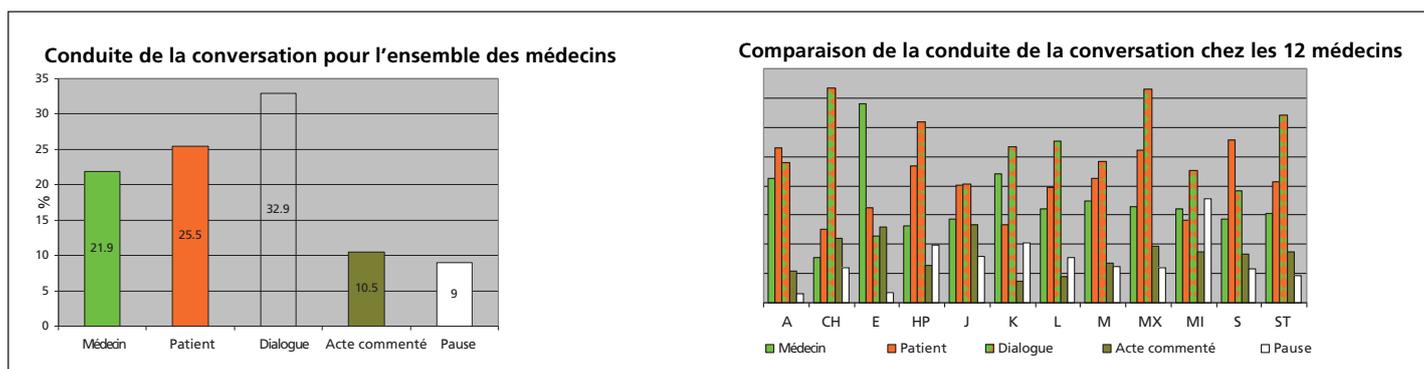


Figure 2
Proportion de parole du médecin et du patient durant la consultation.

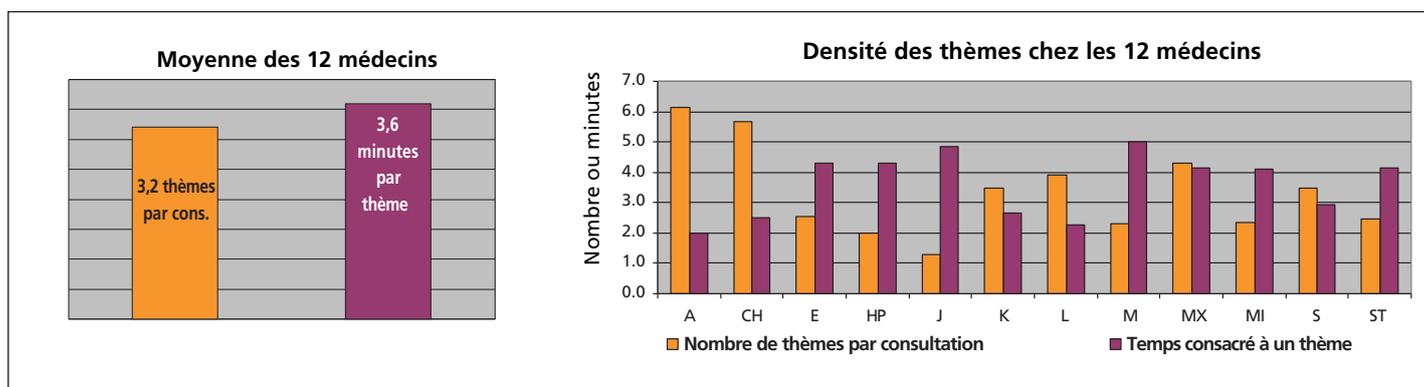


Figure 3
Nombre de thèmes par consultation et durée consacrée à un thème.

Nombre de thèmes par consultation et durée consacrée à un thème

En moyenne, un médecin aborde trois thèmes par consultation et il consacre 3 bonnes minutes à un thème (fig. 3). Individuellement, il y a une grande marge de fluctuation allant de six thèmes par consultation avec 2 minutes par thème (A) et 1,5 thème par consultation avec 5 minutes par thème (J).

Dans la partie pratique, nous avons présenté en détails le style personnel de trois médecins ayant participé à l'étude. En guise d'illustration, nous rendons compte dans cet article du style de MX.

Le style de consultation de MX

Ses consultations sont les plus longues. Elles durent deux fois plus longtemps que celles du médecin le plus rapide. La phase de narration libre, qui ne poursuit pas d'objectif médical direct, occupe chez lui 22% de la durée de la consultation. Pour lui, les histoires font tout simplement partie de la consultation. En dehors de cela, sa conduite de la conversation ressemble à la moyenne. Le dialogue prédomine; le monologue du patient prend plus de temps que le monologue du médecin. Le comportement conversationnel de MX change de consultation en consultation. Autrement dit, son style conversationnel dépend en grande partie du patient auquel il est confronté, tout du moins dans une certaine limite. Il utilise régulièrement deux types conversationnels: le premier consiste à laisser le champ libre à son patient et le deuxième consiste à dialoguer avec le patient tout en guidant la conversation en tant que locuteur principal.

Le meilleur moyen de nous rendre compte du style personnel de MX est d'analyser comment il organise la longue phase de narration libre. Il commence souvent la consultation en demandant au patient «Racontez». Durant toute la consultation, il conserve cette stratégie d'invitation à la narration. MX aime les histoires et souvent, le médecin et le patient rient ensemble. Ses consultations sont empreintes d'humour. Il jongle avec les histoires mais aussi avec les mots de ses patients. Un exemple:

M: J'écris «dans les limites du tolérable» (en parlant de la valeur de glycémie).

P: Ah oui?

M: Comme toi! (rire)

P: (rire) Intolérable (rire) et après tu rajoutes le «in-» devant, c'est ça?...

M: Oui, oui, mais quand tu seras sorti. C'est exactement ça (les deux rient ensemble).

M: OK...

La capacité unique de MX à laisser les patients finir eux-mêmes leurs histoires contribue à allonger la phase de narration libre dans ce cabinet. Il ne les interrompt jamais, ne leur pose pas de limites et n'impose pas un retour à des questions médicales. Les consultations en deviennent plus longues, mais un élément essentiel d'autorité médicale disparaît. Dans l'enchaînement fluide de sujets médicaux et de sujets non médicaux, la répartition des rôles «médecin versus patient» devient floue. Lors des consultations de MX, on se demande souvent qui est invité chez qui.

Toutefois, cette longue phase de narration n'empiète pas sur la conversation au sujet des questions médicales. Ceci montre le rap-

port équilibré que MX respecte entre le nombre de thèmes abordés par consultation et le temps qu'il consacre au thème médical à proprement parler. MX travaille d'une manière efficace sans exercer de pression.

Ses patients dirigent aussi souvent la conservation dans le domaine médical, ils expriment leurs idées diagnostiques et thérapeutiques et ne se comportent ni d'une manière démunie ni d'une manière anxieuse, mais plutôt comme s'ils étaient leur propre médecin. MX laisse ses patients venir, parler et partir. Il reste sur l'arrière de la scène, apporte son aide si elle lui est demandée et approuve quand les patients trouvent eux-mêmes la solution. Ainsi, MX pourrait être caractérisé comme quelqu'un qui participe activement à la tentative d'auto-guérison de ses patients.

Discussion entre les participants

En groupes de langue anglaise et allemande, les participants à l'atelier ont discuté des trois exemples présentés. Comme les trois médecins présentés à titre d'exemple ont également assisté à la discussion, la représentation du style personnel a acquis une dimension encore plus profonde. La discussion s'est déroulée non sans que des avis contradictoires émergent. Ainsi, un participant a demandé s'il est judicieux d'entretenir un style personnel tout en sachant pertinemment que cela marginalise les patients ayant des habitudes de communication différentes. L'un des médecins présentés à titre d'exemple fait remarquer que la généralisation déforme la réalité: dans son cas précis, sur les 10 consultations qui ont été analysées, seuls 2% de la durée totale étaient consacrés à la phase de narration libre, alors qu'il souligne qu'il s'intéresse beaucoup aux histoires personnelles de ses patients. Une jeune médecin a demandé qui était capable d'enseigner l'acquisition d'un style personnel.

Perspectives

La plupart des participants au cours nous ont confirmé que le style personnel occupait une place importante dans notre travail. Certains ont trouvé que notre étude était un exemple à suivre et prévoient d'entreprendre une étude comparative similaire chez eux. Le dialogue avec des médecins de différents pays nous a permis de prendre la température et nous a aidés à décider si nous devons continuer à explorer ce thème d'une manière systématique. Par la suite, nous avons commencé à rechercher des fonds pour le financement de la poursuite de notre projet mais jusqu'à présent, sans succès. Ainsi, nous ne savons pas si nous pourrions poursuivre notre projet. Quoi qu'il en soit, nous présenterons dans PrimaryCare d'autres résultats de nos recherches conduites jusqu'à présent.

Correspondance:
Dr Louis Litschgi
Lehenmattstrasse 248
4052 Basel
louis.litschgi@hin.ch