

**Les aptitudes de communication des médecins généralistes :
Étude comparative entre des médecins algériens et français.**

Zaatout Ramdane; Korichi Abdelkrim

Résumé :

Nous assistons, à l'aube du 21^{ème} siècle, à un changement significatif des concepts de santé et de maladie, ainsi qu'à une redéfinition des rôles et statues des opérants dans le système de santé et de prise en charge du malade.

La relation soignant-soigné, particulièrement entre médecin et malade, est reconnue comme étant une composante directrice du concept de la communication pour la santé (communication for health). La nonadherence aux traitements; l'insatisfaction des malades, ainsi que les consultations intempestives ne sont que le sommet de l'iceberg d'une communication défailante dans le contexte du health care.

Dans notre étude nous avons exploré les compétences de communication des médecins généralistes de la ville d'Ouargla, comparés à un échantillon de leurs confrères français, contactés par courrier électronique en utilisant un questionnaire de 23 items. Les résultats ont montré une diminution de ces compétences concernant les deux échantillons ainsi qu'une différence significative dans l'échantillon algérien selon l'âge et la durée d'activité.

Mots clés : compétences ; communication ; médecins ; malades.

1- Introduction

La rencontre entre médecin et malade est un événement très important du point de vu du patient .Autrefois laissée au bons sens du praticien, dépendait essentiellement de facteurs personnels et faisant partie plus de l'art médical que de la science. Cette relation intime est remplacée actuellement par une rencontre structurée, brève, et superficielle, l'exigence du temps et du nombre l'oblige.

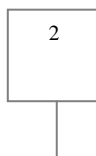
Pourtant elle est la pierre angulaire de la pratique médicale efficace, ayant la même importance que la compétence technique. Un généraliste pratiquera 120000 à 160000 entretiens pendant 40 ans de service(Cockburn ,1999) ; son

soucis majeur est de trouver le bon diagnostic, malheureusement pour lui, 60% des diagnostics sont le fruit d'un entretien médical basé sur des stratégies de recueil d'information (Raine, 2002) , ce qui suppose des compétences de communication très efficaces au moment où 25% des admissions aux hôpitaux sont causées par la non observance du traitement et la non adhérence aux conseils des médecins, fruits indésirables d'une communication médecin –malade pauvre et inefficace.

Depuis que korsch(1968) a souligné l'importance de la communication dans ce type de relation , il précisa qu'il est généralement admis que le comportement de santé chez les patients et leurs réactions vis à vis des systèmes de soin sont influencés par les aspects économiques et culturelles et sociaux des patients , ainsi que par leurs traits de personnalité, leur connaissance et leurs vécus, mais on doit reconnaître que ce comportement est aussi lié à la façon par laquelle un médecin approche la souffrance de son patient .

Doherty (1990) précise que 75 % des informations fournies par le médecin à son patient sont oubliés quand le contexte d'interaction entre les deux est stressant. De plus, en examinant les programmes de formation des médecins généralistes dans les pays sous développés, y compris l'Algérie , il est facile de repérer l'absence de programmes relatifs à l'éducation et à l'apprentissage des compétences de communication des futurs praticiens, la priorité est laissée au bagage médical technique, or si dans les pays développés , en 1979, 25 % seulement des facultés de médecine adoptaient de tels programmes , ce taux devient 65% en 1992 et 90% en 2000.

L'importance d'une communication optimale entre le médecin et son malade est corrélée aux étapes du processus relationnel lui-même (Fig.1).



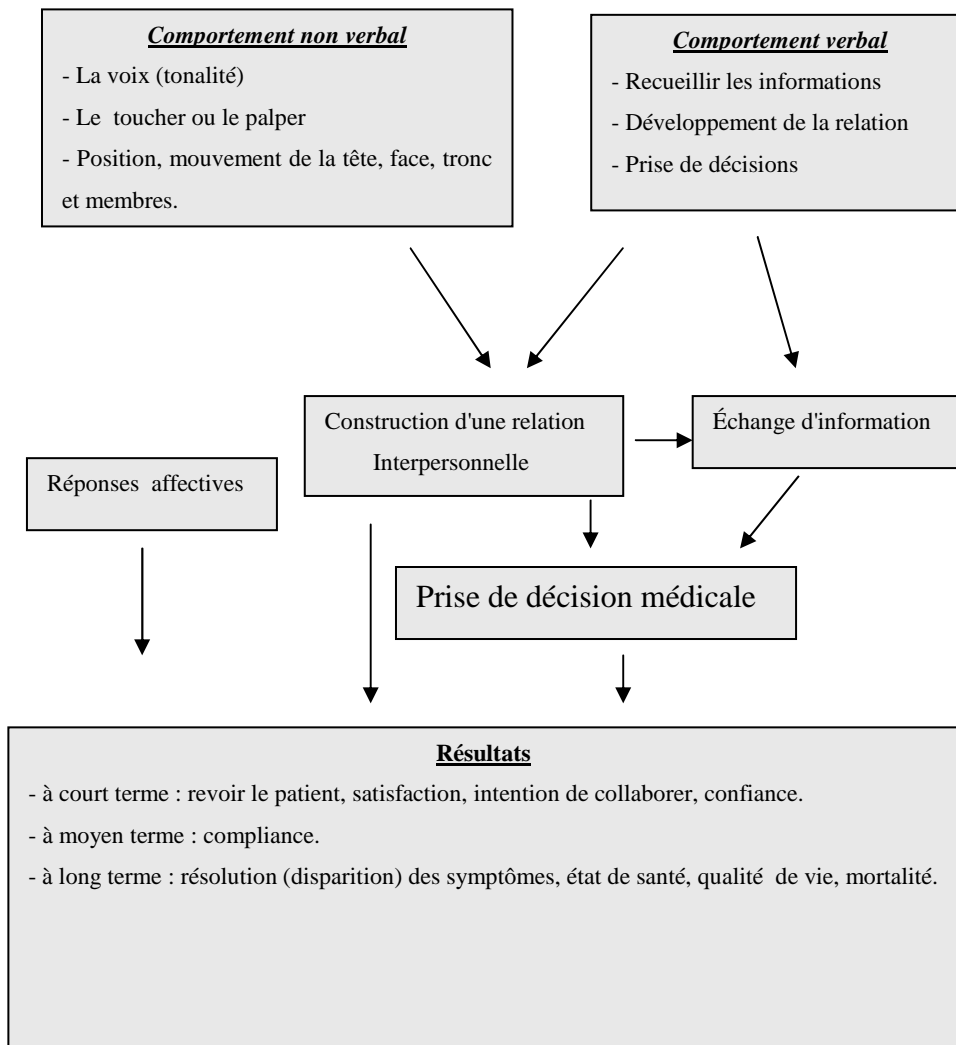


Fig.1: Domaines de communication dans la relation médecin-malade (Rainer 2002).

1-1- Revue de littérature :

Il faut d'emblé faire la différence entre : a) les compétences de communication, et b) les compétences interpersonnelles (Daniel 2004). Ainsi

nous nous sommes limités dans la présente étude aux comportements de communication des médecins généralistes lors de l'entretien de consultation.

Dans une revue de littérature, Rain et collaborateurs ont analysé les études concernant la communication médecin malade (CMM), utilisant les bases de données *Medline* et *Psyinfo*, de 1975 à 2000, ils ont retenu comme critères d'inclusion :

1- Les études empiriques de la CMM au cabinet médical.

2- Les études ayant utilisé soit des observateurs indépendants pour coder l'entretien clinique, soit l'enregistrement audio ou vidéo.

3- La relation significative entre les mesures de la CMM et les résultats de santé chez le malade. 14 études concernant le comportement verbal, et 8 études concernant le comportement non verbal ont été retenues ; l'âge moyen des participants est de 46 ans, le nombre de patients a varié entre 29-550 (m= 165), et le nombre des médecins entre 2- 154 (m = 40), 8 sur 14 études ont utilisé l'enregistrement audio, 2 l'enregistrement vidéo, et le reste des observateurs. La variable dépendante fut la satisfaction des patients, la compliance et l'adhérence au traitement. Le comportement de 22 médecins est lié aux résultats de santé chez le patient surtout pour le mode empathique centré sur le malade.

L'étude de Korsch (1968) aux USA a eu le mérite de montrer au doigt, précocement, l'intérêt de comprendre les soucis des parents, de la famille ainsi que les aptitudes de communication des praticiens généralistes. En utilisant la méthode Bales, Freeman (1971) explore l'importance de l'histoire du patient, le questionnement et la discussion des plaintes. Cornstock (1982) au Mexique et Carters aux USA s'intéressent aussi à l'étude de la CMM (Williams, 1998).

En 1989, Roter analyse 60 études concernant la CMM, de même que les études de Williams (1991), Robbin (1993) et McCann (1996). Stiles utilise un échantillon de 53 malades passé en consultation chez l'un de 19 praticiens généralistes dans une clinique universitaire, l'entretien fut analysé par les méthodes "Stiles Verbal Response Model", les patients ont répondu à un questionnaire évaluant leur satisfaction en sortant de la consultation ; les résultats ont montré que le feedback utilisé par le médecin est corrélé positivement à la satisfaction du patient.

Dans une étude interculturelle, Sachiko (2003) étudie les compétences de communication des généralistes américains comparés à celles de leurs confrères Japonais utilisant l'analyse du discours pour comparer l'entretien de 20 patients passant en consultation chez l'un de 10 médecins. La durée de consultation est respectivement de 11' aux USA, et 8.5' aux Japans. Les médecins aux USA passent 31% de ce temps à expliquer le traitement et aux conseils versus 28% aux Japon. La différence dans les compétences de communication n'est pas significative.

Notre recherche bibliographique concernant le monde arabe et particulièrement l'Algérie ne fût pas fructueuse, mise à part l'étude de Yassine Ibrahim à l'hôpital d'Abu Dhabi au Emirates Arabes Unies qui porte sur le comportement de communication des médecins utilisant l'anglais pendant l'entretien (Ibrahim 2001), et qui n'est pas différente des études antérieures, pour les quelles nous constatons que :

- a) Ces études sont effectuées dans des pays développés qui ont une culture différente de la notre ; ce qui n'est pas sans impact sur le comportement des intervenants (représentations, stéréotypes).
- b) L'absence, à notre connaissance, d'études concernant les pays arabes y compris l'Algérie.
- c) L'approche partielle du processus de communication par souci de rigueur méthodologique.

L'exploration du processus de communication est complexe, tenant compte des barrières imposées par les deux intervenants (Tableau : 1,2).

Tableau 1: barrières relevant du médecin Tableau 2: barrières relevant du malade

<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'écoute active, attentive - Langage utilisé (Baby talk) ou trop technique - Traitement impersonnel apathique - Attitudes et représentations - Pressions du temps - Sexe du médecin VS malade - Contraintes émotionnelles - Désintérêt pour le vécu du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité linguistique pauvre - Santé mentale altérée - Effets des médicaments - Caractéristiques de la personnalité - Attitude, représentations, Stéréotypes - Sexe du malade VS médecin
---	---

1.2- Problématique :

La transition épidémiologique en Algérie est reflétée par la recrudescence des pathologies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, les rhumatismes chroniques (INSP, 2004), dont la prise en charge incombe surtout aux médecins généralistes exerçant dans le secteur public ou libéral.

Comme dans toutes les activités de soins, l'entretien de consultation occupera la place du roi dans l'univers médical (Health care des anglo-saxons). La relation médecin- malade a changé d'aspects, du à la participation de plus en plus des malades dans la prise de décision qui concerne leur santé, aussi le médecin n'est plus la seule source d'information médicale ; certes l'internet n'est pas à la portée de tous les patients mais ceci n'oblige plus le malade à se soumettre aux relations paternalistes traditionnelles (Tableau 3).

Tableau 3:Les Aspects de relation médecin -malade selon Stewart (Maguire, 2005).

Type de relation	Description
1- Paternaliste	Centré sur le médecin, utilisant des questions fermées, et une approche " Disease".
2- Consumériste	Le malade vient avec une demande que le médecin doit exaucer
3- Défaillante	Le médecin essaye d'aider le patient qui refuse, c'est l'impasse.
4-Matualiste	Les deux partenaires s'entraident pour des résultats de santé, et une prise de décision réfléchie.

Le recueil d'information lors de la consultation est soumis aux contraintes de plusieurs facteurs dont les plus importants sont le temps et le nombre des malades à passer, ce qui oblige le médecin à améliorer ses compétences de communication pour s'adapter au changement rapide de l'univers du *Health care* (Honnorat 2002). La question principale est ainsi posée : quel est le niveau des compétences de communication des généralistes exerçant à Ouargla ?

L'étude comparative de Sachiko et Maichael (2003) entre les généralistes américains et japonais nous a inciter à poser une deuxième question:existe-t-elle une différence dans les compétences de communication entre les généralistes algériens exerçant à Ouargla et leurs confrères français ?

1.3-L'opérationnalisation de la variable dépendante :

Dans notre étude, nous considérons les compétence de communication comme des taches (Comportements) accomplies par le médecin afin d'établir une relation mutualiste visant à faciliter le recueil d'information nécessaire pour permettre une prise de décision , une adhérence au traitement , et une satisfaction bilatérale. Ce niveau de compétence est supposé reflété par le score total obtenu en réponse au questionnaire établi pour les fins de notre étude, il varie entre 0-230.

1.4-hypothèses :

1- Il y a une diminution du niveau des compétences de communication des médecins généralistes.

2- Il y a une différence significative entre le niveau des compétences des médecins généralistes algériens comparé à celui de leur confrères français en faveur des médecins français.

3- Il y a une différence dans le niveau des compétences des médecins algériens selon l'âge, le sexe, la période d'activité (expérience), le secteur d'activité (libérale, public) et la durée de consultation.

2- Méthode:

2.1- Instrument:

L'évaluation des compétences de communication des médecins a fait l'objet de plusieurs consensus internationaux fixant des standards, dont 5 modèles sont actuellement les plus présents dans la littérature internationale (Daniel, 2004).

Tableau 5 : Les 5 modèles de communication médecin-malade (Daniel ,2004)

1- Le modèle E4 du Bayer Institute for Health Care Communication.
2- Le modèle trifonctionnel du Brown Interview Checklist.
3- Le guide d'observation de Calgary-Combridage.
4- La méthode clinique centrée sur le patient.
5- Le modèle SEGUE pour enseigner et évaluer les compétences de communication.

Aussi, l'analyse des études antérieures a fait ressortir 3 méthodes utilisées dans l'évaluation des dites compétences :

- a- évaluation lors de la consultation des patients réels ou supposés (simulation).
- b- Evaluation du vécu des patients après la consultation.
- c- Utilisation des questionnaires à réponse orale, écrite ou à choix multiple.

Nous avons choisi la dernière méthode pour nous permettre l'envoi du questionnaire par courrier électronique aux médecins français.

Le contenu des items est basé sur les compétences citées dans les 5 modèles (tab.5); ainsi le questionnaire dans sa forme finale comporte 23 items, reparté sur 4 thèmes suivant la logique de l'entretien médical soit :

- 1- La rencontre et l'ouverture de la discussion (items: 2, 21, 23).
- 2- Le recueil d'information (items : 1, 3, 4, 8, 13, 14, 17, 19,20, 22).

3- La prise de décision (items : 5, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 18).

4- La clôture de l'entretien (items : 6, 16).

La plupart des comportements non verbaux, y compris l'examen médical lui-même ne sont pas pris en considération afin de contrôler d'autres variables intermédiaires.

2.2- Etude psychométrique du questionnaire :

La question de savoir si l'instrument mesure bien ce pour quoi il a été conçu (la validité), a été vérifiée par la méthode des juges spécialisés, ainsi le questionnaire a été soumis pour évaluer sa validité de structure et de contenu à 5 juges: trois psychologues, un médecin, et à un francophone. Leurs avis ont été pris en considération dans l'élaboration de la version finale du questionnaire.

- La fiabilité de notre instrument fut vérifiée par les comparaisons des moyennes entre deux passations successives du questionnaire (*test-retest*) à 15 jours d'intervalle ($r=0.71$,

$n=13$, $p < 0.05$).

- La réponse à chaque item ce fait sur la base d'une échelle visuelle de 0-10, la réponse (0) correspond à une absence totale de la compétence (comportement), la réponse (10) correspond à l'utilisation systématique (optimale) de cette compétence (comportement). On a opté pour l'échelle visuelle car elle est familière à la pratique médicale. Le score total varie entre 0-230; le questionnaire est auto administré.

2.3- L'échantillon algérien :

Notre population ($n=74$) est formée par tous les médecins généralistes exerçant dans la ville d'Ouargla, qu'il soit du secteur public ou libéral. Les Dairas de N'gouça et de Sidi Khouiled, y compris les communes de Ain Beida et Hassi Ben Abdallah; ont été exclus de notre étude sous la contrainte du temps.

Le nombre finale des médecins qui nous ont retourné le questionnaire dûment rempli est de 46, dont 13 ont participé au test-retest, ainsi l'échantillon final est $n=33$, avec une moyenne d'âge de 39 ans (27-57), dont 18 hommes et 15 femmes, 18 du secteur public et 15 du secteur libéral.

2.4- L'échantillon français :

Nous avons pu recueillir 125 adresses électroniques de généralistes français exerçants dans différentes villes en France, 10 questionnaires seulement

nous ont été retourné ; ainsi l'échantillon français est $n = 10$, avec une moyenne d'âge de 45 ans (27-56) une femmes et 9 hommes, 7 du secteur libéral et 3 du secteur public.

Par contrainte méthodologique, La taille de l'échantillon français nous a pas permet de faire la comparaison sur toutes les variables entre les deux échantillons (age, sexe, secteur d'activité et durée de consultation).

2.5- Procédure :

Les médecins algériens ont répondu au questionnaire en notre présence (ce qui nous a apparu, après l'analyse des résultats, en relation avec la désirabilité sociale).

- L'étude a débuté le 23/11/2004 et clôturé le 31/01/2005. L'analyse des résultats est faite par SPSS -11.

3-Résultats:

a- Les compétences de communication chez les médecins généralistes:

La moyenne du score totale concernant les deux échantillons (algériens, français) est de 168; il est de 171.8 pour l'échantillon algériens versus 155.6 pour l'échantillon français. En référence au score global du questionnaire qui indique que plus la moyenne est proche de 230 (maximum de score) plus la communication est considérée comme optimale et en appliquant la loi t-Test de Student entre une moyenne théorique ($m_1=230$) et une moyenne observée ($m_2=168$), la différence est significative ($\epsilon=18.02$, $n=43$, $p<0.05$).

b-La différence dans les compétences de communication entre les médecins algériens et les médecins français:

La différence entre les deux moyennes ($m_1=171.8$ et $m_2=155.6$) selon le t-Test est significative ($t= 2.4$, $dl = 41$, $P < 0.05$) en faveur des médecins algériens.

b- Les compétences de communication selon l'age :

L'échantillon est stratifié selon d'age en deux : $n_1 = \text{age} \leq 40 \text{ ans} = 18$, et $n_2 = \text{age} > 40 \text{ ans} = 15$, la différence entre n_1 , n_2 est significative en faveur des plus âgés ($t= -3.04$, $dl = 31$, $p < 0.01$).

c- Les compétences de communication selon le sexe :

L'échantillon comporte $n_1=20$ hommes et, $n_2 = 13$ femmes, la différence entre n_1 et n_2 n'est pas significative ($t= 0.71$).

d- Les compétences de communication selon la période d'activité:

La durée d'activité correspond à la période allant du début de l'exercice médicale du médecin à ce jour. L'échantillon des généralistes algériens est stratifié en deux, ceux qui ont une durée d'activité ≤ 14 ans, $n_1 = 19$, et ceux qui ont une durée >14 ans, $n_2 = 14$. La différence entre les deux est significative en faveur des plus anciens dans l'exercice médicale ($t=2.95$, $dl=31$, $P< 0.01$).

e- Les compétences de communication selon le secteur d'activité :

Le nombre des médecins exerçant dans le secteur public est $n_1= 18$, celui de leur confrères exerçant en secteur libéral est $n_2= 15$; la différence entre n_1 et n_2 n'est pas significative ($t= 0.91$, $dl= 31$).

f- Les compétences de communication selon la durée de consultation :

L'échantillon est stratifié selon la durée de consultation en deux; $n_1= \leq 10'=18$, $n_2= >10'=15$. La différence entre n_1 et n_2 n'est pas significative ($t=1.05$, $dl = 31$).

g- Comparaison des deux échantillons (algérien, français) selon les items 13 et 17:

Nous avons trouvé intéressant de comparer la réponse des médecins concernant 2 items du questionnaire qui reflètent à notre point de vue le degré d'empathie dans la relation médecin malade. Il s'agit de l'item 13 (Discuter avec le patient de ses sentiments spirituels et de ses convictions religieuses) et l'item 17 (parler avec le patient de ses sentiments les plus intimes)

Les moyennes de réponse sur les deux questions sont respectivement (2,5 et 2,8 pour l'item 13, et 5,1 et 5,4 pour l'item 17. la différence n'est pas significative.

4- Discussion :

nos résultats confirment l'hypothèse principale qui stipule qu'il y a une diminution du niveau des compétences de communication des médecins généraliste par rapport aux standards issus des consensus internationaux.

a-En considérant la première hypothèse supposant une diminution du niveau des compétences des médecins généralistes algériens et français, la différence entre le maximum du score et la moyenne de l'échantillon global (n=43) est significative. Ce qui implique que le niveau de compétence des médecins généralistes est au dessous du niveau optimal.

Ce résultat est en accord avec celui de l'étude de Marvell (1999) qui indique que 72% des médecins ont des aptitudes de communication défailtantes; ainsi qu'avec l'étude de Suchman (1977) sur 21 médecins attachés à une clinique universitaire, montrant des failles de communication, les médecins négligent le vécu émotionnel par leurs patients ; ce résultat est en accord avec celui de Cornstock (1982), Williams (1998) et Sachiko (2003).

b-La différence entre les niveaux de compétence des généralistes algériens et français est significative en faveur des généralistes algériens, ce résultat peut être expliqué soit par une relation plus intime entre le médecin et son malade (supposition à vérifier sur malades), soit par l'effet de la désirabilité sociale, les médecins algériens surestiment leurs aptitudes relationnelles. Nous espérons vérifier ultérieurement sa validité par une évaluation de la satisfaction des patients passés en consultation chez ces médecins.

Ce résultat nous paraît paradoxal comparé à la durée de consultation (12' pour les algériens, 18' pour les français), sachant de plus les contraintes du temps et le nombre des consultants des médecins algériens.

c- La différence dans le niveau des compétences de communication selon l'âge est en faveur des généralistes les plus âgés (>40ans) ceci est peut être due à la maturité affective et à l'expérience cumulée. Le facteur âge nous semble être négligé dans les études antérieures. L'analyse de Ronald (2004) concernant 367 résumés de recherche et 51 articles allant de 1966 à 2003, en utilisant la base de données *Medline*, ne fait pas allusion à l'âge des médecins.

d- La différence selon le sexe n'est pas significative alors que les médecins femmes sont supposées plus attentives aux plaintes à charge émotionnelle et affective, posent plus de questions, et utilise plus les modes de communication non verbale (Irish, Roter, 1994).

e- La différence selon la période d'activité est significative en faveur des plus anciens, qui ont cumulé plus de 14 ans d'activité, ceci est l'image en miroir de la

différence due à l'âge, les études antérieures ne mentionnent pas cette variable. Le médecin généraliste améliore ses aptitudes de communication au fur et à mesure de son expérience pratique; il est confronté chaque fois à de nouvelles situations avec des patients différents, surtout pour le généraliste du secteur public où le travail de groupe et le conseil des aînés peuvent servir de support professionnel dans ce domaine relationnel.

f- La différence selon le secteur d'activité n'est pas significative, ce qui semble contraire au bon sens déjà cité ainsi qu'à la réalité sur le terrain, étant donné que le médecin du secteur libéral voit moins de malade par rapport à son confrère du secteur public. Dans la ville de Ouargla (y compris les régions exclues de notre étude) il y a 102 généralistes (publique = 62, libérale = 40) avec un généraliste pour 2304 habitants et puisque 75% des patients passent, pour des raisons socio-économiques, chez le médecin généraliste du secteur public, celui-ci est de loin le plus soumis aux contraintes qui entravent la communication avec le patient (A.S. 2004).

g- La différence selon la durée de consultation n'est pas significative or le temps est l'élément capital de la consultation, un médecin pressé et anxieux n'aura pas le temps de communiquer avec son patient. L'étude de Sachiko (2003) rapporte une durée de 11' pour les généralistes américains et 8,5' pour leurs confrères japonais. Il nous semble que le profit que peut tirer un médecin de la durée de consultation est fonction de ses compétences ainsi que des caractéristiques de son patient (tab.1, 2).

h- Les résultats concernant les items 13 et 17 sont très significatifs de notre point de vue. Le rôle des émotions et du vécu affectif, ainsi que des attitudes religieuses sont très signalés dans les études concernant la santé mentale et organique (Koenig, Mc Cullagh & Larson 2001, cité dans Richard et al. 2004) Les réponses superposables des généralistes algériens et français à ces deux questions nous semblent corrélées aux dogmes de la médecine occidentale qui ne préfère pas trop se rapprocher de ces domaines considérés comme la propriété exclusive du patient. Honnorat précise que la maladie en tant que rituel socioculturel prend trois aspects: disease, illness et sickness. S'éloigner trop de l'expérience émotionnelle dans sa forme habituelle ou transcendantale et existentielle altère la

fluidité d'information nécessaire pour poser un diagnostic fiable et impose une autre barrière devant l'installation d'une relation empathique (Honnorat 2002).

Les programmes de formations des médecins algériens ne sont pas très différents de ceux de leurs confrères français; n'oubliant pas toutefois que la médecine organiciste ne prête guère attention aux raisons des émotions et à la sagesse des religions (Damasio, 1994).

5-Conclusion :

Les résultats de notre étude ont montré que les aptitudes de communication des medecins généralistes ne sont pas optimales. Il est évident que Le niveau de ces compétences est fonction de plusieurs facteurs socio-économiques, culturelles, psychologiques et écologiques relatifs au médecin et à son patient en plus des autres variables (age, sexe, expérience).

Ces compétences peuvent être enseignés selon des programmes très évolués, d'où l'intérêt d'entraîner les étudiants en médecine dans les pays sous développés, y compris l'Algérie, à ces compétences dès les premiers cycles d'études médicales.

Les compétences de communication ne sont-elles pas l'image en miroir du concept d'empathie de Vischer et le facteur commun de la relation d'aide entre un soignant et une personne en détresse déjà manipulé par Freud, Allport, Rogers, Cosnier et autres.

Notre étude, (limitée du point de vue de la taille d'échantillon, et de la méthode utilisé) a peut être le mérite de primauté pour signaler l'importance de ce rituel social spécifique qu'est la consultation médicale afin de le transformer à un moment bénéfique pour les deux partenaires, le médecin et son patient

BIBLIOGRAPHIE

- 1-American Heath Ways & Johns Hopkins (2003) Defining the patient-physician relationships for the 21st century, 3rd Annual Disease Management, Arizona, phoenix.
- 2-Aschbury F.D., Iverson D.C., Kroly B. (2001) Physician communication skills: results of survey of general family practionners in new found land, *Med.educ.*(on line) 6:1, at <http://www.Med-ed-online.org>
- 3-Bateson G. et al (2000): La nouvelle communication. Textes recueilli par Yves Winkin. Paris, Edition le Seuil.
- 4- Beck R., Daughbridge R., Sloane P. (2002) physician-patient communication in the primary care office: A systematic Review, *J.Am. Board Fam., Pract.* 15, 25-38.
- 5-Cockburn J., and Walters W.A.W.(1999) Communication between doctors and patients *Current obstetrics and gynecology*, 9.39-40.
- 6-Daniel F.D. et al. (2004) Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II Report, *Academic Medicine*, 79,495-507.
- 7- DAMASIO Antonio R. (1994) L'erreur de Descartes : La raison des émotions.Paris, Odile Jacob.
- 8-Doherty E., O'Boyle, Shannon W.(1990) Communication skills training in under graduate medicine, *Ir.Med.J.* 83, 54-56.
- 9-Gregroy V.G., O'Dowd (2004) Doctor patient communication: Introduction for medical students, *General Education*, The Hamamatsu Medical College 18, 39-51.
- 10-Honnorat C. (2002) apprentissage de l'exercice médicale: modèles transversaux, Chap. 1: *le malade et sa maladie* pp.1-10, Paris, Masson.
- 11-Ibrahim Yassine (2001): Doctor and patient questions as a measure of doctor-centeredness in UAE hospitals, *English for Specific Purposer*: 20,331-344.
- 12-Jeammet Ph., Reynaud M., Consoli S.M., (1996) psychologie médicale, Paris, Masson.
- 13-Kath Maguire (2005): Doctor-patient relations, in *Sociology of Heath and Illness* (on line) at www.medgraphics.com .

- 14-Korsch B.B., (1968) Gaps in doctor patient communication: doctor patient interaction and patient satisfaction, *Pediatrics*, vol. 42, N° 5, 855-882.
- 15-Kurtz S., Silverman J. (2003): Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides, *Acad. Med.* 78; 802-809.
- 16-Novack D.H., Dube C., Goldstein M.G.(1992) Teaching medical interviewing: A basic course on interviewing and the physician-patient relationship, *Arch.Intern.Med.*152 (9): 1814-1820.
- 17-Peter M., Carolyn P.(2002) Key communication skills and how to acquire them; *BMJ*, Vol. 325, 697-700.
- 18- Richard J., et al.(2004) Psychosocial Factors in outcomes of Heart Surgery: The Impact of Religious Involvement and Depressive Symptoms, *Heath Psychology*, Vol.23, No.3, 227-238
- 19-Ronald M.E., et al.(2004) Communicating evidence for participatory decision making, *JAMA*, Vol. 291 N°19,2359-2366.
- 20-Sachikoa O., Toshio O., Maichael D.F.(2003) Doctor patient communication: a comparison of the USA and Japan, *family practice*, vol.20, N°3,276-282.
- 21-Taylor, S.E.,(2003) Heath psychology, 5 Ed, New York, McGraw-Hill.
- 22-Travaline J.M., Ruchinkas R., D'Alonzo Jr. (2005) Patient-physician communication: Why and How, *JAOA*, vol. 105, N:1: 13-18.
- 23-Van Dulmen A.M.(2002) Different perspectives of doctor and patient in communication, *International Congress Series*; 1241, 243-248.
- 24-Williams, W., Weiman J., Dale J.(1998) Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review, *Family Practice* 15.448-492.
- 25-Wolken Stejn P. et al.(2002): la relation médecin-malade: l'annonce d'une maladie grave, *Ann.Dermato. Vénéreol.* 129: 2S7-2S10.

Questionnaire

- 1- Utiliser des mots que le patient comprend facilement.
- 2- Laisser le patient terminer ses phrases sans l'interrompre.
- 3- Utiliser des questions ouvertes et d'autres fermées.
- 4- Explorer le contexte des plaintes de votre patient (famille, culture, age, sexe, statut socio-économique).
- 5- Adapter le plan du traitement et le régime à l'emploi du temps du patient.
- 6- Résumer les étapes de l'entretien et les conclusions tirées.
- 7- Regarder le patient dans les yeux.
- 8- Faire sentir au patient que vous êtes confident et que son état vous préoccupe sérieusement.
- 9- S'assurer que le patient a bien compris vos explications en posant des questions teste.
- 10- Expliquer au patient la nature de sa maladie ainsi que son pronostic.
- 11- Expliquer au patient vos préférences concernant les tests, les traitements, et les choix qui lui sont offerts.
- 12- Faire sentir à votre patient que vous avez bien compris ses plaintes et ses sentiments.
- 13- Discuter avec le patient de ses sentiments spirituels et de ses convictions religieuses.
- 14- Utiliser d'une façon active les techniques d'écoute verbale (mots, encouragements) et non verbales (regards, gestes).
- 15- Associer le patient, sa famille, et ses amis (es) dans les prises de décisions.
- 16- S'assurer que le patient va sortir de votre cabinet satisfait et convaincu.
- 17- Parler avec le patient de ses sentiments ; même les plus intimes.
- 18- Expliquer au patient d'une façon précise les modalités du traitement, ses effets secondaires, et le style de vie à adopter.
- 19- Répondre à toutes les questions du patient et l'encourager à en poser d'autres.
- 20- Recueillir les informations d'une façon structurée et pré établi.
- 21- Laisser le patient parler librement de ses plaintes.
- 22- Utiliser les techniques du feed back envers les signes verbaux et non verbaux émanant de votre patient.
- 23- Etablir un contact personnalisé avec le patient (sourire, saluer avec la main...).