



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1**

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-SUD CHARLES MERIEUX**

Année 2015 - N° 227

**THESE**

# **LE NON-DIT DU PATIENT EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE**

Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 15 patients

Présentée à l'Université Claude Bernard -Lyon 1

et soutenue publiquement le 08 octobre 2015

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Elodie VIGNON**

Née le 16 mars 1984 à Châtenay-Malabry

**U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)**

BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
DEVONEC Marian	Urologie
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Méd interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale

DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BERARD Frédéric	Immunologie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L.
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation urgence
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale

DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FRANCO Patricia	Physiologie
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LANTELME Pierre	Cardiologie
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Bio et Méd du développement et reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio.

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

FILBET Marilène	Thérapeutique
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE**

DUBOIS Jean-Pierre

### **PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE**

ERPELDINGER Sylvie

### **PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE**

BONIN Olivier

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)**

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BONMARTIN Alain	Biophysique et Médecine nucléaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Bio et Méd du développement et reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Bio et Méd du développement et reproduction
KOCHER Laurence	Physiologie
METZGER Marie-Hélène	Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERRAUD Michel	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

BELOT Alexandre	Pédiatrie
-----------------	-----------

BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
COURAUD Sébastien	Pneumologie
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

CHANELIERE Marc  
DUPRAZ Christian  
PERDRIX Corinne

### **PROFESSEURS EMERITES**

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.*

*Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
GRANGE Jean-Daniel	Ophtalmologie
GUERIN Jean-Claude	Pneumologie
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PERRIN Paul	Urologie
PLAUCHU Henry	Génétique
TRAN-MINH Van-André	Radiologie et Imagerie médicale

## Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## Remerciements

### **Monsieur le Professeur Alain Moreau, Président de jury**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Votre intérêt et votre travail de recherche autour de la relation de soins centrée sur le patient font écho à une volonté personnelle d'exercer une médecine moderne et humaniste. Veuillez trouver ici le témoignage de mon admiration et de mon profond respect.

### **Madame le Professeur Liliane Daligand**

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail et suis très honorée de votre participation à ce jury. La qualité de vos interventions valorise la formation médicale et enrichit la pratique quotidienne en médecine générale. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

### **Monsieur le Professeur Xavier Lainé**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de participer à ce jury de thèse sans me connaître. Votre implication dans l'enseignement de la médecine générale force mon admiration. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

### **Monsieur le Docteur Joël Dannaoui**

Je te remercie pour ta confiance et ton accompagnement dans la direction de ce travail, pour ton implication et ta disponibilité, pour ton soutien, pour tes conseils de lecture et ton engagement dans l'enseignement de la médecine générale qui donnent du sens à notre pratique. Je suis très honorée d'être la candidate de ton premier jury de thèse.

Je tiens également à remercier :

Tous les patients qui m'ont accordé leur temps pour répondre à mes questions et permettre à ce travail de voir le jour.

Les médecins m'ayant autorisé l'accès de leur salle d'attente pour le recrutement : le Dr Marie-Hélène Gras-Gonin, le Dr Jean-Paul Gonin, le Dr Emile Cloche, le Dr Corinne Perdrix, le Dr Damien Monloubou, le Dr Martin Naessens.

Le Dr Noémie Roland pour ses précieux conseils sur la méthode qualitative.

Mes maîtres de stage qui m'ont conforté dans mon choix pour la médecine générale et donné l'envie d'exercer plus près de la verdure : le Dr Marie-Hélène Gras-Gonin, le Dr Christophe Guillet, le Dr Patrick Froger, le Dr Christian Rousset, le Dr Thierry Mathieu.

Sophie, pour ton implication dans la formation et particulièrement l'organisation de groupes Balint sur Lyon, pour tes encouragements et ta bonne humeur.

Laetitia, pour ton soutien à distance malgré ton parcours du combattant qui se termine par le plus beau des sourires !

Laura et Anne, les Rennaises, pour le partage de ces looonnngues années d'étude et le souvenir de ces bons moments de récré passés ensemble. Il va falloir remettre ça (les bons moments, pas les études !)

Céline, pour tes bonnes adresses anti-déprime.

Fanny, pour ton soutien constant, ton organisation toujours au top et ta force pour affronter les étapes de la vie sans faillir. Tu m'épates !

Amira et Guillaume, pour les sorties nature, il faudra prendre la revanche de l'Obiou !

Hannah, pour ton enthousiasme, ta générosité, tes chants au piano à plus de 23h et la conjugaison de tout ça avec le bloc, les gardes, les allers-retours à l'imprimerie pour retoucher une faute de frappe... Cher docteur, je te salue !

Patricia, pour ton amitié depuis 25 ans, les escapades à Paris, à Malte, les aventures SPA... Merci pour tes encouragements bôôôté, vive le serment du panneau stop !

Mes parents, pour ce sentiment d'avoir grandi dans la douceur et la sécurité, pour m'avoir transmis les valeurs qui me permettent, comme il y a 30 ans, de mettre un pied devant l'autre pour avancer toujours plus loin, pour m'avoir fait confiance dans mes choix et m'aider à réaliser mes projets. Merci.

Thibaut, mon petit frère, pour ton aide précieuse et tes connaissances qui m'ont fait gagné pas mal d'heures ! Pour tous ces bons souvenirs d'enfance même quand je te menais la vie dure (merci les crabes en plastique), pour ta participation aux défis rando, pour ce nouveau tremplin que tu as su emprunter. Que de bonnes choses à venir !

Mamyline, pour ta volonté à toute épreuve, ton élégance, ta motivation d'être toujours au goût du jour, tes talents d'artiste et ton « riz-collant » ! Merci pour ton soutien.

Maminou, pour les trésors de mon enfance, les courses à n'en plus finir dans le jardin, la délicieuse confiture groseille-cassis, les Noëls inoubliables, les pentes enneigées de Val-Cenis. Pour ta bonne humeur malgré l'oubli.

Papi, pour la transmission de ton amour de la musique classique. Je vais enfin pouvoir rouvrir le clavier du piano et faire résonner les notes puis les transmettre à mon tour.

Charles, pour ton soutien sans faille, ton épaule toujours disponible pour le réconfort, ton optimisme, ta persévérance dans tout ce que tu entreprends, ton goût de l'aventure qui me porte vers les sommets, ta barbe douce ! Et le meilleur est à venir !

## Liste des abréviations

AIT : Accident ischémique transitoire

BDSP : Base de données en santé publique

BMJ : British Medical Journal

CSP : Catégorie Socioprofessionnelle

Fayr-GP : French association of young researchers in General Practice

IST : Infection sexuellement transmissible

MeSH : Medical Subject Headings

MG : Médecin généraliste

ND : Non-dit

Relation MP : Relation médecin-patient

## Table des matières

1. INTRODUCTION.....	15
2. MATERIEL ET METHODE.....	20
2.1. Problématique et choix du type d'étude.....	21
2.2. Recherche bibliographique .....	21
2.3. Guide d'entretien .....	22
2.4. Recrutement de la population .....	23
2.5. Déroulement des entretiens .....	24
2.6. Analyse .....	25
3. RESULTATS.....	28
3.1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens.....	29
3.2. Caractéristiques du non-dit pour le patient.....	44
3.2.1. Représentations autour du non-dit.....	44
3.2.2. Types de non-dit.....	47
3.2.3. Variabilité contextuelle .....	51
3.3. Les thèmes sources de non-dits .....	56
3.3.1. Sphère génitale.....	57
3.3.2. Gravité de la maladie.....	59
3.3.3. Sphère psychique .....	59
3.3.4. Addictions.....	60
3.3.5. Autres .....	61
3.4. Les motifs de non-dit.....	64
3.4.1. Motifs propres au contexte de la consultation .....	65
3.4.2. Motifs propres à la maladie.....	69
3.4.3. Motifs propres au patient .....	71
3.4.4. Motifs propres au médecin .....	77
3.4.5. Motifs propres à la relation patient-médecin .....	84
3.5. Conséquences du non-dit.....	89
3.6. Vécu du non-dit .....	92
3.6.1. Vécu négatif.....	92

3.6.2.	Vécu non négatif.....	94
3.7.	Devenir du non-dit .....	96
3.7.1.	Evolution.....	96
3.7.2.	Perspective de dire .....	98
3.7.3.	Dépistage.....	98
3.7.4.	Attentes du patient .....	100
4.	DISCUSSION.....	105
4.1.	A propos de ce travail.....	106
4.1.1.	Le sujet .....	106
4.1.2.	Le type d'étude.....	106
4.1.3.	La population étudiée et interviewée .....	107
4.1.4.	Le chercheur .....	108
4.1.5.	Le canevas d'entretien .....	108
4.1.6.	L'entretien .....	109
4.1.7.	Le format des données d'entretien.....	110
4.1.8.	La méthode d'analyse.....	111
4.2.	A propos des résultats.....	111
4.2.1.	S'exprimer sur le non-dit .....	111
4.2.2.	Le non-dit inconscient .....	112
4.2.3.	Un conditionnement du non-dit ?.....	112
4.2.4.	L'adolescence, période riche en non-dits.....	113
4.2.5.	A propos des thèmes de non-dits.....	114
4.2.6.	A propos des motifs de non-dits .....	114
4.2.7.	Le rôle du médecin dans le non-dit .....	116
4.2.8.	L'ambivalence face au non-dit .....	117
4.2.9.	Le facteur temps.....	117
4.2.10.	L'importance de la communication non verbale.....	118
4.2.11.	Le devenir du non-dit : les attentes des patients.....	119
4.2.12.	En pratique, les compétences requises.....	120
4.3.	Pistes de travaux de recherche complémentaires .....	120
5.	CONCLUSION .....	122
6.	BIBLIOGRAPHIE .....	125

7.	ANNEXES .....	128
7.1.	Guide d'entretien initial .....	129
7.2.	Guide d'entretien final .....	132
7.3.	Affiche / flyer de recrutement.....	135
7.4.	Dictionnaire de codes.....	136
7.5.	Retranscription de l'entretien de P10 .....	145

# 1. INTRODUCTION

« Pourquoi, en dépit d'efforts sérieux de part et d'autre, la relation entre malade et médecin est-elle souvent insatisfaisante ? » Dans son livre *Le médecin, son malade et la maladie*, Michael Balint pose la question de l'inefficacité relative de certaines prises en charge du patient par le médecin généraliste <sup>(1)</sup>. De nombreuses études se sont intéressées à cet aspect de la relation et montrent que les principales insatisfactions des patients sont liées à des problèmes de communication avec le médecin <sup>(2)</sup>. La plupart des travaux sur ce sujet ont traité des causes à l'origine de ce sentiment d'insatisfaction et les moyens d'y remédier mais peu se sont penchés sur le phénomène de non-dit lors de la consultation en médecine générale.

Les quelques études sur ce thème sont principalement anglo-saxonnes et suisses.

Un article paru dans le BMJ en 2000 présente une étude qualitative britannique des demandes non formulées de 35 patients auprès de 20 médecins généralistes. Seulement 4 patients avaient entièrement exprimé toutes leurs requêtes lors de la consultation. Les sujets non abordés concernaient les inquiétudes des patients à propos du diagnostic et ses conséquences, les idées sur leur état, les effets indésirables des traitements, la non-demande de prescription et les informations relatives au contexte social. Cela contribuait à majorer l'incompréhension entre le patient et le médecin, la non observance des prescriptions et la non-adhérence au traitement <sup>(3)</sup>.

Une étude quantitative britannique parue en 2001 auprès de 909 patients consultant en soins primaires mettait en évidence que 9% des patients interrogés n'avaient pas exprimé leurs souhaits de prise en charge auprès du médecin. Cela concernait principalement les demandes d'orientation vers un spécialiste et de traitement par physiothérapie. Les patients non demandeurs étaient plutôt jeunes, peu instruits, célibataires et avaient une moindre confiance envers leur thérapeute. Les patients et les médecins évaluaient moins positivement ces consultations « manquées » et une évolution des symptômes moins favorable était notée dans ces situations <sup>(4)</sup>.

Dans une revue médicale suisse, un article de 2005 reprend les principales études sur le sujet et mentionne l'« agenda caché » du patient qui représente ses demandes

non formulées en début de consultation, principalement liées au fait que le médecin ne permet pas au patient de s'exprimer totalement sur ses motifs de consultation. Ceci a pour principale conséquence l'émergence de demandes de la part du patient en fin de consultation, phénomène autrement appelé « syndrome du pas de la porte », voire l'absence de verbalisation au cours de la consultation <sup>(5)</sup>.

En France, trois thèses ont abordé la question du non-dit.

En 1989, Jean-Gérard Pelletier, a mené une enquête auprès de 141 médecins généralistes afin d'étudier la fréquence, les facteurs favorisants et l'importance du non-dit du patient en consultation <sup>(6)</sup>. 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.

En 2013, Guillaume Gaudin a étudié les thématiques concernées par le non-dit des patients du point de vue des médecins généralistes ainsi que son importance dans la relation de soins et le bénéfice de sa révélation <sup>(7)</sup>. Les résultats montrent que les non-dits dépendent du sujet concerné et semblent diminuer avec le temps. Bien que l'abord de sujets délicats semble facilité par une attitude d'ouverture, d'écoute, et de non-jugement du médecin, certaines situations imposent de respecter le non-dit du patient.

Une seconde thèse de 2013 explore uniquement les motifs de non-dits dans le cas particulier des patients diabétiques de type 2 et le lien avec le stade de l'acceptation de la maladie, du point de vue des patients <sup>(8)</sup>. Les résultats mettent en évidence que les non-dits semblent très fréquents et sont parfois le témoin d'une inacceptation de la maladie. Le non-dit permet parfois au patient de s'autonomiser par rapport au médecin ou marque le désinvestissement du projet de soin et de la relation médecin-malade. Des outils de stratégie en communication comme le questionnement ouvert, le respect des silences, l'identification du stade d'acceptation de la maladie peuvent aider la révélation de ce non-dit par le patient.

Dans son ouvrage *La relation médecins-malades : informations et mensonges*, Sylvie Fainzang présente le résultat d'observations de situations cliniques réelles au cours desquelles elle a étudié les échanges d'informations entre les patients et les médecins, ce qui était dit et ce qui ne l'était pas <sup>(9)</sup>. Elle s'intéresse particulièrement au « mensonge par omission » en confrontant ses observations aux perceptions des patients et des médecins du contenu de la consultation en termes de discours. Cette étude a été réalisée dans le contexte particulier de rencontres entre des patients atteints de maladies graves, comme le cancer, et des médecins pour la plupart oncologues, ce qui ne permet pas une approche globale du non-dit.

Cette revue de la littérature permet de faire le constat que l'avis des patients sur ce qu'ils n'abordent pas en consultation est peu traité.

Le sujet du non-dit du point de vue du patient est très certainement complexe à étudier, puisque l'on parle ici de « non-communication » et de ce qui, par définition, ne se dit pas.

Dans le Larousse, le non-dit est « ce qui, bien que chargé de sens, n'est pas formulé explicitement dans un énoncé ». Pour le Petit Robert, il s'agit de « ce qui n'est pas dit, ce qui reste caché dans le discours de quelqu'un ». Dans les *Cahiers internationaux du symbolisme*, on peut lire : « Que le non-dit des discours se présente sous la forme de présupposé, d'implicite, de secret, de croyances indicibles, de savoirs élitistes, d'oubli, de tabous, de dissimulation ou de silence, il en est une partie intégrante faisant toujours sens » <sup>(10)</sup>.

Certaines informations non exprimées sont donc porteuses de sens et on peut émettre l'hypothèse que, dans le cadre de la relation patient-médecin, cette « perte de sens » aboutit à une moins bonne compréhension du patient par son médecin et entrave l'efficacité des soins.

C'est dans le but de mieux comprendre cette problématique que nous avons réalisé ce travail, dont **l'objectif principal était la caractérisation des motifs de non-dit au cours de la consultation en médecine générale et son importance pour le patient en termes de vécu, de répercussion sur la relation de soins et de devenir.**

L'objectif secondaire était de comprendre ce qui, dans l'attitude du médecin, peut aider le patient à sortir de ce non-dit.

## **2. MATERIEL ET METHODE**

## **2.1. Problématique et choix du type d'étude**

La problématique de l'étude et la question de recherche ont été définies et précisées conjointement avec notre directeur de thèse.

Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de quinze patients afin d'étudier le non-dit dans la consultation avec leur médecin généraliste. Il s'agit d'entretiens guidés par un canevas de questions ouvertes rédigées au préalable.

## **2.2. Recherche bibliographique**

Les recherches bibliographiques ont été effectuées via différents sites Internet de bases de données : Pubmed, Sudoc, BDSP, Cochrane Library, CAIRN, Google scholar.

Nous avons effectué une formation en recherche documentaire utilisant la base de données Pubmed à la bibliothèque universitaire de Lyon 1. Le portail terminologique MesH nous a permis de réaliser la recherche dans Pubmed.

Les mots-clés ont été déclinés autour de deux axes : le champ lexical du non-dit et la relation médecin malade en soins primaires.

- en langue française :
  - non-dit (ou non dit)
  - silence
  - mensonge
  - implicite
  - intime
  - tabou
  - secret

- communication non verbale
- relation médecin malade (ou patient)
- médecine générale
  
- en langue anglaise :
  - unsaid
  - silence
  - secret
  - physician-patient relation
  - general practice

La gestion des références bibliographiques a été effectuée grâce au logiciel Zotero.

### **2.3. Guide d'entretien**

Un guide d'entretien, également appelé canevas, a été rédigé en fonction des objectifs de recherche (Annexe 1). Les différentes questions abordées lors des entretiens ont été classées par thèmes et ont servi de support à la réalisation des entretiens. La première question servait d'accroche et avait pour but de mettre à l'aise le participant et l'encourager à s'exprimer librement.

Voici les principales questions abordées :

**Accroche :**

Pensez-vous qu'il soit possible de tout dire de soi à l'autre ?

**Sujets / thèmes de ND :**

Quels sont le(s) sujet(s) difficile(s) à aborder avec votre médecin ?

**Causes / motifs :**

Qu'est-ce qui fait qu'il est compliqué d'en parler avec lui ?

**Rôle du ND dans la relation :**

En quoi aborder ce(s) sujet(s) peut-il améliorer ou compliquer la relation avec votre médecin ?

**Vécu :**

Que ressentez-vous par rapport à cette situation ?

**Devenir :**

Comment pensez-vous pouvoir parler de ce(s) sujet(s) ? Quel rôle votre médecin peut-il avoir dans cet échange ?

Du fait de la volonté de ne pas influencer les participants à propos de la définition du terme « non-dit », nous avons choisi de ne pas le faire apparaître dans nos questions, sauf s'il était mentionné par le patient lui-même, et d'utiliser des périphrases telles que « sujets que vous n'arrivez pas à exprimer / qui sont difficiles à aborder ».

Ce guide d'entretien a évolué au fur et à mesure de l'avancée des entretiens et a été remodelé en fonction des résultats obtenus (Annexe 2).

## **2.4. Recrutement de la population**

Pour cette étude, il a été décidé d'étudier un échantillon raisonné de patients, c'est-à-dire en sélectionnant les participants avec des critères de diversification permettant une variation maximale de l'échantillon.

Ces critères étaient : l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle et le milieu de vie (urbain, semi-rural, rural)

Le critère d'exclusion était la barrière de la langue, pour un souci de retranscription et d'analyse des entretiens.

Le recrutement a été réalisé initialement dans les salles d'attente de quatre cabinets médicaux en région Rhône-Alpes (deux cabinets en milieu rural dans le département

de l'Isère et deux cabinets urbains dans le département du Rhône) après l'accord des médecins exerçant sur place. Nous précisions le thème de l'enquête ainsi que son déroulement de façon systématique aux patients venant consulter. Il était précisé que les entretiens duraient entre vingt et trente minutes environ, étaient enregistrés puis retranscrits de façon anonyme et enfin que les participants pouvaient se rétracter s'ils le souhaitaient. Si les patients acceptaient de participer, leurs coordonnées étaient récupérées afin de pouvoir les recontacter ultérieurement selon les besoins du recrutement.

Des affiches et flyers (Annexe 3) ont été déposés dans les salles d'attente avec les coordonnées du chercheur pour permettre une participation spontanée de patients.

Afin de satisfaire au mieux le choix raisonné de notre échantillon, le recrutement a été ajusté en fonction des concepts émergents au cours de l'étude, comme par exemple l'intérêt d'inclure des adolescents à l'enquête. Quelques patients ont ainsi été recrutés de façon plus individuelle, à l'issue de consultations que nous effectuions en remplacement.

Le recrutement s'est prolongé jusqu'à obtenir une saturation 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. Lors de la phase de recrutement en salle d'attente, cinq patients ont refusé de participer à l'étude. La raison évoquée était le manque de temps.

## **2.5. Déroulement des entretiens**

Il était proposé aux patients d'effectuer les entretiens à leur convenance ; il était précisé qu'un créneau et un endroit calme étaient préférables.

Le rendez-vous était confirmé par sms ou appel téléphonique 24 heures à 48 heures avant la date prévue.

Un premier entretien test a été réalisé pour nous familiariser avec le type d'enquête et la maîtrise de l'enregistrement couplé à la prise de notes. Il a été inclus dans l'étude car les réponses obtenues permettaient de débiter l'analyse.

Des autorisations parentales écrites étaient demandées pour les entretiens réalisés auprès de mineurs.

Les entretiens ont été enregistrés sur téléphone portable après nouvel accord des participants.

L'entretien débutait par un rappel bref du sujet de l'étude et de son objectif. Le guide d'entretien servait de trame mais l'ordre des questions n'était pas obligatoirement respecté et s'adaptait au discours des patients. Les questions étaient abordées de manière à laisser le patient s'exprimer de façon générale puis de façon plus personnelle sur sa propre expérience de non-dit. Les techniques de relance et de reformulation étaient utilisées pour amener le participant à approfondir sa réflexion.

Des notes reprenant les réactions et les attitudes non verbales des patients interrogés ont été prises en même temps que l'enregistrement.

A la fin de chaque entretien, l'envoi d'un résumé du travail de recherche ou de la thèse complète a été proposé aux participants.

## **2.6. Analyse**

Une fois enregistrés, les entretiens ont été retranscrits à l'aide du logiciel de dictée vocale Dragon Naturally Speaking sur un document Word. Les dialogues sont précédés des initiales de l'interlocuteur (EV sont les initiales du chercheur, PX celles du participant, où X désigne le numéro d'entretien par ordre

chronologique de réalisation). Les silences, les hésitations et les rires des patients ont été respectés. La retranscription d'un entretien s'appelle le verbatim. L'ensemble des retranscriptions d'entretiens définit le corpus.

L'analyse a été effectuée selon une approche inductive de théorisation ancrée, c'est-à-dire en faisant émerger des hypothèses à partir des données du terrain, en parallèle des étapes de recrutement et de codage. Une analyse thématique axiale puis transversale des entretiens retranscrits a été effectuée.

Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo 10. La méthodologie de la recherche qualitative ainsi que la maîtrise de ce logiciel ont été acquises lors d'un séminaire de formation de deux journées, organisé par l'association de recherche Fayr-GP.

Chaque entretien a été réécouté plusieurs fois : une première fois sans prise de notes ni codage afin de s'imprégner du discours du participant et comprendre son point de vue, puis une seconde fois avec prise de notes précisant les informations biographiques tirées de l'entretien, les principales idées mises en évidence et en rapport avec les objectifs de recherche ainsi que, de façon plus générale, les premières pistes d'hypothèses servant à l'analyse.

Le codage axial a été effectué lors d'une troisième écoute et en utilisant le support de la retranscription écrite. Initialement, chaque élément de texte recueilli auprès des patients interrogés et porteur d'un concept significatif en rapport avec les objectifs de recherche a été affecté à un intitulé appelé « code » représentant l'idée qu'il véhicule. Une définition explicative a été attribuée à chaque code. Par exemple, les verbatim « c'est comme un secret » et « y a pas de secret avec notre médecin » se rattachent au code « secret » qui a pour définition : « toutes les références au thème du secret pour parler du non-dit ». Une même partie du texte et donc un même extrait de verbatim peut contenir plusieurs idées et appartenir ainsi à plusieurs codes différents. La seconde étape a consisté à regrouper les différents codes en catégories puis en thèmes plus généraux. L'ensemble des codes triés et regroupés en catégories et grands thèmes constitue le dictionnaire de codes (Annexe 4).

Les différentes phases de codage ont été régulièrement revues avec le Dr Dannaoui qui a dirigé ce travail, afin d'y apporter d'éventuelles corrections ou précisions.

Les entretiens ont été insérés au document final de la thèse sous forme audio (Annexe CD rom).

## 3. RESULTATS

### 3.1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Douze participants ont été recrutés dans des cabinets de médecine générale : sept en salle d'attente et cinq à l'issue de consultations. Quatre participants ont spontanément appelé le chercheur en réponse à l'annonce affichée dans le cabinet de leur médecin ; seulement deux ont été inclus, les deux autres ayant appelé après la fin du recrutement. Le premier entretien a été réalisé auprès d'une connaissance. Quinze entretiens ont ainsi été menés entre le 21 novembre 2014 et le 12 mai 2015.

Les entretiens ont duré entre 24 et 63 minutes. Huit entretiens étaient plus longs que le temps annoncé au moment du recrutement.

Les caractéristiques de chaque participant et le déroulement de leur entretien sont décrits ci-dessous :

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
1	F	75	Retraitée (professeur d'anglais)	Urbain	Homme, 60 ans, capacité de gériatrie, sur rdv	35 ans	3/an	20 min
2	H	60	Sans emploi (artisan charpentier en invalidité)	Rural	Femme, 55 ans, maître de stage, avec et sans rdv	10 ans	2/an	20-30 min
3	F	59	Employée (restauration rapide), CAP sténo-dactylo	Rural	Femme, 55 ans, maître de stage, avec et sans rdv	10 ans	2 à 3/an	20-30 min
4	F	29	Profession libérale (dentiste)	Urbain	Homme, 36 ans, maître de stage		1/an	20 min
5	H	77	Retraité (employé EDF)	Urbain	Homme, 63 ans	30 ans	2/an	30 min
6	F	77	Retraitée (ouvrière biscuiterie)	Rural	Homme, 69 ans, avec et sans rdv	37 ans	4 à 6/an	15 min
7	H	53	Chef d'entreprise (restaurateur)	Urbain	Homme, 57 ans, maître de stage	10 ans	4/an	
8	F	14	Etudiante (collégienne)	Semi-rural	Femme, 50 ans	14 ans	4/an	

9	H	62	Profession libérale (architecte)	Urbain	Femme, 52 ans		6/an	
10	F	59	Retraitée (employée de poste)	Urbain	Femme, 52 ans	15 ans	5/an	
11	F	43	Employée (agent d'accueil)	Urbain	Homme, 37 ans, maître de stage	15 ans	3 à 4/an	
12	F	18	Etudiante (BTS tourisme)	Semi-rural	Femme, 46 ans	3 ans	4/an	
13	H	33	Cadre (responsable marketing)	Urbain	Homme, 61 ans, sur rdv	3 ans	2/an	15 min
14	H	17	Etudiant (CAP pâtisserie)	Semi-rural	Femme, 46 ans	7 ans	6/an	
15	H	39	Cadre (responsable service clientèle)	Urbain	Homme, 35 ans, maître de stage	5 ans	2/an	15-20 min

- **ENTRETIEN 1**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
1	F	75	Retraitée (professeur d'anglais)	Urbain	Homme, 60 ans, capacité de gériatrie, sur rdv	35 ans	3/an	20 min

Le premier entretien, ayant permis de tester les questions du canevas, s'est déroulé au domicile de la patiente, en soirée, dans une ambiance calme et détendue. Il a duré 24 minutes.

P1 est veuve, a trois filles. Elle souffre de problèmes de genoux et ophtalmologiques.

Lors de l'entretien, elle a évoqué la période difficile de la fin de vie puis du deuil de son mari **sans jamais citer sa maladie** : « *cet état a duré trois ans* ».

Elle accordait une place importante au médecin traitant : « *cette personne-là est vraiment, euh, au cœur du nœud* », ne semblait pas avoir de non-dit à son égard : « *moi j'ai l'impression qu'on peut tout lui dire* » mais manifestait une certaine retenue à s'exprimer sur ce sujet lors de l'entretien : « *les relations avec son médecin sont des choses qu'on garde d'une façon assez privée* ».

Les entretiens 2 et 3 ont été effectués auprès d'un couple, le même jour, à leur domicile mais séparément, c'est-à-dire sans la présence du conjoint dans la pièce. Ils ont eu lieu en fin d'après-midi, dans une ambiance calme et détendue, autour d'un goûter proposé par les participants.

- **ENTRETIEN 2**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
2	H	60	Sans emploi (artisan charpentier en invalidité)	Rural	Femme, 55 ans, maître de stage, avec et sans rdv	10 ans	2/an	20-30 min

L'entretien a duré 48 minutes.

P2 est italien et s'exprime très bien en français. Il a travaillé très jeune comme artisan et a souffert de polyarthralgies dès l'âge de 40 ans, **sans en parler** à son médecin **initialement** : « *J'avais les mêmes symptômes à l'époque. Mais j'étais fou, j'étais jeune! Nous, moi, et ma femme, on s'est habitué à la douleur* ».

Il avait une vision idéalisée de son médecin actuel, qu'il décrivait omnipotent : « *on a trouvé un très bon docteur, Mme G., c'est tout : c'est un docteur, c'est un avocat, c'est un juge, c'est un psy, c'est tout cette dame là* » et déclarait ne rien lui cacher : « *le docteur on dit tout* », « *Non non, y a pas de secret avec notre médecin* ». Il semblait néanmoins que certains sujets n'ont pas été abordés, notamment la raison de l'arrêt d'un traitement antalgique par le médecin : « *Et puis après, elle m'a arrêté [le traitement] parce que, (un temps), c'est peut être pas bon* ».

*non plus de prendre toujours toujours, de prendre l'habitude, je sais pas comment ça se dit ».*

- **ENTRETIEN 3**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
3	F	59	Employée (restauration rapide), CAP sténo-dactylo	Rural	Femme, 55 ans, maître de stage, avec et sans rdv	10 ans	2 à 3/an	20-30 min

Cet entretien a duré 1heure.

P3 est l'épouse de P2. Elle s'est présentée comme une gestionnaire de sa maison, de sa famille, des papiers administratifs de son mari lors de son activité professionnelle puis de son invalidité. Elle a reconnu avoir toujours privilégié les membres de sa famille parfois au détriment de son propre bien être : *« aussi loin que je peux remonter euh, j'ai toujours mis de l'importance sur les personnes qui m'entouraient, euh, que moi-même, moi c'est au deuxième degré »*. Elle a évoqué trois épisodes difficiles de sa vie adulte dont celui d'une situation professionnelle délicate lors de laquelle **la communication** avec son précédent médecin **a été compliquée** : *« Deux ans au boulot et trois ans après pour me sortir de cette dépression parce que lui [le médecin] il l'a pas vue »*.

- **ENTRETIEN 4**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
4	F	29	Profession libérale (dentiste)	Urbain	Homme, 36 ans, maître de stage		1/an	20 min

Cet entretien de 28 minutes a été réalisé au domicile de la patiente, en milieu d'après-midi, pendant la sieste de son fils de 2 ans. Il a été interrompu une première fois puis abrégé par le réveil de ce dernier.

P4, collaboratrice en orthodontie, n'a pas d'antécédent particulier.

Lors de l'entretien, elle a donné principalement son point de vue de soignante à propos des non-dits et s'est sentie peu concernée en tant que patiente du fait de sa profession : « *moi j'commence quand même à poser la question directement, parce que bon j'ai pas vraiment de tabou, en sachant que, bah je suis déjà dans la médecine* ». Elle a tout de même évoqué sa propre **adolescence comme une période propice** au non-dit.

- **ENTRETIEN 5**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
5	H	77	Retraité (employé EDF)	Urbain	Homme, 63 ans	30 ans	2/an	30 min

L'entretien a eu lieu au domicile du patient, en milieu de matinée, dans une ambiance agréable, détendue. Il a été interrompu quelques secondes par l'intervention de l'épouse du patient qui ne savait pas que l'entretien était enregistré. Il a duré 51 minutes.

P5 a deux fils d'une cinquantaine d'années, il a pour antécédents principaux une cure de hernie inguinale et une poussée hypertensive.

Lors de l'entretien, il a volontiers répondu aux questions ; il ne s'est pas senti directement concerné par le non-dit envers son médecin généraliste : « *Bien que je suis un fait à part, parce que quand on connaît un docteur depuis 30 ans...* », mais

l'a expérimenté lors de son expérience hospitalière : « EV : Toutes les questions que vous aviez en tête, est-ce que vous avez réussi à les exprimer, à les verbaliser d'une part à l'hôpital, et deuxièmement avec votre médecin généraliste lors de votre poussée de tension ? *Avec le médecin généraliste facile, à l'hôpital euh, au début non. J'avais un blocage* ». Il parlait davantage des propres difficultés de communication de son fils avec son médecin d'une part et de l'expérience du cancer d'un ami d'autre part.

- **ENTRETIEN 6**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
6	F	77	Retraitée (ouvrière biscuiterie)	Rural	Homme, 69 ans, avec et sans rdv	37 ans	4 à 6/an	15 min

L'entretien a été réalisé au domicile de la patiente, en milieu d'après midi, sans élément perturbateur ; la patiente avait préparé un goûter pour l'occasion. Il a duré 56 minutes.

Parmi ses antécédents, P6 a relaté une tuberculose pulmonaire à l'âge de vingt ans et un épisode récent de malaise cardiaque lors duquel elle a vraisemblablement présenté un AIT. Cet épisode correspondait à son changement de médecin généraliste. Il semblait qu'elle ait été déçue de la prise en charge de ce dernier au moment de ce malaise : « *je pense que un docteur, quand il voit son patient qui est, il avait bien vu que j'étais quand même bien fatiguée, il devrait prendre, appeler tout de suite le cardiologue* », **sans le signifier clairement** : « *Mais c'est pas pour ça que je lui en veux mais enfin c'était un peu dur pour moi à avaler hein* ». Elle n'a pas fait le lien entre cet événement et les non-dits qu'elle a pu avoir envers ce médecin : « EV : *Est-ce que cet épisode, ça a fait qu'après euh vous étiez plus réticente à lui faire part de certaines choses vous concernant ? P6 : Non ! Bah après j'l'ai pas bien vu hein. Je suis allée chez M (prénom du nouveau médecin)* ». Elle était très protectrice envers son premier médecin auquel elle attribuait un rôle paternaliste.

Le **non-dit** semblait présent mais cependant **difficilement identifié** et donc difficilement expliqué par P6 qui a fréquemment répondu aux questions par : « *je sais pas* », en baissant la tête. Son discours était ponctué de nombreux silences.

- **ENTRETIEN 7**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
7	H	53	Chef d'entreprise (restaurateur)	Urbain	Homme, 57 ans, maître de stage	10 ans	4/an	

L'entretien a été réalisé sur le lieu de travail du patient, dans une salle vide et calme, attenante à son restaurant, en milieu d'après-midi. Il a été perturbé par la sonnerie de portable du patient à deux reprises. Il a duré 34 minutes.

P7, divorcé, a une fille. Il a déménagé à plusieurs reprises et a donc été amené à consulter différents médecins « *pour une grippe, une connerie* ». Il est suivi depuis une dizaine d'années par son médecin actuel pour une hypertension artérielle. Il fréquente le milieu de la nuit en tant que disc jockey et s'est exprimé sur les problèmes de toxicomanie et les non-dits qui en découlent.

Lors de l'entretien, P7 a montré initialement une certaine retenue et s'est décrit comme peu concerné par la problématique du non-dit : « *Moi ça m'est pas trop, pas trop arrivé parce que bon euh j'ai pas trop fréquenté les médecins dans ma vie, j'ai eu de la chance* ». Mais il a par la suite évoqué deux situations personnelles qui ont été complexes à aborder en consultation, pour finalement, un peu gêné, illustrer un **non-dit** typique concernant une personne **de son entourage** : « *Donc après, c'est un peu compliqué et euh (baisse la tête, touche la décoration de la table), c'est quelqu'un qui a un problème avec l'alcool mais qui veut pas, qui veut pas se, se l'avouer* ».

- **ENTRETIEN 8**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
8	F	14	Etudiante (collégienne)	Semi-rural	Femme, 50 ans	14 ans	4/an	

L'entretien a eu lieu au domicile de la patiente, dans sa chambre, en fin de matinée, dans une ambiance détendue, sans perturbation majeure hormis en bruit de fond le babillage du nourrisson gardé par la mère de la patiente dans la pièce à côté. Le tutoiement de la patiente s'est fait naturellement lors de cet entretien qui a duré 27 minutes.

P10 a une sœur aînée, ses parents sont divorcés. Elle vit avec sa mère et son beau-père en appartement.

Lors de l'entretien, elle a semblé à l'aise sauf à l'évocation des idées suicidaires d'une amie : « *elle m'a dit : « de toutes façons, c'est tout prévu, personne pourra m'arrêter ».* (Manipule son bracelet). *Et moi, du coup bah j'ai pleuré parce que c'était mon amie ».* Elle a répondu de manière spontanée aux questions. Elle a parlé du divorce de ses parents, période difficile de son enfance au cours de laquelle elle exprime son **regret de ne pas avoir réussi à se confier** à son médecin : « *Et puis avant, enfin maintenant je m'en fous mais quand avant mes parents ils étaient divorcés, enfin ils le sont toujours mais voilà maintenant je me suis habituée et puis c'est mieux. (...) avant j'avais peut-être besoin de parler je pense ».* Elle était interrogative sur les risques des drogues : « *ça peut faire des trucs, non ? (...) Pour faire une over dose, faut faire quoi, quoi ? Il faut en fumer beaucoup et tout ? Tous les jours ? Et après ça dépend quelle, quelle drogue non ? »*, a parlé de son intérêt d'en discuter avec le médecin : « *Parce que le médecin il y connaît et tout, il s'y connaît.* » mais n'imaginait pas pouvoir le faire : « *EV : Si tu t'imagines en, en consultation, est-ce que tu te vois aborder ce sujet avec le médecin ? P8 : Non parce qu'il y a ma mère à côté (rire) ».*

- **ENTRETIEN 9**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
9	H	62	Profession libérale (architecte)	Urbain	Femme, 52 ans		6/an	

L'entretien s'est déroulé sur le lieu de travail du patient, dans une arrière-salle de son atelier, au calme, en milieu de matinée, autour d'un café. L'ambiance était détendue. L'entretien a duré 57 minutes et s'est conclu avec l'arrivée, prévue, d'un client.

P9 est marié, a trois enfants. Il a été traité pour un cancer digestif, expérience au cours de laquelle il a mis un terme aux non-dits qu'il a pu avoir envers son médecin : « *Donc cette maladie c'était un cancer et euh, elle [le médecin] m'a rapidement expliqué que, euh, soit je me livrais totalement et à ce moment-là elle allait pouvoir m'aider, soit je lui cachais des choses, bah je devrais vivre avec lui* ». Il a demandé à participer à l'enquête après avoir pris connaissance de l'affiche présente au cabinet de son médecin généraliste.

Au cours de l'entretien, P9 semblait très sincère dans ses propos, relatant son « **parcours** » **face au non-dit**, qui a évolué au cours de la relation avec le médecin qu'il considérait être la personne pour laquelle il a le moins de secrets : « *C'est là où je livre tout (appuyé) de moi* ». Il considérait la relation patient-médecin comme très importante : « *Le rapport à, avec son médecin, je pense que c'est, dans la vie, en ce qui me concerne, je peux parler qu'en mon nom, c'est un rapport si vous voulez plus fort que le rapport amoureux* » et exigeante : « *Par contre, une chose est sûre, euh, je veux pas être trahi* ».

- **ENTRETIEN 10**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
10	F	59	Retraitée (employée de poste)	Urbain	Femme, 52 ans	15 ans	5/an	

L'entretien a eu lieu au domicile du chercheur, la patiente souhaitant conserver un maximum d'anonymat. Il a duré 43 minutes, il n'y a pas eu d'interruption ni d'élément parasite perturbant mais une tension palpable partagée entre la participante et l'enquêtrice, liée à la gravité du sujet abordé.

P10 est mariée, sans enfants. Elle est traitée pour un cancer du sein bilatéral et a présenté de nombreux épisodes de troubles vésico-urinaires (infections, diverticules). Elle a subi un abus sexuel dans l'enfance et n'en a jamais parlé avant de contacter le chercheur via l'affiche laissée dans la salle d'attente de son médecin.

Au cours de l'entretien, il y a eu de nombreuses phrases non terminées par la participante : « *Oui c'est, mon médecin j'en ai... bon, j'ai eu plusieurs médecins mais j'ai jamais...* », « *Donc et ben bon, j'ai aussi, je... Voilà.* », « *Ça aussi ça m'a...* ». Elle s'exprimait d'une voix feutrée et se dissimulait souvent la bouche derrière la main ; le rythme était relativement lent, ponctué de nombreux **silences**.

- **ENTRETIEN 11**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
11	F	43	Employée (agent d'accueil)	Urbain	Homme, 37 ans, maître de stage	15 ans	3 à 4/an	

L'entretien s'est déroulé au domicile de la patiente, en milieu d'après midi, au calme. Il a été légèrement perturbé, à deux reprises, par le chien de la patiente. Il a duré 45 minutes.

P11 a trois enfants. Elle n'a pas d'antécédent particulier.

Lors de l'entretien, elle s'est montrée peu concernée par le sujet du non-dit, déclarant : « *Non les questions que si je lui pose, si j'ai des questions à lui poser euh, je lui pose quoi.* », « *Non j'ai pas de gêne moi...* ». Elle est restée très **distante** dans l'approche de cette question, étayant peu ses réponses, « *je sais pas* » était un leitmotiv de cet entretien.

Elle a semblé préoccupée par la question du dépistage du cancer du sein malgré la réponse de son médecin actuel d'attendre ses 50 ans : « *Et donc il m'a dit : je suis encore jeune, et c'est à partir de 50 ans. Donc maintenant, ben j'attends, 50 ans mais bon, moi j'aimerais bien passer au moins une fois* ». Elle a précisé ses raisons : « *Parce que bon, ma grand-mère est, avait un cancer du sein mais euh bon après elle est décédée un peu plus tard, donc moi après, vu que c'est des suivis, c'est ça qu'après, par la suite, de grand-mère à petite-fille, est-ce que, est-ce qu'on peut y avoir ou pas quoi.* », « *Mais c'est vrai qu'un médecin, bien avant, euh bien avant ça, un médecin m'avait dit que : oui, j'avais peut-être le cancer du sein, mais en fait non.* ». Elle ne les a pas abordées avec son médecin généraliste actuel : « *J'ai pas abordé le test, j'ai pas abordé comme quoi ma grand-mère avait eu ça, c'est vrai que j'aurais dû lui dire d'ailleurs* » mais sans réussir à expliquer les motifs de ce non-dit : « *Je sais pas (rire gêné). J'ai pas de réponse là-dessus.* »

A plusieurs reprises, elle nous a posé des questions à ce propos, qu'elles n'a manifestement pas abordées en consultation : « *Donc après, je sais pas si ils*

*peuvent sentir ce, ces trucs là, quand il y a un cancer ou...? », « Oui on peut sentir ? Oui c'est comme en dessous les bras ou des trucs comme ça, c'est ça ? Donc euh ouais, c'est peut-être pour ça qu'il ne veut pas me faire passer... ce test-là. »*

Elle avait une vision paternaliste de la relation médecin-patient : *« Donc je lui fais confiance. (Sourire). Il faut faire confiance aux médecins quand même ».*

- **ENTRETIEN 12**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
12	F	18	Etudiante (BTS tourisme)	Semi-rural	Femme, 46 ans	3 ans	4/an	

L'entretien a été réalisé au cabinet du médecin remplacé ce jour, après les consultations en fin de journée, dans une ambiance détendue. L'entretien a été interrompu quelques minutes par le passage inopiné de la gendarmerie. Il a duré 27 minutes.

P12 évoquait ses **non-dits sur le plan psychologique** dont la révélation représente une mise à nu avec les mêmes implications qu'un déshabillage au sens propre dans un cabinet médical. Elle a précisé avoir un membre de sa famille médecin qui relate parfois des situations médicales : *« Moi je sais que j'ai eu, enfin j'ai quelqu'un dans ma famille c'est un médecin et il dit jamais de nom mais voilà, il raconte les cas et tout ça, forcément. Après quand y'a pas de nom, c'est pas pareil, mais... »* ; elle a insisté sur **l'importance du secret médical**.

Elle a parlé de la relation patient-médecin comme un jeu de rôle : *« il y a deux rôles différents mais euh, ouais c'est un, c'est un rôle des deux personnes, enfin un rôle, ça devrait même pas être un rôle, c'est euh (pause), ça devrait être une règle de vie normale, enfin, mm. (Silence) ».*

- **ENTRETIEN 13**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
13	H	33	Cadre (responsable marketing)	Urbain	Homme, 61 ans, sur rdv	3 ans	2/an	15 min

L'entretien s'est déroulé en fin de journée sur le lieu de travail du patient, dans une salle de réunion vide, dans une ambiance calme et détendue. Il a duré 27 minutes.

P13 n'a pas de suivi médical régulier ni d'antécédent particulier.

Néanmoins, lors de l'entretien, il a volontiers confié deux situations concrètes personnelles de non-dit et une autre concernant une personne de son entourage familial. Il présentait une certaine décontraction, ayant même proposé le tutoiement, mais accélérât son rythme de parole au moment d'aborder ces sujets.

Sa vision de la relation patient-médecin était celle du partenariat dans laquelle le médecin est le guide du patient, comme un coach sportif, qui doit soutenir : *« Parce qu'au final tu te construis plus sur les choses positives que sur les choses négatives. »*. La médecine actuelle est, selon lui, propice à un certain type de **non-dit de la part du médecin** : *« Ils [les médecins] disent pas quand ça va bien », « Et je trouve que c'est intéressant ça, parce qu'au final c'est très enclin aussi à une, une conception de société, on a beaucoup trop une force à s'orienter vers les choses négatives je trouve. Peut-être que les médecins le font aussi inconsciemment et après vous êtes beaucoup toute la journée dans du négatif entre guillemets. »*.

- **ENTRETIEN 14**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
14	H	17	Etudiant (CAP pâtisserie)	Semi-rural	Femme, 46 ans	7 ans	6/an	

L'entretien a été réalisé en milieu de journée au domicile du patient sur la terrasse puis dans le salon, dans une ambiance détendue mais perturbée par les bruits environnants (d'abord en extérieur : chiens et voitures, puis dans la maison : présence d'enfants jouant, télévision, téléphone). Il a été interrompu à deux reprises pour les raisons ci-dessus et a duré 27 minutes.

P14 a initialement déclaré ne pas avoir de non-dit envers son médecin : « *Honnêtement, je sais pas trop. Parce que moi, je peux parler de tout moi. Enfin moi, ça me choquerait pas moi si on me parlait de... n'importe quoi hein* », pour finalement reconnaître : « *A part euh les, les..., comment dire euh, euh... Alors, les trucs que j'aimerais pas parler à mon médecin ? Même là, maintenant, ça me bloque en vrai. (Rire gêné, se couvre la bouche avec son écharpe)* » et parler de la **sexualité**. Il a également évoqué un épisode concret qui a été difficile à aborder en consultation.

Il s'écartait du modèle paternaliste de la relation médecin-soigné : « *je pourrais pas parler avec la personne si elle me parle pas à niveau égal quoi* ».

- **ENTRETIEN 15**

Patient	Sexe	Age	CSP	Lieu de vie	Médecin généraliste	Ancienneté du suivi	Fréquence de consultation	Durée moyenne de consultation
15	H	39	Cadre (responsable service clientèle)	Urbain	Homme, 35 ans, maître de stage	5 ans	2/an	15-20 min

L'entretien a eu lieu en début de journée au domicile du chercheur (selon la préférence du patient qui était en cours de déménagement), dans une ambiance calme et détendue. Il a duré 31 min.

Lors de cet entretien, P15 s'est présenté comme directement concerné par le sujet du non-dit, notamment concernant son homosexualité, qu'il n'a jamais pu aborder avec le médecin de famille qui l'a suivi jusqu'à l'âge de 30 ans. Il a décrit ce non-dit comme particulièrement pesant au moment de l'adolescence. Il a également rapporté une situation de prise en charge psychothérapeutique au cours de laquelle il a été amené à consulter deux psychologues ayant chacun une méthode différente de prise en charge : l'une a provoqué un blocage, une incapacité à se confier, et l'autre une libération de la parole.

Sa vision de la relation patient-médecin était à mi-chemin entre le paternalisme du médecin et l'autonomie du patient et passait par des « *codes qui vont permettre au patient de comprendre que la personne est ouverte* ». Il présentait une distance vis-à-vis de sa **vision idéale** de la relation que serait celle de l'**absence de non-dit** : « *Idéalement, effectivement, le docteur faudrait peut être qu'il soit (sourire) au plus haut de la transparence [du patient vis-à-vis du médecin], ce qui n'est pas toujours le cas je pense.* ».

## 3.2. Caractéristiques du non-dit pour le patient

### 3.2.1. Représentations autour du non-dit

*Blocage*

*Tabou*

*Fermeture*

*Secret*

*Ne pas oser*

*Aveu*

Les participants ont employé des termes porteurs de représentations diverses pour caractériser ce qui n'est pas dit au cours de la consultation. Le terme le plus employé était celui de **blocage**, mais il faisait également partie des questions du canevas :

P12 : « *il y a **quelque chose qui nous bloque** et c'est toujours un peu compliqué d'en parler* »

P15 : « *Alors si, ce qui se passait c'est que c'était, **c'était un blocage** en fait, c'est-à-dire que je ne pouvais pas [parler]* »

P5 : « *à partir du moment que c'est de l'ordre intime, je pense que là **il y a un blocage** qui s'instaure bien sûr.* », « ***J'avais un blocage.** Je sentais que, j'étais pas bien* »

Le mot « **tabou** » a été cité par quatre patients, à chaque fois afin d'affirmer une absence de non-dit envers le médecin. « Pas de tabou » était une formule

régulièrement utilisée. Pour deux patients, elle est apparue très tôt dans l'entretien, dès les premières questions :

P13 : « *Donc la facilité d'échange est très simple. Parce qu'il m'a vu grandir et **il y a pas de tabou.*** »

P4 : « ***j'ai pas vraiment de tabou**, en sachant que, bah je suis déjà dans la médecine donc que **j'ai moins de tabou** sur ça »*

Pour P9, elle est apparue plus tard, pour témoigner de son changement d'attitude concernant le non-dit vis-à-vis de son médecin : « ***j'ai pas de tabou** », « **Je ne crois pas aujourd'hui que j'aurais le moindre tabou** »*

L'absence de tabou était associée à l'idée d'une relation sereine entre le patient et son médecin et d'une communication efficace :

P7 : « *j'pense que si les deux personnes s'entendent, **y a pas de tabou** quoi.* »

P4 : « ***Faut pas qu'il y ait des sujets tabous** quoi. Directement il faut en parler je pense, des sujets tabous.* »

Un patient parlait de « **fermeture** » au dialogue, un autre de « non ouverture » :

P15 : « *Il y a une espèce de, **on se referme** beaucoup plus sur ce sujet là en fait [les croyances culturelles et religieuses].* »

P7 : « ***on va pas s'ouvrir**, on va pas lui dire [au médecin] pourquoi on fait ça ou pas... »*

Le mot « **secret** » a été plusieurs fois utilisé :

P10 : « *Mais à, au médecin, je voulais pas, je voulais pas lui en parler. Et je pense que je lui en parlerai jamais. (Rire). (Un temps). J'pense que bon..., j'ai un, ouais, c'est comme un **secret.*** »

P2 : « *Je comprends pas, pourquoi aller chez le médecin avec un **secret** ?* »

P15 : « *Il y avait peut-être plutôt une pression de ma part en fait de dire : euh, finalement je passe (sourire) le relais, **le secret** et euh, voilà, qu'est ce qu'il en fait ? Comment il le gère ?* »

Le terme « non-dit » n'a jamais été employé, cependant, P15 a utilisé un synonyme :

P15 : « *c'est tellement, encore une fois, ancré dans le **tacite**, que finalement personne en parle en fait* »

Le non-dit semblait résulter d'un risque que le patient **n'ose pas** prendre... :

P2 : « *Voilà c'était pas pareil ou je ne sais pas parce que, et puis on était plus jeune, **on n'osait pas.*** »

P4 : « *nous on lui avait dit d'aller voir son médecin donc elle osait pas. Et c'était, c'était seulement ça. Donc du coup, au final, vu qu'**elle osait pas** aller voir le médecin, elle a préféré aller voir le planning familial.* »

P5 : « *Il y a **des gens qu'osent pas** vous savez, qui, ils sont bloqués dès qu'ils passent la porte du médecin* »

P6 : « ***On n'ose p't'être pas dire**, on dit : oh la la, ils vont nous trouver encore quoi ?* »

... ou d'un **aveu** difficile à faire :

P7 : « *Donc peut-être que aussi il y a un côté : je mens au médecin pour me couvrir un peu et **pas tout avouer*** »

P9 : « *pour un homme c'est le, il y a sûrement d'autres choses, mais en ce qui me concerne je crois que c'est vraiment **la pire des choses à avouer**, à un médecin, femme de surcroît.* »

### 3.2.2. Types de non-dit

A travers les discours des patients, trois types de non-dits au cours de la consultation ont été mis en évidence :

- les non-dits conscients et volontaires : le patient choisit de ne pas parler
- les non-dits conscients et involontaires : le patient non incité au dialogue
- les non-dits inconscients : le non-dit n'est pas réalisé sur le moment

#### 3.2.2.1. Non-dits volontaires

*Mensonge*

*Dissimulation*

*Jeu de rôle*

*Verbalisation partielle*

*Minimisation*

*Filtre, Tri*

*Réserve*

Les non-dits rapportés au cours des entretiens étaient pour la plupart **volontaires**, le patient ayant pris la décision de refouler ses propos, de ne pas dire au médecin :

P10 : « **je veux pas en parler** au médecin. Ouais. Mon médecin traitant, je veux pas lui en parler. »

P11 : « EV : Et qu'est-ce qui pourrait faire que cette personne de l'entourage n'y aille pas ?

*Parce que elle est bloquée par quelque chose ou... Qu'elle veut pas en parler... »*

P3 : « Donc soit **je me décide**, je parle, soit je parle pas (rires). »

Parmi les non-dits volontaires, quatre patients ont cité le **mensonge** :

P13 : « Pendant la consultation j'étais pas hyper à l'aise voire pas à l'aise du tout parce que je savais pas comment... Alors j'ai trouvé **ce petit mensonge** qui pensait paraître bien, voilà par rapport à ça. »

P7 : « Donc peut-être que aussi il y a un côté : **je mens** au médecin pour me couvrir un peu et pas tout avouer »

P9 : « Et après **je ne lui ai plus jamais menti**. Sur tout (appuyé). »

Il pouvait s'agir également de **dissimulation** :

P3 : « je suis tombée en dépression et euh, j'ai jamais rien dit. A la maison tout ça, **je dissimulais** bah voilà. »

P7 : « si on a une addiction vraiment profonde euh, sans avoir touché le fond par rapport à l'alcool ou à la drogue euh, je pense qu'**on le cache** plutôt qu'on en parle quoi. »

P15 expliquait que « **jouer un rôle** » lui permettait de garder une distance vis-à-vis du sujet qu'il ne souhaitait pas aborder avec son médecin :

« **je jouais un autre rôle** en fait. C'est-à-dire que à ce moment-là, mon homosexualité restait dans la salle d'attente et puis (sourire) j'étais le petit garçon traditionnel qui allait consulter. »

Certains patients ont parlé d'une **verbalisation partielle**, superficielle, laissant une part du sujet non-dite :

P7 : « Donc peut-être que aussi il y a un côté : je mens au médecin pour me couvrir un peu et **pas tout avouer** »

P11 : « Il [le médecin] est **pas obligé de tout savoir**. »

P12 : « Je veux dire, je rentre **pas vraiment dans (...) le fond** des choses.»

P9 a signifié qu'il **minimisait** ses symptômes : « *Donc euh, je disais : « j'ai mal là, là, j'ai mal là » (mime les symptômes en faisant volontairement de petits gestes) »*

Les notions de **filtre** et de **tri** sur ce que le patient révèle à son médecin ont été évoquées :

P13 : « Je pense que naturellement du coup aussi tu mets **un filtre** par rapport à, par rapport à ce que tu dis. »

P12 : « je sais de quoi lui parler, et de quoi pas lui parler, enfin, je, **je vais choisir un peu mes sujets** »

Parfois le patient ne se dévoile pas totalement et reste sur sa **réserve** :

P5 : « lui il est toujours un peu **sur la réserve**, faut lui tirer les choses »

P9 : « face à votre médecin, vous restez **un petit peu en réserve**. »

P3 : « J'ai eu du mal [à se confier], ça a été un petit peu difficile après avec le docteur G. et après, **au bout de deux ou trois fois** que je l'ai vue, euh, elle sait mettre à l'aise et euh, et ça a été très bien. »

### 3.2.2.2. *Non-dits involontaires*

Certains non-dits cités par les patients étaient **conscients mais non intentionnels**, le patient ne s'exprimant pas par non incitation au dialogue de la part du médecin.

P5 : « *Et avec le dr P., y avait un dialogue, elle parlait. Avec le nouveau, elle dit : « j'ai pas de dialogue », ma belle-sœur qui est une femme déjà assez intelligente, elle dit : « avec lui tu peux pas parler ». »*

P3 : « *on va se poser plein de questions parce que le médecin bah, on pouvait pas lui poser parce que il nous a pas donné l'occasion : il a fait l'ordonnance, il s'est levé donc ça veut dire il faut partir »*

### 3.2.2.3. *Non-dits inconscients*

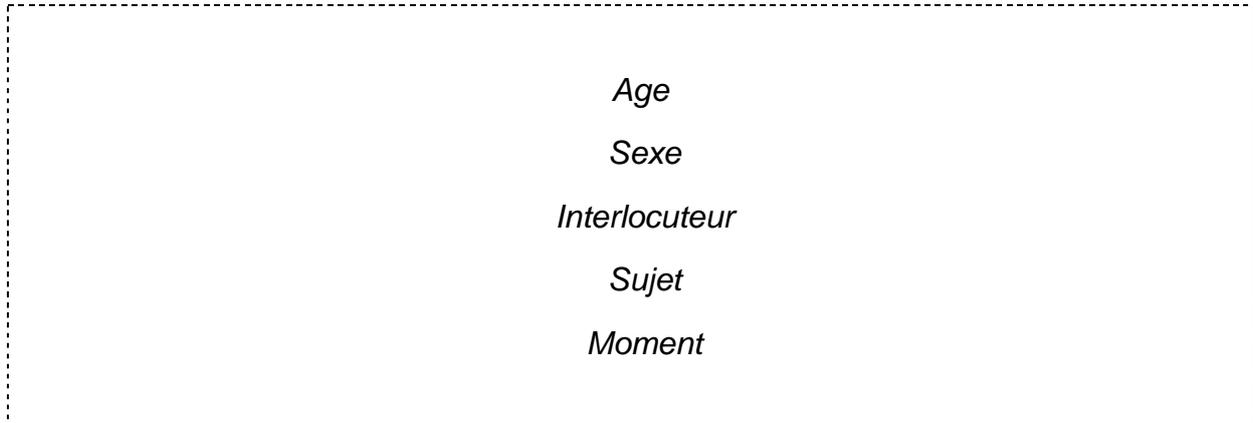
Les patients pouvaient **ne pas avoir conscience** de leurs non-dits au moment de la consultation. Une patiente (P11) a parlé des oublis :

P12 : « *EV : On peut oublier de dire des choses ? Pas forcément, ni même sans faire exprès, juste, pas en se disant : ouais, je vais pas le dire parce que voilà, mais euh parfois c'est tellement dur de dire que au final et ben, on n'y pense même pas en fait. »*

P13 : « *EV : Et qu'est-ce qui l'empêchait d'aller en parler à son médecin ? Ah j'pense que c'est ce que je te disais, c'est arriver à admettre. Je pense que c'est prendre conscience de la chose. »*

P3 : « *je faisais la vie à tout le monde mais je m'en rendais pas compte, je me rendais pas compte. C'est qu'après, ma mère est décédée et tout, que la famille en Italie, quand ils m'ont vue et tout (...) ils ont dit : « c'est pas possible mais t'es en pleine dépression toi, tu vois un médecin ? Il faut que tu ailles voir un médecin » »*

### 3.2.3. Variabilité contextuelle



Le non-dit a été présenté par les patients comme s'adaptant et variant en fonction de diverses situations comme l'âge du patient, le sexe du médecin, le sujet abordé ou encore le moment de la consultation.

#### 3.2.3.1. Age

Huit patients ont rapproché la problématique du non-dit à une question d'âge. Le **jeune âge** et particulièrement la période de l'adolescence est riche en questionnements mais souvent source de non-dit :

P10 (59 ans) : « *Et puis là, bon j'étais, j'étais plus jeune là quand la MGEN..., j'avais quoi, vingt et quelques années, **j'avais pas 30 ans** hein.* »

P11 (44 ans) : « EV : Et là, ce qui vous a bloqué, c'est le fait qu'il ait eu un diagnostic... *assez froid quand même (...), **j'étais jeune en plus.*** »

P14 (17 ans) : « *Il y a des examens, des trucs comme ça, et ça ça peut faire peur, à pas mal de monde. Et à mon avis ça, **pour des gens de mon âge, ça pourrait, ça peut bloquer au niveau de ça à mon avis.*** »

P2 (60 ans) : « ***on était plus jeune, on n'osait pas.*** »

P4 (29 ans) : « *Bah c'est un peu la honte hein, c'était ça, **surtout quand on est jeune.*** »

P8 (14 ans) : « *il y a **des enfants** ils sont supers mal, ils se sentent mal dans leur peau et ils savent pas comment en parler.* »

P9 a suggéré un « non-dit **générationnel** » qui se manifesterait davantage chez les personnes nées dans les années 50 :

P9 : « *Et puis il y a des gens aussi, je pense que **ça appartient plus à ma génération**, qui ne se plaignent pas. C'est comme ça, la vie c'est comme ça, c'est dur et donc euh, on n'en parle pas.* »

### 3.2.3.2. Sexe

Pour huit patients, le non-dit dépendait également du **sexe de l'interlocuteur**, en l'occurrence le médecin :

P 7 (homme) : « *Parce que **si c'est un homme ou une femme** aussi c'est peut-être euh, voilà quoi il faut se sentir bien avec la personne pour pouvoir parler de ses soucis quoi.* »

P11 (femme) : « *C'est compliqué, d'en parler avec **un homme... médecin.*** »

P12 (femme) : « *moi je pense que, déjà au niveau du sexe du docteur, j'ai plus de facilité avec une femme qu'avec un, avec un homme, euh, parce que souvent bah ça revient, enfin moi personnellement, les problèmes de fille un peu, enfin les problèmes féminins, donc c'est vrai que j'ai un peu de mal à en parler avec euh avec **un sexe autre que le mien*** »

P13 (homme) : « *qu'est-ce qui peut bloquer d'autre ? Euh... **Si c'est un homme ou une femme.** Alors je sais pas dans quel sens par contre.* »

P8 (adolescente) : « ***les garçons** on a du mal à parler avec eux et tout et puis, vu que le médecin on connaît pas trop, on sait pas trop, enfin là on est un peu gêné quoi.* »

En ce qui concerne la sexualité, le non-dit était décrit comme un phénomène **plutôt masculin** :

P4 (femme) : « *j'pense que **c'est plus difficile pour un homme** qu'une femme de parler de, de tout ça [la sexualité] à son médecin »*

P5 (homme) : « ***un homme c'est déjà pas facile à dire que lui a des problèmes** [troubles sexuels] (...) si en plus en face de lui il y a une femme c'est, là il est bloqué, complètement »*

### 3.2.3.3. Interlocuteur

Les participants ont parlé de la fluctuation du non-dit en **fonction de l'interlocuteur médical** :

P13 : « *c'est très variable de **la personne que t'as en face.** »*

P15 : « *l'homosexualité, euh, moi je me suis mis beaucoup de pression jusqu'au jour où je l'ai dit et finalement, bah il y a rien qui s'est passé en fait. (Rire) Parce que ça a été perçu de manière très naturelle. Alors que **sur certains médecins, mon médecin de famille**, enfant, j'ai jamais pu lui dire. Impossible. »*

P7 : « *avec d'autres médecins j'aurais p't'être pas fait [parlé] parce que, parce que voilà c'est, ça dépend, **ça dépend qui on a en face de soi** »*

Pour P15, le non-dit vis-à-vis du médecin pouvait être **différent de celui vis-à-vis des proches** :

P15 : « *Mais je pense qu'en fonction ensuite des, bah le médecin, le partenaire, l'époux, les enfants etc., la palette est très différente en fait. Donc je pense que **les degrés en fait de ce qu'on peut dire à l'un, à l'autre va varier** et les curseurs sont pas forcément les mêmes. »*

### 3.2.3.4. *Sujet*

Le non-dit variait selon le **type de sujet** concerné :

P12 : « *je pense que j'arrive facilement à me confier, **tout dépend les sujets** »*

P13 : « *En fait dans ma conception c'est **très variable de la thématique.** »*

### 3.2.3.5. *Moment d'apparition*

*Changement de médecin*

*Hospitalisation*

*Secrétaire*

*Passage de porte*

*Premières minutes*

Le non-dit semblait être plus marqué à certains moments de la relation patient-médecin, notamment au moment d'un **changement de médecin** généraliste :

P3 : « *on avait une petite appréhension parce que, bah on s'est rendu compte que **le premier médecin** qu'on avait on le trouvait génial »*

P5 : « *Le premier [médecin], bon il est à la retraite, il a 60 ans, il a travaillé encore un peu il a pris sa retraite. **Le dernier**, celui qui est rentré, qui a une quarantaine d'années, avec moi et avec mon épouse **ça passe moins bien** »*

Les patients les plus âgés ont rapporté un épisode de non-dit correspondant à une **hospitalisation**, au cours de laquelle ils n'ont pas pu exprimer leurs craintes :

P5 : « *j'ai pas un tempérament inquiet mais vous savez, dès que j'ai passé la porte [de l'hôpital] **j'ai pensé une chose** : c'est quand je vais la passer de l'autre côté.*

*J'étais pas bien.* EV : Toutes les questions que vous aviez en tête, est-ce que vous avez réussi à les exprimer, à les verbaliser ? (...) *Au début non. J'avais un blocage. Je sentais que, j'étais pas bien.* »

P6 : « *Mais, quand on n'est pas bien allé à l'hôpital, et bah, on [se] dit : oh la la...* »

Le non-dit semblait parfois s'installer dès la prise de rendez-vous auprès de la **secrétaire** : P1 expliquait son regret de ne pas pouvoir s'exprimer davantage au moment de l'entretien auprès de cette dernière :

P1 : « *moi mon médecin, il a une secrétaire qui doit desservir plusieurs, euh, qui répond au téléphone et qui à mon avis doit servir à plusieurs médecins. Donc on est très bref à ce moment-là, et je trouve pas ça forcément d'ailleurs agréable (...). Je préférerais avoir une secrétaire avec qui, on peut, euh, parler un peu, déjà.* »

Le moment du **passage de la porte** du cabinet médical et la rencontre avec le médecin pouvait également être pourvoyeur de non-dit :

P11 : « *Moi je crois que c'est dans la salle d'attente qu'on se pose des questions et en arrivant après, devant le médecin, après on oublie la question.* »

P5 : « *Il y a des gens qu'osent pas vous savez, qui, ils sont bloqués dès qu'il passent euh la porte du médecin, c'est pas le syndrome de la blouse blanche (rire) mais enfin, ils sont bloqués et ils arrivent plus à parler puis à s'exprimer* »

Trois patients ont rappelé l'importance des **premières minutes de la consultation** dans la constitution des non-dits :

P14 : « EV : Et on peut revenir sur le moment où ça vous arrive et vous ne le dites pas. *Ça peut être beaucoup de choses hein, c'est euh, surtout, comment dire, la, enfin, la première chose qu'on voit chez le médecin. (... ) Les premières minutes, premières secondes voilà c'est...* »

P4 : « *c'est le relationnel qu'on a eu au départ (appuyé). Dès la première consultation, la manière de mettre à l'aise le patient c'est super important* »

P7 : « *C'est sur le premier rendez-vous déjà, déjà les trois premières minutes.* »

### 3.3. Les thèmes sources de non-dits

*Sphère génitale*

*Gravité*

*Sphère psychique*

*Addictions*

*Autres :*

*Antécédents,*

*Histoire personnelle et mode de vie,*

*Sphère anale,*

*Problèmes familiaux,*

*Violences,*

*Demandes d'examens ou traitements*

Les principaux thèmes de non-dit concernaient la sexualité, le cancer, les problèmes psychologiques et les addictions.

### 3.3.1. Sphère génitale

La sphère génitale est le domaine à propos duquel les patients évoquaient le plus de difficultés à verbaliser leurs problèmes. **Le sexe** est tabou, aussi bien dans sa dimension anatomique en tant qu'organe sexuel... :

P14 : « *si on devait parler de quelque chose, par exemple sur les **parties génitales** ou un truc comme ça, ça me..., voilà, ça pourrait me bloquer* »

P4 : « *j'ai un ami qui m'avait dit : « moi j'ai un truc mais jamais de la vie j'irai l'dire à mon médecin euh, c'est trop la honte », et c'était des **petits boutons sur son sexe** (rires), voilà. »*

P7 : « *tout ce qui concerne un petit peu **les parties sexuelles**, c'est pas évident non plus euh de parler de ces trucs-là tout le temps quoi... »*

... que dans la pratique sexuelle ; neuf patients parlent de la **sexualité** comme sujet complexe à évoquer avec leur médecin généraliste :

« EV : dans quelle situation vous seriez vraiment bloquée, face à votre médecin généraliste ?

P12 : *Hum, (silence) si il me posait des questions euh (pause), ouais si il me posait des questions peut être euh (pause, grimace), si, **sur ma sexualité** »*

P14 : « *C'est **peut-être au niveau du sexe**, ouais. Ça, ça peut être compliqué ça par exemple. »*

P5 : « *lorsque ça touche **le phénomène sexuel** j'pense que c'est le, c'est là qu'il y a le plus grand blocage »*

Cinq patients ont évoqué les **IST** et les **rapports sexuels à risque** :

P14 : « ***Le SIDA**, des trucs comme ça. C'est comment se protéger. »*

P4 : « C'est les grosses maladies je pense : les cancers, **le SIDA**, tout ce qui concerne la sexualité. »

P9 : « je me pose toujours la question de la façon dont j'aurais abordé euh **la séropositivité**. »

P13 : « Pour mon test [de dépistage] avec Mr R., **je lui ai pas dit que c'était parce que j'avais fait une bêtise**, euh, je lui ai dit que ça faisait longtemps que j'étais avec quelqu'un et puis voilà quoi. »

Les **orientations sexuelles** des patients pouvaient également être sources de non-dit :

P15 : « je vous dis **l'homosexualité**, je l'ai jamais dit »

Trois patients (hommes) évoquent les **troubles sexuels** :

P5 : « j'pense que pour un homme, c'est le sujet sexuel hein c'est, c'est, bon, le gars qui a **des problèmes avec son épouse de rapports** euh. »

P7 : « je prends un traitement pour euh, pour l'hypertension et j'avais **des problèmes un peu d'érection** par rapport à ce traitement et je pensais voilà, donc après aller demander une petite cure de Cialis ou un truc comme ça, si on connaît pas la personne euh bah c'est euh, voilà, c'est pas évident. »

P9 : « Donc alors, parmi les choses très compliquées, j'avais un traitement qui euh occultait complètement **la libido** et elle [le médecin] me demande : « le traitement, ça se passe comment, vous le vivez comment ? » et les deux premières fois, je lui dis : « ça va bien, j'ai pas de problème, tout va bien ». », « c'est difficile d'aller expliquer que **vous bandez pas** »

### 3.3.2. Gravité de la maladie

Le non-dit au sujet des maladies graves, en particulier du **cancer** a été évoqué par six patients :

P4 : « *les sujets un peu tabou, les sujets un peu euh, c'est aussi **les grosses maladies**, des sujets comme les, les **cancers** qui sont difficiles à aborder* »

P11 : « *Et après, tout ce qui est abordé, comme **cancer**, sexualité, ouais, c'est euh... Je pense que ça doit être les deux choses importantes je pense.* »

P13 : « *Alors, avant déjà j'étais pas serein parce que j'étais stressé par rapport à ça. Déjà parce que **c'est quand même grave**, enfin moi c'est des choses que j'estime, enfin **c'est très grave**, voilà. Pendant la consultation j'étais pas hyper à l'aise voire pas à l'aise du tout parce que je savais pas comment... Alors j'ai trouvé ce petit mensonge qui pensait paraître bien, voilà par rapport à ça.* »

### 3.3.3. Sphère psychique

La **souffrance morale** était un thème particulièrement difficile à verbaliser :

P3 : « *je suis tombée en **dépression** et euh, j'ai jamais rien dit. A la maison tout ça, je dissimulais bah voilà.* »

P8 : « *il y a des enfants ils sont supers mal euh, **ils se sentent mal dans leur peau** et ils savent pas comment en parler.* »

P9 : « *les sujets psychologiques, **la déprime** : dire que vous n'allez pas bien, que vous êtes fatigués mentalement, moralement, ne serait-ce que parce que vous avez des problèmes conjugaux, parce que vous avez des problèmes à la maison, euh. Ce sont des sujets très compliqués à exprimer.* »

Certaines **pensées** sont parfois compliquées à exprimer :

P12 : « *Au niveau euh, de, comment, au niveau psychologique aussi. Euh, savoir des fois euh, enfin moi je sais que des fois il y a **des choses auxquelles je pense** et je me demande si c'est bien normal ou des choses que je fais et, du coup ben, ça c'est plus compliqué je pense d'en parler* »

Les non-dits peuvent concerner les **angoisses** du patient :

P6 : « *Et ben on appréhende... EV : On appréhende et on n'ose pas forcément... On n'ose p't'être pas dire, on [se] dit : oh la la, **ils vont nous trouver encore quoi ?*** »

P10 : « *Je juge pas utile de lui [au médecin] en parler, je sais pas, que **j'aime pas être enfermée**. Y'en a bien d'autres qui aiment pas être enfermés.* »

Le **recours à un psychologue** a été mentionné :

P12 : « *si mon médecin généraliste commence à me dire et ben : « voilà, est-ce que ça va ? », là peut-être que je pourrais arriver à en parler, mais j'irai pas parler de moi-même en disant : « voilà, je sais pas, **j'ai vu un psychologue** » ou quoi.* »

Les autres non-dits relatifs aux problèmes psychiques étaient les **troubles du comportement** et leur motif ainsi que les **complexes physiques** qui ont été évoqués par les trois plus jeunes patients de l'étude.

### **3.3.4. Addictions**

La consommation d'**alcool** et de **drogues** a été présentée comme sujet tabou. Ces thèmes ont été évoqués uniquement par des hommes :

P7 : « si on a **une addiction vraiment profonde**, sans avoir touché le fond par rapport à l'alcool ou à la drogue euh, je pense qu'on le cache plutôt qu'on en parle quoi. »

P9 : « **il picolait régulièrement**. Et euh, j'pense pas que ce soit facile à dire à son médecin. »

P13 : je pense que il y a des sujets où ça doit être très compliqué genre tout ce qui est, **tout ce qui est addiction, tout ce qui est ce genre de choses, ou drogue**. Arriver et dire à un médecin : « j'ai besoin d'être aidé, j'ai besoin d'être soigné », c'est pas, c'est pas facile quoi. »

Le **tabagisme** de l'adolescent a également été cité :

P8 : « si il y a **une jeune qui fume** et tout ça et qui aimerait bien arrêter euh, demander conseil à son médecin ou je sais pas quoi euh, bah si ses parents ils le sachent pas, bah elle peut rien dire quoi. Du coup on est bloqué. »

### 3.3.5. Autres

Les **antécédents**, l'**histoire personnelle** sont parfois cachés au médecin généraliste... :

P11 : « j'ai pas abordé comme quoi **ma grand-mère avait eu ça** [un cancer du sein], c'est vrai que j'aurais dû lui dire d'ailleurs. »

P7 : « Elle a toujours un problème, elle a des **problèmes de jeunesse**, et **une enfance très très difficile** qu'elle a pas réglés quoi. »

... particulièrement lorsqu'il s'agit d'**abus sexuel** :

P10 : « j'vous ai dit un peu au téléphone, **c'était un prêtre qui...** (...) il en a profité pour euh, comment dire euh, pff (pause, émue). Il m'a, il m'a enlevé ma culotte et il

*m'a, je sais pas comment il m'a fait, avec ses doigts (...) Mais à, au médecin, je voulais pas, je voulais pas lui en parler. Et je pense que je lui en parlerai jamais. »*

... ainsi que le **mode de vie** des patients :

P15 : « *je viens [chez le médecin] pour quelque chose de particulier et pas pour **parler de ma vie.** »*

P7 : « *on n'a p'têtre pas envie de lui **raconter sa vie** quoi »*

P9 : « *Beaucoup de choses qui touchent à l'intimité sont [difficiles à dire], mais quand je dis l'intimité pas seulement sur le plan sexuel, c'est sur le plan psychologique et euh, même **sa façon de vivre.** »*

Les patients reconnaissent la difficulté d'aborder les sujets autour de la **sphère anale** en consultation ; ils ont tous été cités par des hommes :

P14 : « *on va dire que c'est, on va dire pas vraiment un truc que j'ai envie de lui dire. Euh, exemple tout con là, par exemple, **je chiais du sang** », « un **furoncle** euh, par exemple sur, **dans le cul** ou, enfin, je dis ça au hasard hein. Mais ça peut bloquer. »*

P5 : « *j'ai perdu un copain comme ça parce que il a attendu, attendu, attendu, il a attendu deux ans. On lui a dit : « Monsieur, vous avez un cancer colo-rectal ». Et **il faisait du sang** et il n'en parlait pas. »*

P7 : « *Comme des **hémorroïdes**, des choses comme ça, tout ce qui concerne un petit peu les parties sexuelles, c'est pas évident non plus euh de parler de ces trucs-là tout le temps quoi... »*

P9 : « *c'est difficile d'aller raconter euh, que vous avez la **diarrhée** »*

Le **tabou de la mort** n'a pas été directement abordé au cours des entretiens :

P9 : « *J'ai aussi appris, face à elle, à **approcher la mort.** »*

P3 : « *Parce qu'en même temps, j'ai **perdu ma maman**, à la même période. Et lui [le médecin], il voulait rien savoir. »*

Les **problèmes familiaux** étaient reconnus comme complexes à expliquer au médecin; c'était le cas pour les deux adolescents de l'étude :

P14 : « *Avec mon médecin, ce sera plutôt les **problèmes de famille** en vrai, que j'ai du mal (...), c'est la seule chose que je pense que, que je crois que j'ai un problème au niveau de ça. C'est de discuter au niveau de ma famille, des propos de ma famille. »*

P8 : « *Et puis avant, enfin maintenant je m'en fous mais quand avant **mes parents ils étaient divorcés**, enfin ils le sont toujours mais voilà maintenant je me suis habituée et puis c'est mieux. Euh, j'sais pas... EV : Qu'est-ce que tu voulais dire quand avant, tes parents étaient divorcés, ont divorcé ? *Bah ouais avant j'avais peut-être besoin de parler je pense. »**

Cela concernait également les **problèmes de couple**... notamment lorsqu'ils se manifestent par des **violences physiques** :

P9 : « *moi j'ai eu récemment à exprimer quelque chose qui était très, très, très compliqué : c'était d'expliquer à mon médecin (...) qu'on était en **situation de désaccord avec ma femme** »*

P15 : « *Je pense à la femme qui, pareil je connais quelqu'un, malheureusement, enfin plus ou moins, qui a eu des **problématiques avec son mari de violences** etc., euh, il y avait une grande problématique en fait à ouvrir le débat [avec le médecin] »*

Certains non-dits concernaient les **demandes d'examens** ainsi que les **traitements** et leurs **effets secondaires** :

P3 : « *J'attends après le médecin mais je vais pas demander **ce qu'on peut faire comme analyse de sang** tout ça »*

P7 : « aller **demander une petite cure de Cialis ou un truc comme ça**, si on connaît pas la personne euh bah c'est euh, voilà, c'est pas évident. »

P15 : « J'ai un exemple très concret dans mon entourage où la personne en fait, ma maman, ose pas dire à son médecin que **ça [le traitement] marche pas du tout en fait**. », « elle va pas pouvoir en fait lui [au médecin] dire que, que **ça [le traitement] marche pas en fait, que ça lui réussit pas, qu'elle les tolère pas** et que en plus **ça répare pas le problème en fait**. »

P9 : « ils sont malades, mais **les effets indésirables** ils n'en parlent pas. »

Le sujet de la **douleur** était également source de non-dit :

P9 : « pendant quand même longtemps, j'ai, j'avais plein de choses, **j'avais mal**, j'disais rien et ça passait comme ça. Ou ça passait pas d'ailleurs. »

P3 : « il [le médecin] a fait les démarches qu'il fallait pour trouver la cause, mais on n'a jamais eu ce, ce rapport de, de **discussion sur les douleurs**. »

### 3.4. Les motifs de non-dit

Les causes de non-dits des patients interrogés pouvaient être classées en cinq catégories en fonction de leur particularité : motifs liés au contexte de la consultation, à la maladie, au patient, au médecin et à la relation patient-médecin.

### 3.4.1. Motifs propres au contexte de la consultation



#### 3.4.1.1. Le timing

Le principal facteur de non-dit était le **timing** de la consultation, notamment le **temps de consultation** estimé insuffisant par neuf patients de l'étude :

P9 : « *je me dis : je vais pas l'emmerder, parce que **c'est un mec qui a pas beaucoup de temps**, il voit beaucoup de gens. »*

P8 : « *Mais **ça prend du temps** hein après [de parler], après la consultation elle dure longtemps. »*

P2 : « ***Les malades ils ont pas le temps de parler** à son médecin. »*

Il pouvait également s'agir du **rendez-vous pris dans l'urgence** :

P15 : « *la consultation ou l'événement de rencontre doit être sur **un temps qui est limité**, avec potentiellement à mon avis une espèce de pression du patient de se dire : j'ai vu la salle d'attente qui est pleine (sourire), euh j'ai réussi à avoir **un rendez-vous de dernière minute** »*

Le **rythme** d'enchaînement des consultations a été relaté par sept patients :

P14 : « C'est vraiment : elle [le médecin] s'en bat les chtouilles, (parle vite) c'est le patient, après **c'est un patient suivant, ainsi de suite, ainsi de suite**, c'est pas vraiment un truc bien quoi. »

P2 : « Ils [les médecins] aiment être en ville, avoir plus de malades, avec les rhumes, avec les petits bobos et puis **la porte elle arrive pas à s'ouvrir**, c'est fermé tout le temps quoi, **il faut qu'il y ait du passage, il faut qu'il y ait des clients.** »

P6 : « Le dr C., lui, quand (rire) il voyait beaucoup de monde, il faisait (fronce les sourcils), et **moi c'était vite fait**, je lui demandais, euh je lui disais : « bah je viens renouveler, j'ai ci, j'ai..., ouh la la, j'dis, bah j'ai... », mais il nous auscultait vite, enfin puisqu'on allait **il nous auscultait vite fait, c'était parce qu'il savait qu'il avait du monde derrière.** »

#### 3.4.1.2. Le tiers

La **présence d'un tiers** au moment de la consultation était mise en avant par six patients pour expliquer certains non-dits :

P1 : « à des moments, mon mari me demandait de sortir [du cabinet de consultation]. (Pause). Donc, il y avait **quelque chose qu'il ne voulait pas dire devant moi** »

P4 : « des jeunes comme ça, euh, c'est bien de les voir seuls et pas avec leurs parents. Parce que **plus ils sont avec leurs parents, plus ils ont cette gêne.** Encore pire. »

P8 : « EV : Si tu t'imagines en, en consultation, est-ce que tu te vois aborder ce sujet avec le médecin ? **Non parce qu'il y a ma mère à côté (rire).** Du coup on peut pas parce qu'il y a toujours nos parents euh, du coup on a, y'a des choses qu'on peut pas dire quoi. »

Au contraire, c'était parfois l'**absence du tiers** qui pouvait provoquer un non-dit :

P12 : « **si elle [mère] avait pas été là j'aurais pas tout dit au médecin je pense** »

P4 : « quand j'en ai parlé à mon médecin, c'est pareil **j'osais pas trop, parce que j'étais toute seule**, ma mère me déléguait beaucoup les choses donc j'étais toute seule avec lui »

Certains non-dits étaient expliqués par le fait qu'ils **impliquaient une tierce personne** :

P7 : « EV : Qu'est-ce qui pourrait vous, vous bloquer pour dire, parler d'un problème ? *Me bloquer, par rapport à un problème personnel ? (...) Euh, bah si ce problème à la limite il engageait pas que moi* ou voilà quoi »

P9 : « j'ai eu récemment à exprimer quelque chose qui était très, très, très compliqué : c'était d'expliquer à mon médecin que (...) ma femme avait tendance à administrer excessivement notre fils. Et ça c'était difficile, pas sur le plan médical, mais sur le plan du, du risque. Et après lui en avoir parlé une fois, deux fois, trois fois, elle m'a dit : « je vais faire un signalement », enfin bref. **Je me suis dit : j'aurais jamais dû lui en parler.** »

#### 3.4.1.3. Salle d'attente

Un autre des facteurs influençant les non-dits des patients était le monde présent en **salle d'attente** :

P15 : « la consultation ou l'événement de rencontre doit être sur un temps qui est limité, avec potentiellement à mon avis une espèce de pression du patient de se dire : **j'ai vu la salle d'attente qui est pleine** (sourire), j'ai réussi à avoir un rendez-vous de dernière minute, je vais pas trop l'embêter »

P8 : « Mais ça prend du temps hein après, après la consultation elle dure longtemps. **Après y'a d'autres gens et tout.** »

P1 : « Et je crois aussi que, quand j'demande des nouvelles de l'enfant ou des enfants et des petits-enfants [du médecin] c'est parce que je sens que y a pas **la**

*salle d'attente pleine de monde et que il a autre chose à faire qu'à me parler de ses enfants. »*

#### **3.4.1.4. Autres**

Le **téléphone** ainsi que l'aspect **routinier** ou **protocolaire** de la consultation pouvaient également être responsables d'une situation de non-dit :

P15 : « *ça va être le médecin qui est pas à l'écoute ou qui euh, vraisemblablement est sur autre chose ou qui est **dérangé par son téléphone** »*

P15 : «  *finalement **on s'habitue** à parler, enfin, à voir quelqu'un à qui on n'a jamais parlé de certaines choses et qui, finalement, avec le temps, bah on va pas en parler. »*

P3 : «  *il m'a fait faire toutes les analyses et tout ça mais on n'en a jamais parlé (...), enfin c'est vrai que moi après j'ai pas posé la question hein, pour dire, donc j'ai suivi par rapport à, lui **il a suivi un protocole**, (...) il a fait les démarches qu'il fallait pour trouver la cause, mais on n'a jamais eu ce, ce rapport de, de discussion sur les douleurs. »*

De manière plus générale, le non-dit était lié à l'**environnement médical** pour P15 et plus spécifique au contexte de la **médecine générale** :

«  *Finalement **avec un médecin c'est un peu stérile comme environnement** et peut-être que ça va être difficile d'aborder certaines croyances ou certaines positions »*

«  *C'est aussi beaucoup lié à la médecine généraliste plus que quand on voit un spécialiste. Donc c'est, c'est ça aussi qui va faire que, **c'est tellement général que finalement on se perd un peu dans toute cette notion de, de généralité.** »*

### 3.4.2. Motifs propres à la maladie

*Déni*

*Stade*

*Croyances et représentations*

Certains non-dits expliqués par les participants étaient liés à la maladie et son traitement. Il s'agissait d'une part de la phase de **déni** de la maladie... :

*P13 : « EV : Et qu'est-ce qui l'empêchait d'aller en parler à son médecin ? Ah j pense que c'est ce que je te disais, c'est arriver à admettre. Je pense que c'est **prendre conscience** de la chose. Surtout dans ces cas-là. Prendre conscience que t'as fait, là c'est même pas que t'as fait une bêtise, mais là c'est que t'es malade, c'est que t'es vraiment malade quoi. »*

*P7 : « elle a jamais parlé, elle a jamais voulu **reconnaître son problème** par rapport à l'alcool quoi. »*

*P9 : « EV : Au départ euh, ce qui vous a peut-être bloqué dans cette euh histoire c'est le manque d'information, au sujet du traitement, au sujet des conséquences du traitement ? Ou il y avait autre chose ? *Non parce que je savais autour de moi, des gens qui étaient malades avaient ce genre de problèmes. Et c'est **une forme de déni**, j'avais : moi, bah voyez, j'suis soigné mais j'suis pas malade, je suis, j'ai pas de, de, d'effets secondaires. Voilà, c'est un peu ça quoi. Et donc, vous apprenez à vivre avec. »**

... d'autre part du **stade** peu avancé ou du caractère récent de la maladie :

*P14 : « Pour moi, si ça date de longtemps, enfin longtemps, c'est pas longtemps quoi mais voilà quoi, si c'est passé, je peux en parler normal. Mais **si par exemple c'est à l'instant, ça peut être beaucoup plus difficile** quoi. »*

P10 : « A 20 ans, j'étais entre guillemets, j'étais euh, **c'était assez récent**, du moins récent, oui c'était assez récent et puis euh et puis bon je veux dire, l'âge aidant, je veux dire euh, maintenant bon pff... (Un temps). »

Il pouvait être question également de l'image renvoyée par la maladie, les **croyances** ou les **représentations** de la maladie :

P12 : « on sait jamais vraiment si c'est normal ou pas et c'est compliqué de ne pas, d'essayer de **pas passer pour euh, pour un fou** ou je sais pas quel terme utiliser mais... Ouais je pense que c'est plus ça, sur lequel j'aurais du mal à parler j'pense. »

P9 : « Être malade, c'est un, c'est triste mais c'est **un aveu de faiblesse**, sur le plan sociétal. »

P14 : « EV : Et pourquoi il y aurait un blocage justement ? *Je sais pas ! (Sourire gêné)* Peut être que, parce que c'est, c'est peut-être au niveau de mon corps, je sais pas, **ça [parler d'un problème sexuel] peut atteindre à ma libido** ou je sais pas, des trucs comme ça. »

P15 : « il y a des **croyances** sur telle ou telle chose ou **telle réaction** à telle ou telle chose qui font que, lorsque le médecin va avoir en fait une autre idée, une autre position (...) je pense que ça va être très difficile en fait pour la personne de parler, d'aller à l'encontre de ça »

### 3.4.3. Motifs propres au patient

*Sentiments et émotions ressentis*

*Banalisation*

*Priorité*

*Capacité d'expression*

*Facteurs éducationnels et culturels*

*Indépendance*

*Mécanisme de défense*

#### 3.4.3.1. Sentiments et émotions ressentis

Evoquée par treize patients, la principale cause émotionnelle responsable de non-dit était un sentiment de gêne, une certaine **pudeur** vis-à-vis du médecin :

P14 : « Bah **une gêne** déjà, c'est ce qui me bloque. »

P3 : « moi c'est pas la timidité hein, c'est pas parce que je suis timide que je vais pas parler, je suis quelqu'un qui a de la répartie, je veux dire en conversation, mais euh, quand ça me touche moi euh, je, j'arrive pas, (baisse la voix) **je me dévoile pas comme ça on va dire** »

P15 : « Donc je pense, enfin, **par pudeur**, par pression aussi de se dire : je vais aller contre, en fait, l'avis de celui qui a le savoir a priori (sourire), je vais pas lui dire que l'ordonnance a pas fonctionné ou que le médicament n'est pas allé. »

Le sentiment de **honte** était également cité :

P12 : « je me dis : non, je vais pas demander parce que **la honte**, parce que... »

P4 : « j'ai un, un ami qui m'avait dit : « moi j'ai un truc mais jamais de la vie j'irai l'dire à mon médecin euh, **c'est trop la honte** » »

P9 : « Parce que **c'est honteux**, parce que c'est difficile d'aller raconter euh, que vous avez la diarrhée, c'est difficile d'aller expliquer que vous bandez pas, c'est difficile d'expliquer que, euh, vous vous sentez pas bien »

Ainsi que celui de **fierté**, de **dignité** :

P13 : « Il y a peut être des choses que je parlerais pas spontanément **par fierté**. »

P9 : « j'avais plein de choses, j'avais mal, j'disais rien et ça passait comme ça. Ou ça passait pas d'ailleurs. (...). Et puis être malade c'est pas facile. On **n'est pas fier d'être malade**, sauf si on est euh, ça arrive peut-être à des gens mais pour moi non c'était une honte d'être malade. »

La peur a été fréquemment évoquée. Elle pouvait concerner plusieurs domaines. Il s'agissait principalement de la **peur du jugement** d'après le discours de six patients. Les participants étaient parfois ambivalents par rapport à cette crainte :

P14 : « si le médecin rigole toutes les 30 secondes à ça : « oh, il a un truc génital ! Oh ça fait rire ! », laisse tomber ! Là, enfin moi, je sais que je dirais : ok, je vais pas voir ce médecin (rire). Ça ferait plutôt flipper quoi. (...)Voilà, c'est ça : **le jugement**, c'est surtout ça à mon avis. »

P10 : « Elle peut pas **me juger** ! J'espère pas, non, mais je sais pas... »

P12 : « Enfin après **je sais que le médecin est pas là pour juger mais euh c'est difficile** parce que, parce que voilà, ce qui se passe dans la tête ben il y a que nous qui le savons et forcément (...) on sait jamais vraiment si c'est normal ou pas »

P13 : « EV : La peur du jugement par le médecin. Ouais, complètement ouais. Alors que c'est stupide parce que Mr R., c'est sûr que il s'en contrefout comme de l'an 40, enfin, il s'en contrefout, il va pas me juger, c'est son rôle, **c'est son rôle d'apporter un diagnostic, c'est pas son rôle de me juger.** »

**La peur de la maladie et/ou de la gravité** était également en cause... :

P5 : « *j'ai connaissance, des gens qui, par peur, ils n'ont pas voulu aller voir le spécialiste machin **par peur, parce qu'ils avaient les chocottes.*** »

P9 : « EV : Justement, selon vous, qu'est-ce qui peut faire qu'on n'arrive pas à dire les choses à son médecin ? (...) *La peur. La peur euh, de la réponse. **La peur du diagnostic.*** »

P14 : « *c'est ce qui me bloque. Bah justement, c'est euh, comment dire, le médecin, qu'est-ce qu'il va en dire quoi. **Si c'est grave ou pas.** C'est surtout ça, voilà : **la gravité*** »

... que l'on peut rapprocher de la crainte de l'**anormalité** :

P12 : « *moi je sais que des fois il y a des choses auxquelles je pense et **je me demande si c'est bien normal** ou des choses que je fais et, du coup ben, ça c'est plus compliqué je pense d'en parler* »

P4 : « *Y a aussi ça : y a le fait que, c'est, c'est pas **une maladie horrible que personne a euh, parce que au début quand on connaît pas on pense ça.*** »

**La crainte du non respect du secret médical** a été mentionnée par cinq patients :

P10 : « *Et euh, et puis bon, il y a le secret médical. Voilà, **c'est le secret médical.***

EV : Et ce qui vous fait peur c'est que ce secret soit divulgué ensuite ? *Ouais, ouais (silence, rire gêné).* »

P14 : « ***faut que ça reste entre le médecin et le patient, sinon ça va mal aller (rire).** Là, ça peut vraiment poser un problème.* »

P15 : « *mon médecin de famille, enfant, j'ai jamais pu lui dire. Impossible. (...) il consulte toute la famille. Il y avait peut-être plutôt une pression de ma part en fait de dire : finalement je passe (sourire) le relais, **le secret et euh, voilà, qu'est ce qu'il en fait ? Comment il le gère ?*** »

Deux patients ont parlé de sentiment de **culpabilité** :

P10 : « *Puis j'avais rien dit, je me sentais euh (pause), (à voix basse) coupable.* »

P13 : « *EV : Et là, à ce moment-là, c'est..., qu'est-ce qui a fait que ça a bloqué ? C'est parce que j'étais pas en confiance..., parce que je ne me sentais pas déjà forcément hyper à l'aise par rapport à ce que j'avais fait, il y avait cette fameuse notion de culpabilité qui était forte.* »

### 3.4.3.2. Banalisation

Pour certains patients, le non-dit paraissait évident, concernant un **sujet peu important** ou manquant d'intérêt :

P10 : « *Je juge pas utile de lui en parler, je sais pas, que j'aime pas être enfermée. Y'en a bien d'autres qui aiment pas être enfermés.* »

P15 : « *on va se créer sa propre limite en se disant : c'est pas forcément très important ce que je vais lui dire* »

P3 : « *pour moi voilà c'est pas important donc je lui en parle pas* »

P8 : « *ça sert à rien, j'ai rien fait. Après ouais, quand on a 17 ans et tout ça on se pose des questions et tout [sur la sexualité]. Du coup, c'est peut-être bien d'en parler plus tard.* »

### 3.4.3.3. Priorité

L'existence d'**autres motifs de consultation** pouvait expliquer le non-dit :

P11 : « *des fois on a d'autres questions à poser et on oublie celle-là en fait. Donc du coup après, la dernière question qu'on veut poser, ben on s'en souvient plus.* »

P15 : « *j'ai autre chose mais je vais peut-être pas le dire parce que, effectivement, je suis venu le voir pour ça* »

P3 : « elle aurait pas pensé de le dire parce que, le mal qu'elle a été pour consulter, bah **c'était prioritaire** par rapport aux petites nausées qu'elle avait, voyez ce que je veux dire ? »

#### 3.4.3.4. Capacité d'expression

La capacité à communiquer a été plusieurs fois présentée comme une **aptitude qui n'est pas innée et qui est inégale** en fonction des individus. Certaines personnes s'expriment moins facilement et sont donc plus sujettes au non-dit.

P5 : « ça dépend déjà de la personne : il y a des gens qui parlent facilement, et puis il y en a **d'autres qui ont la communication beaucoup plus difficile**. »

P9 : « j'étais en face de quelqu'un qui savait écouter euh, et euh, qui m'a appris à dire, parce que **c'était pas dans ma nature**, voilà. »

P3 : « Mais d'où ça vient bah je sais pas et **j'arrive pas** [à parler de soi], **c'est comme ça**. »

#### 3.4.3.5. Facteurs éducationnels et culturels

Certains non-dits étaient justifiés par l'existence de **freins culturels ou éducationnels** :

P3 : « C'est peut-être aussi une question de **comment j'ai été élevée** hein. »

P9 : « On ne dit pas parce que, tout simplement parce qu'on a **une certaine forme d'éducation**, on nous a appris à nous taire, on nous a pas appris à nous exprimer totalement. »

P15 : « Il y a des, il y a des freins, il y a des limites en fait. Soit **culturelles**, soit historiques, soit plus générales mais euh, je pense qu'il y a toujours une frontière »

#### 3.4.3.6. Indépendance

Le non-dit pouvait résulter du choix du patient de ne pas dire au médecin mais d'utiliser une **autre source d'information et de confiance** :

P13 : « *Je vois beaucoup de mes collègues, (...) ils ont toujours l'impression qu'ils ont un bobo quelque part, ils font beaucoup d'automédication. Ils vont arriver, ils vont dire : « bah j'ai mal au doigt là parce que c'est un tendon, parce que ceci ». Je lui dis : « tu es allé voir le médecin ? », « non mais je le sais », « bah pourquoi ? », « parce que c'est **sur Doctissimo.com** » » »*

P14 : « *Après c'est peut-être aussi pour ces raisons là que moi j'irais pas chez le médecin pour ça. **J'irais plutôt voir sur Internet.** »*

P11 : « *Elle préfère venir **en parler à une personne qu'elle connaît**, qu'à un médecin, je sais pas. Même si elle connaît son médecin. »*

P4 : « *Donc du coup, au final, vu qu'elle osait pas aller voir le médecin, **elle a préféré aller voir le planning familial.** »*

#### 3.4.3.7. Mécanisme de défense

Certains non-dits étaient présentés comme une **réaction défensive** à l'intrusion du soignant :

P12 : « *c'est toujours un peu compliqué d'en parler parce que du coup ils [médecins] doivent creuser pour pouvoir parler et **pour qu'ils creusent il faut leur confier d'autres choses.** »*

P7 : « *il y a des gens, on aura beau être humain et tout, **ils seront toujours sur la défensive et ils lâcheront rien** parce que on leur a jamais appris à lâcher, à lâcher prise. »*

### 3.4.4. Motifs propres au médecin

Les non-dits propres au médecin ont été classés en deux catégories : ceux provoqués par le comportement du médecin et par son discours.

#### 3.4.4.1. Comportement du médecin

*Manque d'écoute*

*Manque d'empathie*

*Mauvaise gestion du temps*

*Dévalorisation*

*Première impression*

*Absence de contact visuel*

Le **manque d'écoute** était l'attitude principale jugée responsable de non-dit par neuf patients interrogés :

P3 : « *on va se poser plein de questions parce que le médecin bah, on pouvait pas lui poser parce que **il nous a pas donné l'occasion*** »

P8 : « *Elle [le médecin] parle à nos parents (...) Et là, elle me parle et moi **j'essaie à chaque fois de placer un mot mais bien sûr on s'en fout** et du coup ils parlent, ils parlent, ils parlent, ils parlent et après au revoir. J'ai oublié ma question du coup bah j'y pense plus.* »

P5 : « *il [le médecin] a pas été au-devant de ma belle-sœur en disant : « bah tiens, je vais écouter ce que vous allez me dire » »*

Elle était attribuée d'une part au **manque de disponibilité** du médecin :

P15 : « Mais ça demande, à mon sens, de la part du médecin un gros effort, ce que je trouve à mon avis **très compliqué d'être hyper disponible**, hyper à l'écoute »

Et d'autre part au **manque d'intérêt** du médecin envers le patient :

P14 : « si elle [le médecin] fait : « ouais, ouais... », elle note comme ça (**mime une personne qui écrit, tête baissée**), ça fait pas du tout envie euh de discuter des symptômes quoi. »

P15 : « EV : dans le cas où les blocages seraient provoqués par l'attitude du médecin, selon vous, ça, ça pourrait être lié à quoi ? Bah l'attitude du médecin ça va être **le médecin qui est pas à l'écoute ou qui vraisemblablement est sur autre chose** »

P4 : « **le médecin (...) ne s'est pas assez intéressé** à lui [le patient] vraiment euh, dès le début »

Le **manque d'empathie** avait également une place importante :

P11 : « EV : Et là, ce qui vous a bloqué, c'est le fait qu'il ait eu un diagnostic... **assez froid** quand même hein, parce que bon, en fait c'était même pas ça [diagnostic] mais bon, il a, **il m'a fait peur** quand même quoi. »

P5 : « le docteur de mon fils, il y a pas de dialogue. Et puis en plus **il est très, très sec** et tout, voilà : « ça on peut, ça on peut pas euh ». Le dialogue ne s'est pas instauré. »

P7 : « Voilà : j'ai fait une bêtise, en face si c'est : côté un peu euh, le gars [médecin] qui est trop euh j'sais pas, catholique, **trop serré dans sa tête** et qui supporte pas ça et **qui commence à le prendre un peu mal** et ben on va s'arrêter là, on va pas s'ouvrir, on va pas lui dire pourquoi on fait ça ou pas... »

Manque d'empathie qui peut rejoindre la **distance** relative prise par le médecin :

P13 : « Mais c'est vrai que bon voilà il est pas hyper gentil, enfin j'ai rien contre lui mais il est pas hyper..., (...) je lui demande pas d'être chaleureux, mais **il est peut être pas hyper avenant**. Tu rentres, bon bah voilà, c'est carré, 15 minutes c'est comme ça, comme ça, comme ça (délimite un cube). »

P5 : « C'est : (mime l'écriture, baisse la tête) « vous avez mal? Bon. Je vais vous donner ça » c'est fini, y a pas vous savez, **il va pas au-devant** des gens. »

Les non-dits étaient également attribués à la **mauvaise gestion du temps** par le médecin, notamment lorsque celui-ci abrège ou structure la consultation de telle façon que le patient ne parvient pas à s'exprimer :

P11 : « **il est pressé ce médecin**. C'est : à peine arrivé cinq minutes... Non ça, ça, là-dessus ça bloquerait pas mal j'pense. »

P12 : « EV : Qu'est-ce qui pourrait faire, de la part du médecin, qu'on n'a pas envie de lui dire certaines choses ? Hum, son comportement, (...) Si **il va vite, si il est pressé** euh, enfin je sais pas, moi j'en ai déjà vu qui sont **très speed** et puis bon bah : « bonjour », ils serrent la main, ils regardent, après : « au revoir ». Là, non, je dirais rien. »

P8 : « Si on les **speed trop [les patients]** ils disent : bon bah il s'en fout en fait, bon bah non, on va pas le dire et puis voilà. Moi je dis rien. », « on a l'impression **il [le médecin] est pressé**, il parle : (fait langage rapide incompréhensible), il parle comme ça, du coup on comprend rien déjà ce qui nous dit, et euh, et en plus **c'est limite** : « **allez, dehors vite** » et voilà quoi. Du coup on a pas envie de parler avec lui quoi. »

Le non-dit du patient pouvait être provoqué par la **sensation d'être dévalorisé** par le médecin :

P12 : « mettons **qu'il nous prenne un peu de haut** ou voilà ou qu'il, qu'il fasse un petit peu des réflexions, ça m'est déjà arrivé avec des médecins et bah, non là je dirais rien. »

P14 : « je pourrais pas parler avec la personne si elle me parle pas à niveau égal quoi. Voilà, **s'il me rabaisse**, ou justement, comment dire, il me favorise trop, ça coïncerait quoi parce que il y aura pas une discussion normale quoi. »

P5 : « si il sent qu'en face, pas qu'il se fout de sa gueule mais enfin bon euh s'il sent que **le gars [le médecin] le prend un peu de haut**, le gars [le patient] il, quand c'est un problème intime, il y a un blocage qui s'instaure, c'est évident, le dialogue ne s'instaure pas »

La **première impression** ressentie à l'égard du médecin paraissait importante pour le patient. Si celle-ci n'était pas bonne, elle pouvait entraîner un non-dit.

P12 : « EV : Qu'est-ce qui pourrait faire, de la part du médecin, qu'on n'a pas envie de lui dire certaines choses ? *Hum, son comportement, enfin son, euh, comment il nous reçoit déjà en premier lieu.* »

P7 : « si c'est quelqu'un d'un petit peu fermé, qui paraît **pas trop sympa au départ** euh, on n'a p'têtre pas envie de lui raconter sa vie quoi. »

Un défaut de communication non verbale par **absence de contact visuel** établi par le médecin pouvait être source de non-dit :

P14 : « Si elle [le médecin] est trop rapide, c'est vraiment style : « bonjour, au revoir, vos symptômes » (**mime une personne qui écrit, tête baissée**), voilà et puis c'est basta quoi. »

P5 : « on avait un dialogue avec notre médecin, avec lui [le nouveau médecin], y'a pas de dialogue. C'est : (**mime l'écriture, baisse la tête**) « vous avez mal? Bon. Je vais vous donner ça » c'est fini, y a pas vous savez, il va pas au-devant des gens. »

### 3.4.4.2. Discours du médecin

*Absence de questions*

*Banalisation*

*Focalisation*

*Evitement*

*Remarques*

*Jargon*

*Discours fermé*

Certains éléments du discours du médecin pouvaient être responsables de non-dit, comme l'**absence de questions**, de recherche d'information concernant le patient :

P11 : « *Parce qu'il [le médecin] nous dit pas : « est-ce que vous avez d'autres questions ? ». Ouais, peut-être ça aussi. Peut-être que si il poserait de temps en temps : « est-ce que vous avez d'autres questions ? », alors là : « ah, oui », mais comme **il pose pas la question** après, après on oublie »*

P8 : « *EV : pourquoi tu n'as pas réussi à parler de tout ça ? Parce que, je sais pas, **les médecins ils me demandaient pas.** », « Le médecin, quand j'étais malade j'y allais, il me parlait que de ce que j'avais en fait. Et puis voilà, je repartais. **Il me demandait rien.** »*

P15 : « ***il y a pas eu cette recherche d'aller plus loin.** (...) il y a pas cette séance, il y a pas ce moment en fait avec le médecin généraliste, et notamment de famille, qui est : on va parler peut être d'autre chose en fait, on va pas parler que de la petite angine ou que du... Voilà, et dans l'adolescence, dans la proche adolescence etc., qu'est-ce qui se passe ? Ça en fait je l'ai jamais abordé. Et je pense que ça m'aurait aidé finalement que le médecin, euh, au hasard des différentes rencontres tout au long de mon enfance, se dise : bon bah je vais peut-être poser d'autres **questions plus larges.** »*

P7 : « *La personne en face va peut être pas avoir le temps non plus **d'aller chercher les choses au plus profond*** »

En **banalisant** le symptôme du patient, le médecin pouvait parfois abréger le discours de ce dernier.

P6 rapportait des consultations au cours desquelles elle avait une demande de prise en charge mais n'avait finalement pas insisté suite au discours de banalisation de son médecin :

P6 : « *il [médecin] m'avait dit : « vous êtes jamais allée vers un cardiologue », j'ai lui dis : « bah, vous me l'avez jamais prédit ». Jamais il m'a dit d'aller vers, dès que je lui demandais : « oh mais **c'est pas la peine** ; vous, vous êtes stressée » », « « oh la la, je lui dis, écoutez je suis pas bien, je peux plus parler et je peux plus écrire », oh bah il me dit (rire), il me dit : « Si ça va pas mieux, vous me rappelez. ». Mais après, heureusement, y'a le pharmacien qui est arrivé, il a vu que je pouvais ni parler ni écrire »*

P8 s'est exprimée sur le sujet de son poids qui lui pose problème mais qu'elle n'a pas pu aborder en consultation :

P8 : « EV : Et avec le médecin, tu en as déjà parlé [des problèmes de poids] ? *Non, j' pense pas.* EV : Pourquoi ? *Bah, parce que, **chaque fois elle me disait que c'était bien.*** »

Le fait que le médecin aborde le problème du patient de front ou se **focalise** sur le sujet sensible pouvait entraîner un non-dit :

P14 : « *Bah déjà que **la personne aborde directement** le sujet, ça ça peut être voilà assez gênant, je trouve.* », « *Si, si on est **focalisé sur le problème**, justement, ça va plus, enfin si c'est, déjà c'est une gêne, justement ça va plus perturber la personne je trouve.* »

P8 : « *Le médecin, on, quand j'étais malade j'y allais, il me prenait, **il me parlait que de ce que j'avais en fait.** Et puis voilà, je repartais. Il me demandait rien.* »

Au contraire, il pouvait s'agir d'un **évitement du sujet** abordé par le patient :

P3 : « *Mais avec lui c'était pas, non. Il parlait tout de suite, c'est-à-dire que, déjà, dès l'auscultation, il parlait à délirer d'autres choses.* »

Certaines **remarques** du médecin étaient imaginées comme blessantes et responsables de non-dit :

P12 : « *mettons qu'il nous prenne un peu de haut ou voilà ou qu'il, qu'il fasse un petit peu des réflexions, ça m'est déjà arrivé avec des médecins et bah, non là je dirais rien.* »

P14 : « *la réflexion du médecin. Ça aussi ça, ça compte.* »

Une patiente a signalé un non-dit en réponse à la façon de communiquer du médecin qui a un discours **peu compréhensible** ou **jargon**... :

P8 : « *on a l'impression il est pressé, il parle : (imite un langage rapide incompréhensible), il parle comme ça, du coup on comprend rien déjà ce qui nous dit (...). Du coup on a pas envie de parler avec lui quoi.* »

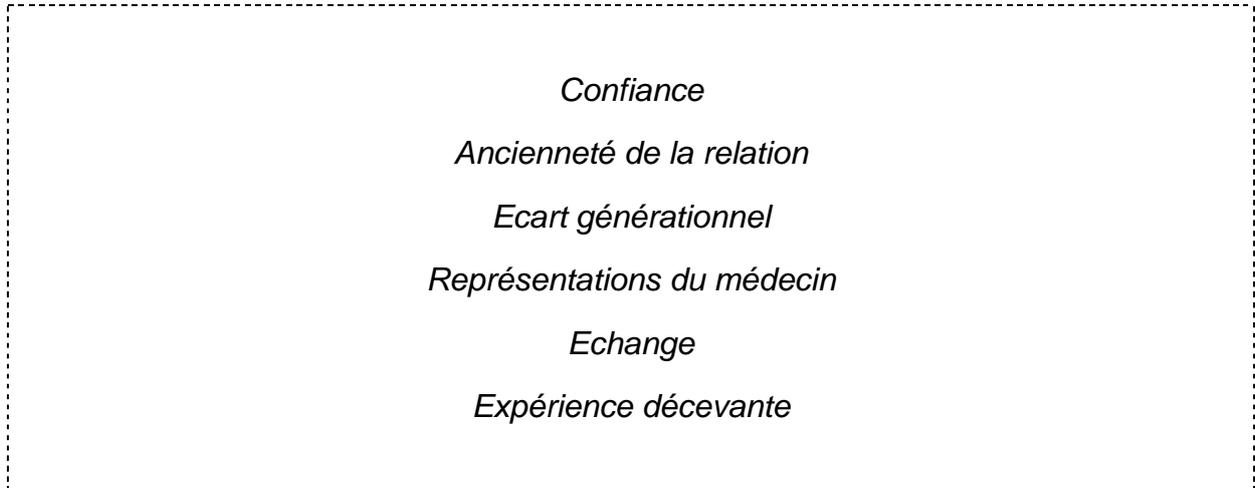
P9 : « *c'est le médecin à Villejuif qui m'a dit [le mot rémission]. « Euh quoi ? ». Il l'a dit trois fois. (...). Euh, le deal était : tu ne comprends pas quelque chose, tu me poses la question et si tu comprends vraiment pas, demande à ton médecin [traitant].* »

... ou encore à une **question fermée**, des **affirmations brèves et catégoriques** :

P8 : « *Si, je leur ai peut-être demandé souvent des fois : « est-ce qu'il faut que je perde des kilos et tout » et ils [médecins] me disent : « non », alors je dis rien quoi* »

P5 : « *avec lui, y'a pas de dialogue. C'est : (mime l'écriture, baisse la tête) « vous avez mal? Bon. Je vais vous donner ça » c'est fini* »

### 3.4.5. Motifs propres à la relation patient-médecin



#### 3.4.5.1. Confiance

Concernant la confiance dans la relation de soin, deux aspects ont été développés. D'une part, le **manque de confiance** du patient envers le médecin comme cause de non-dit :

P13 : « EV : Et là, à ce moment-là, c'est..., qu'est-ce qui a fait que ça a bloqué ? C'est parce que **j'étais pas en confiance...** »

P7 : « Et après c'est vrai que euh avec dr C., j'en ai parlé facilement, avec d'autres médecins j'aurais peut-être hésité parce que **il y a un problème de confiance** quoi voilà. »

D'autre part, la **confiance** du patient envers son médecin comme **justifiant les non-dits**, correspondant à une vision paternaliste du médecin. P11 expliquait que devant la réponse négative de son médecin auquel elle demandait un examen de dépistage, elle ne lui avait pas exposé les motivations de cette demande (antécédents de cancer familial), parce que : « *Moi je lui fais confiance !* ».

### 3.4.5.2. Ancienneté de la relation

Les non-dits étaient plus fréquents lors d'une **première consultation**, lorsque le médecin n'était pas connu du patient :

P13 : « *c'était la première fois que je le rencontrais, je ne me sentais pas de lui dire : « bah voilà il m'est arrivé une bêtise, donc euh... j'ai fait quelque chose de mal », parce que je le connaissais pas quoi. »*

P7 : « *Et puis surtout un médecin je pense, après la première consultation on peut ne pas tout dire à la limite parce que voilà c'est la première mais euh, **la première fois on dit pas tout** »*

P11 : « *Après faut vraiment faire confiance à l'autre médecin quoi. Parce que **si on le connaît pas..., c'est sûr que le patient il va pas tout dire.** EV : Donc le fait de pas connaître... Comme un, comme **un remplaçant** »*

P11 était la seule patiente à s'exprimer sur sa réticence à se confier à un médecin remplaçant.

Certains non-dits étaient cependant justifiés par l'**ancienneté de la relation** allant de paire avec une « trop » bonne connaissance du patient par le médecin, un sentiment d'absence d'anonymat :

P12 : « *EV : Et les problèmes psychologiques, c'est difficile d'en parler avec son médecin généraliste ? (Un temps) Ben ouais, parce que le médecin généraliste souvent **on le connaît depuis un bout**, un petit moment quand même »*

P10 : « ***je peux plus vous en parler à vous que à un médecin qui me connaît.** »*

### 3.4.5.3. Ecart générationnel

L'**écart d'âge** était évoqué, surtout pour illustrer une conception différente du soin pouvant entraîner des non-dits :

P5 : « *Le premier [médecin] il est à la retraite, il a 60 ans, il a travaillé encore un peu il a pris sa retraite. Le dernier, celui qui est rentré, qui a une quarantaine d'années, avec moi et avec mon épouse ça passe moins bien (...) Avec un gars qu'a 40 ans, c'est une autre génération. La manière de soigner est différente* »

P15 : « *plutôt des **anciennes générations** (...), lorsque le médecin va avoir en fait une autre idée, une autre position, ou alors que **la médecine a évolué** sur certains sujets (...) je pense que ça va être très difficile en fait pour la personne de parler, d'aller à l'encontre de ça et finalement elle va dire : « ok, marque-moi ce que tu veux sur ton ordonnance, je sais de toute manière que je vais pas le prendre parce que ça marche pas et c'est pas toi qui connais, moi je sais que, voilà, je réagis, j'ai réagis comme ça à telle chose ou alors on m'a toujours dit que c'était comme ça et euh, c'est pas toi, **jeune médecin** (rire) qui vas pouvoir m'apprendre en fait ». »*

### 3.4.5.4. Représentations du médecin

Les **représentations du médecin** par le patient (omnipotence, statut paternaliste, rôle) pouvaient empêcher ce dernier de s'exprimer en créant une **distance** relationnelle :

P12 : « *je trouve ça assez incroyable la manière dont des médecins ils peuvent parler et du coup **rentrer à l'intérieur des gens** (...). Enfin, c'est assez impressionnant comment les médecins ils peuvent, enfin ils ont les mots et forcément et ben ils sont habitués aux cas qu'on leur expose et, moi **j'ai eu du mal devant ce genre de personne.** »*

P15 : « *je pense que c'est parce que la pression de se dire : **je vais pas aller à l'encontre du savoir** de la personne en fait qui euh... Moi je suis pas du tout médecin donc **forcément ce qu'il dit, c'est juste** ou si ce qu'il dit est... marche pas,*

*c'est que c'est moi, c'est avec moi que ça marche pas en fait, c'est pas forcément que la personne a tort. »*

P15 : « **cette barrière de docteur**, cette **hiérarchie** qu'on peut se mettre aussi. C'est peut être un des éléments aussi de pression c'est : finalement, il y a un docteur face à nous donc euh, je sais pas, **il y a quelque chose qui se crée** et qui fait que **ça peut donner une distance** »

Ce statut attribué au médecin pouvait inhiber le patient qui redoutait de le déranger ou le contredire, voire d'aller au conflit :

P8 : « Parce que **un médecin** en fait pour nous c'est plus pour nous soigner, **c'est pas pour parler** quoi. Du coup, on se sent gêné parce que on doit se dire : **on l'embête** et tout. »

P9 : « je me dis : **je vais pas l'emmerder**, parce que c'est un mec qui a pas beaucoup de temps, il voit beaucoup de gens. »

P15 : « forcément le médecin a raison donc je vais pas lui dire. Si il me dit que j'ai mal là, alors que en fait j'ai mal un peu plus bas, bon, c'est à peu près ça, **je vais pas trop le contredire**. »

P7 : « on se dit : bon bah j'arrête là, c'est pas la peine, ça va partir en cacahuètes (rires), **ça va mal se passer** (rire). »

Parfois le médecin était considéré comme **impuissant** à aider le patient, ce qui justifiait son silence :

P10 : « Oui mais bon ça, je crois pas que, **le médecin qu'est-ce qu'il peut faire ?** »

P9 : « « **qu'est-ce qu'il va faire le médecin pour moi ? Rien !** » »

Deux patients ont mentionné le fait qu'une relation **idéale** entre le patient et son médecin se traduit par l'**absence de non-dit** :

P15 : « *Idéalement, effectivement, le docteur faudrait peut être qu'il soit (sourire) **au plus haut de la transparence** [du patient vis-à-vis du médecin], ce qui n'est pas toujours le cas je pense. »*

P9 : « *EV : est-ce qu'on peut tout dire de soi à l'autre ? A l'autre euh je ne sais pas. À son médecin, on devrait. »*

#### **3.4.5.5. Echange**

Pour certains participants, la décision de ne pas dire était liée à la **qualité de l'interaction** avec le médecin ; il était question d'une réaction plus spontanée du patient, de « feeling » :

P5 : « *Je pense que le patient se crée les limites mais en réaction à un stimuli (sourire) qui est le médecin et son environnement en fait, (...) ou **la façon dont il va interagir.** »*

P7 : « ***on sent tout de suite** si la personne est ouverte par rapport à votre problème ou si par rapport à votre problème, la personne déjà trouve ça super débile et euh, et voilà quoi. »*

P12 : « *des fois il y a un **petit feeling**, si on sent qu'on peut parler au médecin ou pas »*

#### **3.4.5.6. Expérience décevante**

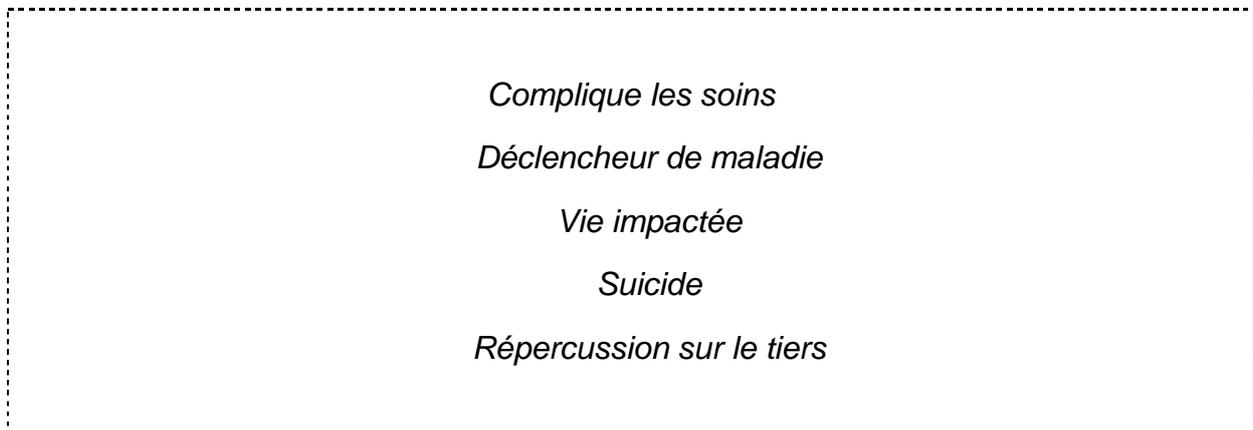
Une expérience décevante pouvait entraîner un **sentiment d'incompréhension** et un non-dit :

P13 : « *il échangeait pas assez, **il prenait pas forcément le temps de clairement comprendre** la problématique. Il s'imaginait vite sa solution à lui sans forcément qu'il y ait d'échange par rapport à ça. »*

P9 : « *après cette expérience-là, je me suis dit : si elle me pose des questions sur T., je lui dis que tout va bien quoi. »*

P3 : « D'ailleurs, là, ce qui m'avait beaucoup déçue et que **je me suis renfermée** aussi beaucoup c'est que, quand j'ai été le voir (...) je lui ai dit : « j'en peux plus » (...). Jamais (appuyé) il a voulu m'arrêter! Jamais (appuyé) il m'a donné pour la dépression. Ja-mais! (...)Et là j'ai eu du mal. J'ai eu du mal, **ça a été un petit peu difficile après** »

### 3.5. Conséquences du non-dit



Pour la plupart des participants, le non-dit a pour conséquence de **compliquer les soins**, en biaisant le diagnostic du médecin qui ne reçoit pas la totalité des informations qui pourraient l'aider dans sa démarche :

P10 : « C'est peut-être **dur pour les médecins** aussi ça, pour qu'ils, entre guillemets, **pour qu'ils travaillent**, si on leur dit pas tout, mais bon. »

P15 : « il y a des moments où en fait on se dit : ah mince, si la personne avait cette petite bille-là, en fait ça **serait peut-être plus facile**. Euh, mais bon, voilà, comme on l'a pas dit... (rire) »

P3 : « dans ma tête je me dis bah c'est pas important, on va laisser passer, donc du coup c'est vrai que peut-être **je mets un petit peu des bâtons dans les roues** »

P9 : « Si vous ne dites pas exactement tout ce qui euh vous concerne au médecin, le médecin c'est pas un magicien, c'est un technicien, il va essayer de savoir, mais si vous occulter certaines parties de la vérité, il va, même s'il est très fin, **il va forcément occulter une partie du diagnostic.** »

P9 : « si je m'étais activé plus tôt de pourquoi j'avais des problèmes, **on aurait peut-être détecté le cancer plus tôt.** »

P10 attribuait sa maladie au refoulement d'un événement traumatique passé. Le non-dit dans cette situation était **déclencheur de maladie** :

« on dit que le cancer quelquefois c'est dû à de, à de l'émotivité (...) même l'émotivité euh, ancienne en fin de compte. EV : Des choses qu'on aurait refoulées ? Oui voilà. (...) EV : Mais ça pourrait être en lien avec euh...[abus sexuel] (Inspire). Je sais pas. Peut-être. EV : Vous avez ce sentiment-là ? Oui. »

Elle évoquait également l'**impact sur sa vie sentimentale** :

« réussir à en parler beaucoup plus jeune, peut être ça aurait changé euh, peut-être connaître un garçon, du moins un homme peut-être plus jeune (...) pour avoir un sentiment amoureux bah j'ai été très longue »

Le non-dit pouvait avoir une **répercussion violente** pour le patient, parfois se conclure par le suicide :

P8 : « EV : Est-ce que pour toi c'est un problème qui est important à aborder en consultation ? Ouais parce que après ça peut, **ça peut gâcher notre vie** quoi en fait. »

P7 : « tous les problèmes qu'elle a eu par rapport à ça [alcoolisme], parce qu'elle a fait **sept tentatives de suicide** sous alcool, enfin elle a fait plein de trucs et jamais, jamais, jamais elle a... Je lui ai dit moi : « parles-en (...) » »

P3 : « psychologiquement ça allait pas, mentalement ça allait pas. Il avait des enfants, il avait une femme. Il est allé voir le médecin et le médecin il a dit : « il faut aller travailler machin » (Baisse la voix) Quand il est rentré chez lui, il s'est tiré une euh, **il s'est fait exploser la tête.** »

Il pouvait y avoir des **répercussions sur le tiers** :

P9 : « si je m'étais une fois encore tu, bah **il continuera de prendre des baffes pas toujours justifiées** »

P3 expliquait qu'à force de s'exprimer à la place de son mari en consultation, les médecins ne le prenaient plus en considération : « Après euh, je veux dire, c'est vrai que, après ils [médecins] avaient tellement l'habitude [non-dit du mari] que bah, **ils me regardaient moi, quand c'était pour lui [mari] et c'était moi qui parlais** »

### 3.6. Vécu du non-dit

Onze participants ont exprimé un ressenti négatif vis-à-vis de certains non-dits. Ils étaient cependant parfois vécus comme non problématiques.

#### 3.6.1. Vécu négatif

*Pensées envahissantes*

*Malaise*

*Regret*

*Phénomène pesant*

*Blessure*

*Culpabilité*

*Autodépréciation*

*Solitude*

*Stress*

Cinq patients ont parlé de **pensées envahissantes**, que le non-dit soit volontaire ou non.

P10 : « *ce secret euh c'est pas quand je vais voir que le médecin que je pense à ça, c'est souvent quand même.* »

P5 : « *ce qui est plus grave c'est quand vous avez un problème et qu'en plus vous avez pas de communication parce que vous gambergez le problème tout seul dans la tête, vous remuez et puis vous savez le petit vélo, il trotte hein.* »

En relatant une situation lors de laquelle elle n'a pas pu poser ses questions au médecin, P3 décrivait un emballement des fonctions de l'intellect, pouvant aller jusqu'aux **symptômes physiques de malaise** :

« EV : Comment vous vous êtes sentie à ce moment-là ? *Mal. Très très très mal. Je vous dis, encore un peu et je m'évanouis. J'étais blanche comme un cachet d'aspirine. J'ai cru que je tombais dans le couloir. J'étais mal parce que dans ma tête je me faisais tout un cinéma moi. Je me, je me passais plein de trucs.(...) En un laps de temps, c'est fou le cerveau humain (rires) qu'est-ce qu'il peut nous dire en quelques secondes. »*

Le **regret** de ne pas s'exprimer pleinement en consultation a été évoqué par 4 participants, devant le bénéfice potentiel que pourrait apporter la verbalisation de leur propos au médecin :

P11 : « *j'ai pas abordé comme quoi ma grand-mère avait eu ça, c'est vrai que j'aurais dû lui dire d'ailleurs. »*

P12 : « *je pense pas que ce soit une bonne chose de pas tout dire, au contraire. Au contraire parce que, voilà, sortir de chez le médecin et se dire : **mince**, pourquoi je lui ai pas demandé ça ? j'trouve que c'est un peu, enfin **c'est dommage** et puis c'est inutile parce que voilà, pour moi le médecin, mais j'en suis consciente hein, moi le médecin normalement il va pouvoir répondre à toutes mes questions »*

P9 : « *Si j'ai un regret, c'est : **j'aurais dû**, mais je ne le pouvais pas, **parler plus tôt**. Ça c'est le seul regret parce que je pense, et elle me l'a expliqué, qu'on aurait **gagné quelques mois sur le combat**, hein. »*

Le champ lexical autour de la notion du poids a été utilisé, contribuant à faire du non-dit un **phénomène pesant**.

P9 : « *c'est plus ou moins ressortir ce qui généralement reste dans le cocon familial ou dans le cocon personnel tout court et qui pourtant peut être **lourd de conséquences** »*

Ainsi P1 expliquait que c'est chez son médecin et non auprès de sa famille qu'elle choisissait de déposer ses problèmes :

« je trouve que mes enfants ils ont leur vie et je n'ai pas envie de les **alourdir** avec mes problèmes à moi. Donc c'est normal, pour moi il est normal que j'aille le voir lui, même si c'est pas très souvent »

Pour P10, la révélation de son « secret » au cours de l'entretien a été libératrice :

« (Rire). Déjà de... bon, **ça m'a enlevé un poids**, là. »

Le non-dit était potentiellement envisagé comme une agression, pouvant **blesser** le patient :

P15 : « je maîtrisais plus ce secret qui finalement **à l'époque me faisait pas mal**. »

P3 : « c'est vrai que **ça me mine** à des moments mais j'arrive pas, euh, j'arrive pas [à parler]. »

D'autres sentiments ont été relevés au cours des entretiens, témoignant du vécu négatif du non-dit, comme la culpabilité (P3) et l'autodépréciation (P4, P15), la solitude (P3) et le stress (P13).

### **3.6.2. Vécu non négatif**

Sept patients ont exprimé le fait de ne pas forcément mal vivre la situation de non-dit en consultation :

P15 : « finalement dans certains cas **c'est peut-être pas si négatif que ça** en fait, de ne pas pouvoir toujours tout confier à l'autre en fait. »

P3 : « je me laisse porter quoi en fait donc moi **ça me convient très bien** »

P11 : « bon bah **tant pis**, la prochaine fois. »

P8 : « Du coup, **c'est peut-être bien** d'en parler plus tard. »

P1 expliquait que le suivi sur le long terme propre à **la médecine générale permet de pallier au vécu négatif** d'une situation de non-dit :

*« ce médecin généraliste qui est pour moi le nœud de tout et bien c'est, c'est très important parce que, même (appuyé) lui, si par hasard il est pressé un jour ou qu'il vous reçoit pas de la même façon, **le suivi fait, est fait de telle sorte que, vous n'avez jamais l'impression qu'il vous traite pas bien**, (...) vous lui pardonnez cette non attention d'un moment ou cette non écoute un moment ou cet état pressé, parce qu'il y a un suivi. »*

Au sujet du vécu du non-dit sur son homosexualité, P15 affichait une certaine **ambivalence** :

*« Néanmoins, enfin avec le temps, c'était tellement hors de propos, que j'en souffrais pas plus ou **c'était pas un manque en fait** [de ne pas en parler au médecin]. C'était simplement qu'il manquait une carte et que la carte c'était moi qui devais la jouer, bêtement, parce que j'avais pas forcément les compétences du thérapeute et... Voilà, donc..., pas plus de souffrances que ça en fait, **je ne l'ai pas mal vécu**, simplement **je me suis dit que je manquais quelque chose.** »*

### 3.7. Devenir du non-dit

Les patients ont confié que certains non-dits pouvaient évoluer, passer de l'inconscient au conscient pour finalement être verbalisés en consultation. Si parfois le non-dit restait non accessible, dans d'autres cas, un accès au non-dit par le médecin a été évoqué : un dépistage s'est révélé alors possible. Les attentes à ce sujet ont été relevées.

#### 3.7.1. Evolution

*Cheminement*

*Apprentissage*

*Facteur temps*

Le non-dit pouvait évoluer en suivant un **cheminement** : initialement non conscient de son non-dit, le patient pouvait finalement réaliser son existence, hésiter quant au fait de le verbaliser, et finalement prendre la décision de l'aborder avec multiples questionnements sur la manière de le faire :

P11 : « *Mais des fois ça va m'arriver [prise de conscience] **quand je vais sortir** : oh ça y est, j'ai oublié la question, bon bah tant pis la prochaine fois. »*

P3 : « *je trouvais que c'était normal [situation de non-dit], **je pensais que c'était normal** hein, et de là, **après** quand on a connu notre médecin, on a vu que **c'était différent** »*

P15 : « *on se dit : bah, je devrais peut-être lui dire ça parce que effectivement, je découvre ma sexualité, j'ai fait ça dans cet environnement-là, est-ce que je vais mourir ? (Rire) Euh, enfin des choses complètement bêtes mais qui, **quand on est gamin on se pose la question.** »*

P13 : « Pendant la consultation j'étais pas hyper à l'aise voire pas à l'aise du tout parce que **je savais pas comment...** »

P4 : « J'connais une fille qui était très jeune et qui était tombée enceinte et **qui savait pas trop quoi dire, à qui, comment** »

P7 : « des fois on se dit : bon, **comment on va aborder ce truc quoi ?** »

P8 : « **on sait pas trop comment s'y prendre après mais voilà.** »

P9 : « je me pose toujours la **question de la façon dont j'aurais abordé la séropositivité.** »

La verbalisation du sujet jusque là non-dit en consultation était présenté comme un **apprentissage**, qui passait parfois par l'expérience d'une maladie :

P7 : « il y a des gens, on aura beau être humain et tout, ils seront toujours sur la défensive et ils lâcheront rien parce que **on leur a jamais appris** à lâcher prise. »

P9 : « **on nous a pas appris** à nous exprimer totalement »

P9 : « **Moi, c'est dans la maladie, il y a que le médecin qui m'a fait parler** »

Evoqué par onze patients, le **facteur « temps »** était une notion primordiale dans ce cheminement, le patient devant trouver « le bon moment » dans la relation avec son médecin pour aborder ce que jusque là il avait tu :

P10 : « J'aurais pu lui dire tout de suite, et pourquoi attendre, mais ça **tout de suite je pouvais pas.** »

P15 : « **il m'a fallu 20 ans pour le dire quoi !** »

P6 : « j'attendrais, **j'attendrais sans trop attendre, ça dépend hein** »

P2 : « Justement, **j'ai attendu la dernière minute quoi.** »

P13 : « C'est à dire que ça se construit aussi entre guillemets une relation avec le médecin, ça se fait pas forcément en une fois. **On peut pas connaître la personne tout de suite en une fois** »

P15 : « **je crois peu à l'instant T où la personne en fait en une séance va tout balancer**, sauf si il y a vraiment un sujet très particulier. Mais je pense, je crois plutôt dans la **création de quelque chose à long terme en fait.** »

### 3.7.2. Perspective de dire

Bien que parler était envisagé comme une **épreuve difficile**... :

P2 : « On est pris, **on est pris dans un étau** même si c'est dur à sortir. »

P13 : « tu es au pied du mur dans ce cas là. »

P9 : « **c'est difficile de parler à son médecin**, c'est presque parfois difficile au médecin de parler avec son patient »

... aborder ce qui était refoulé était perçu de façon **bénéfique** :

P11 : « Mais après, une fois abordé le sujet, peut être qu'**après on se sent mieux.** »

P9 : « j'ai compris que c'était important de dire parce qu'elle [médecin] avait des réponses et si elle les avait pas, elle les trouverait ailleurs (...), c'est que le fait d'avoir parlé, **ce qui m'était gênant m'était solutionné.** »

### 3.7.3. Dépistage

Le non-dit était parfois **difficilement voire non accessible** au médecin soit parce que le patient était résigné à ne pas parler, soit par habitude, soit par oubli :

P15 : « **avec le temps, 10 ans après, on va pas aller lui révéler certaines choses qu'on n'a jamais dites** »

P3 : « *Maintenant, j'arrive à un âge où je laisse passer.* »

P1 : « Est-ce qu'il y a des sujets avec lesquels vous avez été hésitante à aborder ou...? (Silence). *Peut-être, mais, ça ne m'a pas laissé de souvenir* »

P14 : « EV : Est-ce que vous vous êtes déjà retrouvé dans une situation où vous aviez quelque chose à dire au médecin et vous n'avez pas pu le faire ? *Ouais, ça m'est déjà arrivé. Plusieurs fois. Mais après, je pourrais pas vous dire comme ça parce que j'ai oublié mais ça m'est déjà arrivé.* »

Au contraire, il pouvait être à la portée du médecin du fait de l'ancienneté de la relation qui permet à celui-ci de le dépister, à travers des attitudes, la manière de répondre du patient :

P3 : « *je pense que le médecin traitant, quand il voit régulièrement une personne, elle [médecin] arrive à savoir ce qui se passe dans, (...) je veux dire qu'elle comprenne que cette personne, il y a eu un changement, il y a quelque chose qui est pas comme d'habitude. Même si il la voit occasionnellement. Si il connaît bien son patient, il va savoir tout de suite qu'il y a quelque chose qui va pas.* »

P7 : « *Si c'est un problème plus psychologique ou euh, voilà quoi. On le voit dans le regard, dans l'attitude de la personne, sa façon de se comporter* »

P4 : « *si il [le patient] dit : « non, tout va bien, tout va toujours bien ». Quand tout va toujours bien, c'est que c'est un peu bizarre. Donc là faut un petit peu, j'pense, fouiner un petit peu.* »

Parfois le patient déclarait ne pas avoir d'autre choix que de parler, par obligation :

P11 : « *A un moment on est bien obligé d'en parler* »

P13 : « *au bout d'un moment, on est aussi un peu obligé de lui dire. Tu viens pour quelque chose, tu découvres que c'est une femme ton médecin, bah si tu le sais pas*

à l'avance, tu viens quand même pour te soigner, **il y a un peu une sorte d'obligation de dire la chose à un moment ou un autre** »

P7 : « on a pas le choix de toute façon quand, peut importe le sujet, il y a un moment donné où : **si je le dis pas (rire) soit j'suis mort, soit voilà quoi c'est, voilà.** »

### **3.7.4. Attentes du patient**

*Rôle du médecin*

*Accueil, disponibilité, écoute, empathie, non jugement, confiance*

*Médecin psychologue*

*Techniques*

*Faire sortir les parents*

*Adresser à un confrère*

*Réaffirmer le secret médical*

*Respect du non-dit*

Pour onze patients de l'étude, le médecin avait le **rôle d'aider le patient** à verbaliser sa problématique :

P12 : « *C'est vrai que c'est jamais simple d'en parler et puis je sais pas si ça viendrait de moi-même. À ce moment-là, si mon médecin traitant, **si mon médecin généraliste commence à me dire : « voilà, est-ce que ça va ? », là peut-être que je pourrais arriver à en parler, mais j'irais pas parler de moi-même** »*

P13 : « à mon sens, **c'est le rôle du médecin.** D'amener ce genre de choses. »

P2 : « le malade, le médecin il sent qu'il lui cache quelque chose et **c'est le rôle du médecin à sortir, à avancer le dialogue, peut-être ça.** »

P7 : « *C'est justement au médecin de pffff, de poser les gens et d'être une éponge à la limite* »

Il était demandé au médecin d'être à l'écoute, attentif et compréhensif, disponible et patient, en empathie, sans jugement. Les notions contraires de celles de la partie 4.4.1 (motifs de non-dits propres au médecin) étaient toutes retrouvées. La notion clé était l'installation de la **confiance** pour pouvoir s'exprimer. L'**accueil** du médecin était présenté comme un moment déterminant de la rencontre :

P12 : « *je pense que dès l'entrée dans le cabinet il faut qu'il y ait quelque chose, il faut que ce soit chaleureux entre guillemets et que la personne se sente en confiance* »

P4 : « *faut vraiment dès le départ installer cette relation de confiance.* »

P6 : « *qu'il y ait un bon accueil, qu'on nous ausculte bien euh, voilà. Moi je pense que c'est ça qui nous met en confiance.* »

P7 : « *si on a vraiment eu un climat de confiance sur euh, sur une première visite, à la deuxième on va être plus amené à lâcher un peu plus prise.* »

Les intervenants attendaient du médecin qu'il soit « **psychologue** » et agisse avec tact :

P4 : « *c'est super important d'avoir un esprit un peu psychologue chez un médecin, surtout dans la médecine générale* »

P15 : « *Donc on revient toujours un petit peu à cette notion de psychologie en fait, d'avoir peut être un petit peu plus de psychologie pour décoder certaines choses et essayer de, d'aller plus loin.* »

P13 : « *Il faut être fin. (Rire). Et c'est pas toujours donné à tout le monde ça je pense, c'est très personnel.* »

Pour amener le patient à verbaliser son problème ou sa question, **différentes techniques** étaient proposées : questions indirectes, suggestion ; l'image de l'enquête policière a été utilisée :

P13 : « *voilà exactement c'est plus l'exemple de la **suggestion**...ou peut-être que **elle** [médecin] **le dise, sans que toi tu le dises** »*

P4 : « *Je pense que le médecin doit trouver des questions un peu, comment dire, il doit **passer par d'autres chemins** (serpente avec la main) pour arriver à son but. Donc heu, passer par **des questions un peu moins directes** »*

P9 : « *il y a que le médecin, **par des questions, en biais** comme ça (croise les mains), qui peut finir par découvrir. »*

P4 : « *J pense que c'est le mieux, c'est, **que ce soit le médecin qui creuse.** »*

P13 : « ***tu grattes naturellement tout doucement comme une enquête** quoi. C'est l'inspecteur Colombo qui va récupérer les indices un par un, tout doucement. »*

**Faire sortir les parents** des enfants et adolescents paraissait indispensable :

P4 : « *Donc **hop, les parents en salle d'attente** »*

P8 : « *il nous consulte, il nous dit ce qu'on a et nos parents ils payent, et après il nous demande si on veut parler. Et si on veut parler bah **ils font sortir les parents.** Ils attendent, on parle et puis voilà. Puis ils font peut-être payer. »*

Proposer d'**adresser à un confrère ou un autre professionnel** de santé a été également suggéré :

P7 : « *orienter peut-être les gens qui veulent pas parler de certaines choses, les **orienter chez d'autres collègues** pour les aider par rapport à leur pathologie que ce soit psychologique ou physique »*

P15 : « *je vous dis l'homosexualité, je l'ai jamais dit, j'ai vu un nouveau médecin et ... voilà, je lui ai dit de suite* »

P10 : « *je préfère entre guillemets me livrer à vous.* EV : A moi que vous ne connaissez pas. *Oui, oui.* EV : C'est plus facile ? *C'est plus facile oui.* EV : Alors, quelles sont les raisons qui fait que c'est plus facile ? *Bah après, vous, je vais pas vous revoir.* »

Quatre patients ont souligné l'importance de **réaffirmer le secret médical** :

P12 : « *Pour moi c'est important que, un médecin du coup il me mette en confiance et que il me rassure en me faisant comprendre que ben voilà on est entre quatre murs et que tout ce que je dis ça sortira pas* »

P14 : « *Il faut vraiment qu'il soit bien garanti le secret médical.* »

P4 : « *« ça reste entre nous ». Qu'il y ait vraiment ce sentiment aussi de confidentialité, de, comment on dit ça, de secret médical. Ça c'est super important parce que le patient c'est c'est qui veut hein, il veut pas que sa vie soit ouverte un peu à tout le monde.* »

P15 : « *Je pense que moi on m'aurait abordé sur le sujet, sur telle question en me disant : « T'inquiète pas, il y a le secret familial », notamment sur le médecin de famille, je pense que j'y serais allé mais euh, vraiment en courant en quoi. (...) Celui-là, à mon avis, c'est une porte d'entrée d'excellence en fait, c'est un truc qui est plutôt facile à ouvrir et qui à mon avis va résoudre un grand pourcentage des situations un peu compliquées.* »

Cependant, les entretiens ont mis en évidence que le patient n'était pas forcément en attente d'un accompagnement dans la verbalisation mais seulement du **respect de son silence**. La responsabilité de parler lui appartenait :

P15 : « Alors, ce que j'attends pas non plus, c'est **pas forcément qu'on me pose la question effectivement...** »

P7 : « Enfin un généraliste en tout cas c'est **un généraliste, il connaît un petit peu tout mais c'est pas un spécialisé dans la psychologie** je pense donc euh, si on ne lui dit pas les choses... »

P9 : « le médecin peut pas se permettre de passer deux heures avec quelqu'un quoi. Il y a un moment où **le patient doit prendre ses responsabilités aussi**. C'est pas, c'est pas au médecin de découvrir que vous avez mal à tel endroit, **c'est à vous de dire au médecin** que vous avez mal à tel endroit. »

P10 : « Est-ce qu'ils [médecins] devraient **insister** ? **Non** parce que insister, moi... Ça dépend du patient aussi. **Un médecin il peut pas tout.** »

## 4. DISCUSSION

## **4.1. A propos de ce travail**

Les forces et faiblesses de chaque élément de cette étude sont discutées ci-dessous.

### **4.1.1. Le sujet**

Explorer le non-dit, ce qui par définition ne s'énonce pas, s'avère complexe et ambitieux. Dans une perspective d'approche centrée sur le patient, l'objectif de ce travail était de connaître l'avis de patients sur les points qu'ils n'abordent pas en consultation. Les publications à ce propos sont rares, témoignant de l'originalité de ce sujet ; parmi les publications françaises, nous n'avons relevé que la thèse de Noémie Gérard qui a étudié les motifs de non-dits des patients, dans le contexte particulier du diabète de type 2 <sup>(8)</sup>. Il paraissait pour cela intéressant d'avoir une approche plus large du sujet, afin de comprendre ce phénomène de non-dit dans son ensemble, en étudiant ce qui est « VRAI » pour le patient <sup>(11)</sup>, c'est-à-dire son vécu, ses représentations, ses attentes ainsi que ce qui est important pour lui.

### **4.1.2. Le type d'étude**

Le choix d'une méthode qualitative est pertinent pour traiter un tel sujet, dans la mesure où ce que nous cherchons à observer est subjectif et non quantifiable. L'entretien semi-dirigé est préférable au focus group dans l'approche de ce travail qui explore un thème très personnel ainsi que le vécu des personnes interrogées, l'enregistrement et la rencontre avec le chercheur pouvant déjà être à l'origine d'une certaine retenue dans les discours <sup>(12)</sup>. Le choix de cette méthode a permis la réalisation d'un travail très riche. Les données recueillies ont été très diversifiées et des thèmes inattendus ont été découverts en cours d'analyse.

### **4.1.3. La population étudiée et interviewée**

L'échantillon est diversifié sur les différents critères d'inclusion sélectionnés au départ de l'étude, ce qui a pour intérêt d'offrir un panel large et riche de données et de se rapprocher d'une patientèle de cabinet de médecine générale. Nous ne prétendons pas avoir un échantillon représentatif de cette population, ce qui n'est d'ailleurs pas l'objectif d'un travail qualitatif.

La question s'est posée d'ajouter un critère d'inclusion supplémentaire et de recruter des patients atteints d'une pathologie chronique ou maladie grave comme dans la thèse de Noémie Gérard <sup>(8)</sup>, l'hypothèse étant que les non-dits sont plus fréquents dans ces situations. Cependant, cette idée a été abandonnée, d'une part parce que le recrutement dans ce cas est plus complexe et se fait soit via les médecins généralistes, ce qui entraîne des biais de recrutement, voire de sélection, soit directement auprès des patients avec le risque d'être d'emblée intrusif et obtenir moins de participations spontanées ; d'autre part, il est important dans une approche de théorisation ancrée de ne pas se laisser influencer par des suppositions avant le début de l'enquête, mais de se laisser guider par l'émergence des hypothèses au fur et à mesure de l'obtention des données du terrain <sup>(13)</sup>.

Le recrutement a pu ainsi s'affiner avec l'avancée de l'enquête. Ici encore, la méthodologie se distingue des études quantitatives et différents modes de recrutement ont permis de réaliser un échantillonnage théorique correspondant aux besoins de l'enquête. Ainsi après la première phase de recrutement dans des salles d'attente, la décision d'intégrer des adolescents après l'entretien P4 qui a évoqué ses propres non-dits à cette période s'est révélée très concluante et contribue à augmenter la validité des résultats. Le recrutement via les affiches a été également contributif puisqu'il a provoqué quatre appels spontanés en l'espace de quatre mois. Enfin, le recrutement des patients à l'issue de consultations a pour inconvénient d'entraîner un biais par lequel l'enquêteur est davantage identifié comme médecin que chercheur. Néanmoins, cela a permis de présenter le travail de recherche à des personnes paraissant sensibles au sujet d'étude et disposées à se confier.

Un important volume de données ayant été obtenu et dans un souci d'optimisation de gestion de celles-ci, nous avons décidé d'arrêter le recrutement après le quinzième entretien, avec pour conséquence une saturation des résultats bonne mais pas totale.

#### **4.1.4. Le chercheur**

Notre manque d'expérience en recherche qualitative a un impact sur la validité des résultats. La maîtrise des entretiens semi-dirigés n'est pas une chose aisée et nécessite souvent un entraînement sur plusieurs interviews afin de se sentir davantage expert de cette technique, savoir détecter les notions déterminantes dans le discours des participants, rebondir sur des concepts intéressants mais pas assez précis en utilisant des techniques de relance au moment opportun <sup>(14)</sup>. De plus, comme souligné précédemment, malgré notre présentation comme étudiant chercheur, les patients interrogés se sont parfois adressés plutôt au médecin qu'au chercheur. Cela a néanmoins permis de mettre en évidence certains non-dits, probablement non conscients de la part des participants qui ont exprimé des interrogations et réflexions lors des entretiens qu'ils n'avaient manifestement pas abordées en consultation.

#### **4.1.5. Le canevas d'entretien**

La présentation du sujet d'étude a pu être source de confusion et d'amalgame entre non-dit et relation conflictuelle avec le médecin généraliste. En effet, des patients ont insisté sur le fait qu'ils étaient en très bons termes avec leur médecin et n'avaient aucun secret pour lui. Cela a pu contribuer à certains refus de participation au moment du recrutement et à un manque de franchise lors des entretiens. Il a été précisé au cours des premiers entretiens puis dès le début des suivants qu'une bonne entente avec son médecin n'est peut-être pas la condition sine qua non de l'absence de non-dits.

La question d'accroche initiale a été modifiée en cours d'étude car elle semblait mal remplir son rôle de brise-glace. En effet, après la présentation du sujet, les patients semblaient déstabilisés par la question à propos des moyens de communication (Quel est votre moyen de communication préféré ?) et étonnés de ne pas aborder d'emblée ce qui n'est pas exprimé au cours de la consultation. Nous avons donc opté pour une approche plus directe tout en gardant un point de vue général (D'une manière générale, peut-on tout dire de soi à l'autre ?). Dans les derniers entretiens, on constate que les participants ont aussitôt parlé de la situation du face à face en consultation ; une question centrale aurait finalement pu servir d'accroche dans cette étude (Par exemple : que pensez-vous du fait que le médecin ne sache pas tout à votre sujet ?).

Les questions suivantes n'ont pas posé de problème particulier et ont parfois permis aux participants d'illustrer spontanément leur propos par des situations personnelles, sans qu'une relance soit nécessaire.

Un des objectifs secondaires (et donc une question du canevas) était initialement de connaître l'avis des patients au sujet des non-dits des médecins en consultation, par référence à la thèse de Guillaume Gaudin <sup>(7)</sup> qui a approché cette notion du point de vue des médecins qu'il a interrogés. Cet objectif a finalement été abandonné, la question ayant parfois donné l'impression de déstabiliser l'interviewé, le matériel à étudier devenant trop dense et le temps d'analyse étant insuffisant pour traiter cette question.

#### **4.1.6. L'entretien**

Il semblait important de s'adapter au choix des participants en termes de date, horaire et lieu d'entretien car cela a contribué à la qualité des échanges et la richesse des discours <sup>(12)</sup>. La question d'un lieu neutre (par exemple une salle de café) pour la réalisation des entretiens s'est posée mais était difficilement envisageable concernant l'abord d'un tel sujet. Finalement, les réponses obtenues étaient satisfaisantes et ont semblé souvent sincères, comme en témoigne l'implication

personnelle de certains participants, et ce malgré l'enregistrement qui peut avoir un effet déstabilisant voire paralysant. Les moments qui suivent l'entretien sont d'ailleurs assez éloquentes : il est arrivé que certains patients nous aient confié des situations de non-dits hors enregistrement.

La technique des entretiens semi-directifs a pour but de laisser le patient s'exprimer tout en le guidant par des questions ouvertes. Les digressions des participants ont volontairement été respectées afin de ne pas se rapprocher d'un style directif ; cela permet également parfois d'aboutir à une donnée très pertinente en rapport avec le sujet. On peut penser que lorsque ce type de sujet personnel, engageant une grande subjectivité de la part de l'interviewé, est abordé, cette liberté de discours, sans interruption de la part du chercheur, est nécessaire à la libération de la parole.

Cependant, la parfaite neutralité nécessaire à la bonne réalisation des entretiens a certainement été compromise par une orientation subjective de notre part vers tel thème plutôt qu'un autre. Ces risques sont néanmoins inhérents à la méthode et ne peuvent pas être complètement écartés.

#### ***4.1.7. Le format des données d'entretien***

Dans un souci de praticité et d'authenticité, nous avons choisi de présenter les données sous forme audio, sur un support CD disponible en annexe. L'entretien de P10 n'a délibérément pas été joint aux autres enregistrements pour des raisons éthiques relatives à son contenu. P10 ayant participé anonymement à l'enquête, sans laisser d'informations personnelles, et malgré son accord pour l'enregistrement de l'entretien, nous avons décidé de joindre la retranscription écrite de ce dernier plutôt que le fichier audio qui pourrait permettre une identification vocale (Annexe 5).

#### **4.1.8. La méthode d'analyse**

L'utilisation du logiciel NVivo permet une exploitation exhaustive des données qualitatives, notamment dans une perspective de théorisation ancrée. Le codage thématique a permis de faire émerger des hypothèses. L'analyse matricielle, permettant de tester ces dernières, n'a pas pu être réalisée car les données étaient denses, riches, parfois complexes à classer et le temps pour cette analyse insuffisant. Cependant, « l'analyse qualitative implique de se plonger aussi longtemps que possible dans cette complexité et cette ambiguïté, de les accepter et finalement de les transmettre au lecteur en les clarifiant et les approfondissant »<sup>(15)</sup>.

Les entretiens et l'analyse des résultats ont été réalisés par la même personne. L'analyse est donc partiellement liée à l'interprétation du chercheur, qui a créé les différentes catégories et les grands thèmes de l'étude. Nous avons tenté de limiter ce biais en réalisant une triangulation du codage des premiers entretiens avec notre directeur de thèse : les résultats obtenus ont été concordants.

## **4.2. A propos des résultats**

Cette étude a permis de répondre aux objectifs fixés en début de recherche. Les résultats les plus significatifs de l'étude sont discutés ci-dessous.

### **4.2.1. S'exprimer sur le non-dit**

Tous les patients interrogés se sont exprimés sur le non-dit, à des degrés d'implication personnelle plus ou moins variés. On peut globalement établir deux groupes parmi les répondants : de P1 à P6, les patients se disaient plutôt non concernés et se projetaient dans des situations fictives ou de proches pour parler du non-dit. P11 se rattache également à ce premier groupe. De P7 à P15, les

témoignages sont beaucoup plus personnalisés, introspectifs. Des hypothèses peuvent expliquer ces résultats : d'une part, il existe probablement des mécanismes de défense ou de résistance mis en place par les personnes interrogées sur un tel sujet. De plus, on ne peut ignorer que les capacités d'élaboration mentale et d'expression émotionnelle diffèrent d'un individu à l'autre. D'autre part, le changement de type de réponse correspond à la modification du canevas et notre perfectionnement dans la technique d'entretien, ce qui a pu contribuer à une meilleure mise en confiance des participants.

Malgré tout, dans chaque entretien, un non-dit personnel a été exprimé à un moment donné.

#### **4.2.2. Le non-dit inconscient**

Si l'on pouvait s'attendre à retrouver des exemples de non-dits conscients, volontaires ou non, dans le discours des patients, l'aspect non conscient de certains non-dits était un résultat non prévisible. En effet, par définition, ce qui est inconscient désigne « l'ensemble des contenus non présents dans le champ actuel de la conscience »<sup>(16)</sup> ; or des non-dits inconscients sont apparus dans nos résultats, bien que non décrits en termes psychanalytiques par les participants. Il s'agissait à chaque fois de non-dits sur lesquels le patient avait un certain recul, une analyse d'une situation passée. L'exemple le plus marquant a été celui du changement de médecin, qui peut se révéler comme une véritable prise de conscience des non-dits envers le médecin précédent. Ce cheminement est évoqué par le psychiatre Claude Olivenstein, pour qui le non-dit circule entre conscient et inconscient, dans lequel il est refoulé par l'individu<sup>(17)</sup>.

#### **4.2.3. Un conditionnement du non-dit ?**

Nous avons vu que le non-dit s'adaptait à différentes situations, différents contextes comme l'âge et le sexe du patient, l'interlocuteur, le sujet. Un résultat intéressant est

que le moment de l'accueil du patient dans le cabinet médical semble déterminant et ce dès la prise de rendez-vous avec la secrétaire : si le patient ne se sent pas libre d'exprimer sa demande auprès du secrétariat, en quoi cela peut-il avoir une influence sur la suite de la consultation ? Peut-on penser que l'existence de non-dit au moment de la consultation est conditionnée par un événement particulier (contrariété, choc émotionnel) avant même la rencontre avec le médecin ?

Le moment de la rencontre et du face à face avec le médecin est également important, pouvant parfois se traduire par une réaction de « sidération émotionnelle » avec pour conséquence un non-dit involontaire sous forme d'oubli.

#### ***4.2.4. L'adolescence, période riche en non-dits***

Si les non-dits ont été retrouvés dans toutes les tranches d'âge, ils semblent plus importants chez les jeunes : les patients les plus âgés de notre enquête ont parlé de situations de non-dits passées et les plus jeunes se sont davantage exprimés au présent. C'est ce qui ressort dans une étude britannique ayant étudié les demandes non formulées des patients lors des consultations en médecine générale ; les résultats ont montré que les patients jeunes, célibataires et de faible niveau socioculturel se retrouvaient davantage en situation de non-dit <sup>(4)</sup>.

Dans notre étude, la plupart des non-dits sont non volontaires et contextuels au moment de l'adolescence, soit parce que le médecin s'intéresse insuffisamment aux préoccupations de l'adolescent, soit parce que la présence de ses parents l'empêche de s'exprimer. Il faut alors prendre l'habitude de faire sortir les parents du cabinet de consultation, ou au moins s'enquérir de l'avis du jeune consultant à ce propos. Cependant, il arrive que cette présence du tiers soit au contraire facilitatrice dans l'expression de ses problématiques. En effet, plusieurs études ont montré une attitude ambivalente chez l'adolescent consultant, à la fois demandeur et en réserve, avec un sentiment de frustration de ne pas avoir tout dit à leur médecin généraliste dans 30% des cas <sup>(18)</sup>.

#### **4.2.5. A propos des thèmes de non-dits**

Parmi les thèmes abordés, nous retrouvons également ceux cités par les médecins généralistes dans la thèse de Guillaume Gaudin <sup>(7)</sup> et par les patients dans la thèse de Valentine Beucler <sup>(19)</sup>, avec en tête de liste la sexualité, la gravité de la maladie, les troubles psychiques et les addictions. En revanche, les difficultés sociales et financières n'ont pas été mentionnées dans notre étude. Concernant la sexualité, les patients hommes et femmes interrogés dans notre enquête s'accordaient sur le fait que ce phénomène est plutôt masculin. C'est le principal résultat de la thèse de Violaine Vernier qui s'est intéressée à la confiance en médecine générale : tous les médecins interrogés ont parlé du fait que les hommes ont davantage de difficultés à se confier à leur médecin généraliste <sup>(20)</sup>.

Bien qu'approché, le tabou de la mort n'a pas été directement abordé lors des entretiens, sans doute parce que la portée de ce tabou s'étend jusqu'à son évocation, porte ouverte aux angoisses existentielles de l'être humain. Dans sa thèse, Noémie Gérard a été confrontée au même constat, un des participants de l'étude ayant mis fin à l'entretien suite à l'évocation de la mort d'un proche (8). Pour Claude Olivenstein, l'angoisse de la mort est mieux gérée lorsqu'elle reste une expérience intérieure et n'est pas verbalisée : « A approcher de la mort avec trop de pertinence, de temps et de logique, on en vient à brûler ce qui reste de vie, à rendre l'air irrespirable, à préférer, aussi haïssables soient-ils, les tourments de l'angoisse au face à face mortifère » <sup>(17)</sup>.

#### **4.2.6. A propos des motifs de non-dits**

Les motifs de non-dits sont multiples et appartiennent à cinq grandes catégories : les motifs propres au contexte de la consultation, à la maladie, au patient, au médecin et enfin à la relation patient-médecin. Nous avons comparé nos résultats avec ceux de la thèse de Noémie Gérard <sup>(8)</sup> ; en effet c'est la seule étude ayant exploré largement les motifs de non-dit.

En ce qui concerne le contexte de la consultation, les notions de timing, présence du tiers, événements parasites comme le téléphone ou les bruits en salle d'attente sont communs à nos deux thèses.

Il est apparu que les non-dits peuvent être liés à la maladie ; ce qui est confirmé par la thèse citée ci-dessus qui a mis en évidence différents non-dits selon le caractère chronique de la maladie, en l'occurrence le diabète de type 2, et son stade d'acceptation par le patient. Parmi ces stades (déli, révolte, marchandage, dépression, résignation, pseudo-acceptation, acceptation), notre étude retrouvait le déli et la dépression. Les croyances et représentations du patient à propos de la maladie jouent également un rôle.

Concernant les motifs émanant du patient, nous retrouvons les sentiments de pudeur, de honte, de culpabilité et de peur, auxquels peuvent s'ajouter des difficultés d'élaboration et d'expression. Le non-dit est alors consécutif à la mise en place de mécanismes de défense de la part du patient dont la banalisation et le déplacement sur d'autres sources de préoccupation, comme un autre motif de consultation, font partie <sup>(21)</sup>. Les freins éducationnels et culturels cités dans notre étude n'ont pas été retrouvés dans la thèse de Noémie Gérard. Certains motifs de non-dits sont le signe d'une indépendance du patient vis-à-vis du médecin, comme la consultation d'une autre source d'information ou le choix de se confier à une autre personne.

Les non-dits propres au médecin sont liés à ses compétences en savoir-être, savoir-faire et savoir-dire. Les patients sont surtout affectés par la prise de distance du médecin à leur égard, se manifestant par un manque d'écoute et d'empathie, une mauvaise gestion du temps, une absence de contact visuel, mais également par un discours dévalorisant ou banalisant le propos du patient, un évitement du sujet et l'absence de questions.

La relation entre le patient et son médecin est ainsi déterminante dans l'apparition de certains non-dits et la prise de contact est primordiale, que ce soit lors d'une première rencontre ou au début de la consultation avec le médecin habituel. Le manque de confiance envers le médecin est le principal motif de non-dit propre à la relation. Affirmer que les non-dits diminuent avec l'évolution de cette relation serait

une erreur : en effet, si certains sujets deviennent plus facilement abordables avec le temps, un excès de confiance et le sentiment d'absence d'anonymat du patient pour le médecin peuvent entraver la prise de parole du patient. Cette dernière notion ne faisait pas partie des résultats de la thèse citée plus haut. Enfin les deux thèses s'accordent sur une distance relationnelle créée par les représentations du médecin (omnipotent, paternaliste, impuissant) par le patient qui peuvent empêcher ce dernier de s'exprimer.

#### **4.2.7. Le rôle du médecin dans le non-dit**

La place privilégiée du médecin généraliste lui permet d'approcher au plus près de l'intimité de son patient, mais uniquement si ce dernier l'y autorise. Avoir accès aux « secrets » du patient est un privilège pour le médecin, qui n'est pas sans concession(s) pour certains patients ; un des participants de notre étude disait du médecin généraliste que « c'est la personne la plus intrusive (*appuyé*) de toute votre vie » (P10). Le patient peut choisir de révéler des choses très personnelles lors de la consultation, à condition que le médecin soit à l'écoute et en empathie. Ce dernier peut par son attitude ou son discours ne pas encourager voire décourager le patient à se confier. Les principaux motifs propres au médecin décrits par les patients de notre étude correspondent aux mécanismes de défense des soignants décrits par le Dr Isabelle Molley-Massol <sup>(21)</sup> : banalisation, fuite et évitement, fausse réassurance, mensonge, refuge dans la science et jargon, information abandon et enfin identification massive au patient. On peut alors se poser la question de la réelle motivation du médecin qui, par son attitude ou son discours, ne permet pas au patient de s'exprimer : est-ce par crainte de ne plus maîtriser la consultation et son timing ? Ou celle de la confrontation à ses propres angoisses ou tabous ?

#### **4.2.8. L'ambivalence face au non-dit**

Notre étude montre une contradiction entre le discours des patients et la situation réelle de la consultation : si ses conséquences étaient unanimement déclarées nocives par les participants de notre enquête (complications des soins, maladie, impact négatif sur la vie personnelle ou sur un tiers), le non-dit n'est pas forcément mal vécu, le patient ayant pris son parti de « vivre avec » ; mais surtout, et contrairement à ce qui était attendu, il n'entrave pas nécessairement la relation patient-médecin et les soins en médecine générale. Il semble que le non-dit fasse partie intégrante de la relation, qu'il n'empêche pas nécessairement la bonne évolution de celle-ci dans le temps, mais qu'il peut parfois, au contraire, devenir problématique s'il n'est pas abordé.

Cette ambivalence face au non-dit est probablement davantage présente en médecine générale, où le suivi du patient sur le long terme lui permet d'envisager d'aborder une question problématique lors d'une consultation ultérieure. C'est en effet ce que suggérait P1 en avançant d'une part qu'elle se trouvait très affectée par une « relation défailante » en termes de communication avec le médecin, mais que d'autre part, « vous lui pardonnez [au médecin] cette non attention d'un moment ou cette non écoute un moment ou cet état pressé, parce qu'il y a un suivi ». C'était également l'avis de P15 qui distinguait les consultations en médecine générale de celles avec un spécialiste, au cours desquelles il y aurait moins de non-dit car un point précis est abordé au cours d'une consultation unique.

#### **4.2.9. Le facteur temps**

La notion de temps est importante dans notre étude ; c'est une des clés pour une communication efficiente <sup>(21)</sup>.

A l'échelle de la consultation, le temps que le médecin consacre au patient contribue à la qualité de la relation, au sein de laquelle la confiance peut s'installer et permettre au patient de se confier. L'importance du temps accordé par le médecin n'est pas

simplement celle de la durée de la consultation, mais celle de la qualité de l'échange et de la capacité du médecin à « faire don » de son temps.

A l'échelle de la relation patient-médecin et du suivi à long terme, le temps du silence du patient est précieux et lui permet de prendre conscience de ses non-dits et de se préparer à parler au médecin. Ces étapes de maturation sont nécessaires au patient <sup>(22)</sup>. Cela peut parfois prendre des années avant la verbalisation ; mais parfois les non-dits restent définitivement tus.

#### **4.2.10. L'importance de la communication non verbale**

Les gestes, le regard et même les silences sont parfois bien plus expressifs que les mots. Ainsi, il semblerait que 70% de la communication interpersonnelle soit non verbale <sup>(21)</sup>. Notre étude montre que les patients sont très sensibles à cette forme de communication, régie par certains « codes » qui peuvent s'appliquer à la médecine générale : le médecin qui ne regarde pas son patient semble inapte à la relation de confiance nécessaire ; s'il se lève, il met fin à la consultation.

En restant attentif à cet aspect de la communication, le médecin peut apprendre beaucoup de son patient ; le changement d'attitude de ce dernier, le rythme ou les intonations de son discours peuvent suggérer un non-dit <sup>(23)</sup>. C'est parfois le symptôme lui-même qui parle au nom du patient : le non-dit devient alors un signe clinique comme le suggère P10 pour qui ses symptômes urinaires et son cancer du sein sont l'expression de l'abus sexuel qu'elle a subi dans l'enfance et dont elle n'a jamais osé parler. Que penser alors des symptômes inexplicables, sans étiologie apparente ? Le médecin doit-il systématiquement se poser la question d'un non-dit ? L'interprétation de certains signes entraîne-t-elle le risque de suspecter des non-dits à tort ?

#### **4.2.11. Le devenir du non-dit : les attentes des patients**

Notre étude a montré que la plupart des non-dits sont à la portée du médecin. Si « tout livrer » s'avère difficile pour le patient, un mot ou un geste de sa part peut aiguiller le médecin sur la piste d'un non-dit. Contrairement à ce que nous attendions au commencement de cette enquête, les patients attendent beaucoup du médecin pour favoriser l'expression de ce qu'ils refoulent. En termes d'attente relationnelle, les critères de notre étude rejoignent ceux de travaux de référence <sup>(2, 24)</sup>.

Une approche respectueuse et humble du médecin est requise. L'espace nécessaire à l'expression du non-dit doit être préparé avec tact, constituant alors un climat propice à la libération de la parole. Les participants de l'enquête ont insisté sur l'importance d'une approche subtile et indirecte de la part du médecin qui doit savoir suggérer, évoquer, changer de registre, plutôt que d'aborder de front les sujets sensibles. Réaffirmer le secret médical est important et souvent nécessaire pour que le patient s'exprime. En effet, 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 <sup>(19)</sup>.

Parfois, adresser le patient à un confrère peut débloquer une situation dans laquelle le patient est incapable de se confier. L'anonymat peut faciliter la parole ; le témoignage de P10 illustre parfaitement cette idée de besoin de dire mais impossibilité de le faire auprès de son médecin habituel.

Selon P10, « un médecin il peut pas tout ». Le médecin doit ainsi savoir ne pas forcer les résistances de son patient et respecter son silence, le laisser acteur de son non-dit et accepter sa volonté d'indépendance. N'est-ce pas ce vers quoi la conception de la médecine moderne tend ? N'est-ce pas un des objectifs de l'approche centrée sur le patient, qui permet un partenariat thérapeutique dans lequel le patient est libre de choisir, et particulièrement libre de dire ou ne pas dire, sans que la relation de confiance entre les deux protagonistes soit mise à mal ?

#### **4.2.12. En pratique, les compétences requises**

Notre travail a permis de dégager des « lignes de conduite » pour le médecin dans la situation complexe de l'existence de non-dits en consultation, lorsque ceux-ci sont voués à être exprimés par le patient. L'objectif n'est pas de forcer la parole du patient et le contraindre à tout dire mais de l'aider à verbaliser ce qui lui est difficile à aborder, à condition bien sûr d'avoir l'intuition de l'existence d'un non-dit pouvant aboutir à un « mieux être » du patient après la verbalisation. Les compétences requises sont les suivantes :

- Eviter un environnement parasite (salle d'attente calme, absence d'interruption par le téléphone ou autre)
- Etre disponible et avoir une écoute active
- Témoigner de l'empathie
- Approcher subtilement et progressivement le sujet sensible
- Utiliser des techniques de suggestion, d'évocation, de changement de registre
- S'aider du suivi pour aborder le non-dit sur plusieurs séances
- Réaffirmer du secret médical
- Adresser à un confrère
- Chez l'adolescent ou l'adulte accompagné, proposer de le voir seul
- Ne pas forcer les résistances

#### **4.3. Pistes de travaux de recherche complémentaires**

L'ensemble du matériau de notre étude est riche et peut servir de base à d'autres travaux d'approfondissement.

Ainsi, il serait intéressant, à l'image des études anglo-saxonnes, de réaliser une étude observationnelle basée sur l'enregistrement audio ou video de consultations en médecine générale, couplée à des questionnaires remis aux patients avant et après

la consultation afin de recueillir les thèmes qu'ils souhaitent aborder avec le médecin, les non-dits effectifs au cours de la consultation et leurs effets sur la relation de soin.

Une autre étude pourrait explorer le point de vue des patients sur le non-dit des médecins en consultation de médecine générale. Les patients perçoivent-ils certains non-dits de la part du médecin et quel en est l'impact sur le vécu de la relation patient-médecin ? Cette question a été abordée au cours des entretiens mais était incomplète. Elle a cependant suscité la réflexion des patients interrogés. Deux réponses nous ont interpellés, dont une en rapport avec nos résultats présentés plus haut : les médecins ne verbaliseraient pas assez la garantie du secret médical en consultation et ne diraient pas suffisamment à leur patient « qu'il va bien ». Il conviendrait d'approfondir cette réflexion.

Dans cette thèse, il ressort que les patients attendent beaucoup de la part du médecin pour les aider à sortir du non-dit. Amener le patient à dire, l'aider à s'ouvrir et exprimer ses émotions n'est pas facile et encore moins une compétence innée <sup>(25)</sup>. Deux patients de l'étude se sont posé la question, à juste titre, de la formation des médecins. Les médecins sont-ils suffisamment formés dans le domaine de la communication avec le patient ? Quelles sont leurs attentes ? Il pourrait être intéressant de mener une enquête comparative sur les non-dits lors de consultations avec d'une part des médecins généralistes ayant des compétences en communication et d'autre part des médecins non formés.

## **5. CONCLUSION**

Cette étude a permis de mieux comprendre le phénomène complexe du non-dit des patients au cours des consultations en médecine générale.

Concernant principalement les sujets autour de la sexualité et la maladie grave, le non-dit est multifactoriel et dépend non seulement de facteurs propres au patient mais également du contexte de la consultation, de l'attitude du médecin ainsi que de la relation établie entre le patient et le médecin.

Intrinsèques à cette relation, les non-dits sont présents à tout âge et évoluent dans le temps : celui de la consultation, au cours de laquelle le patient peut être amené à ne pas révéler, plus ou moins volontairement, certaines informations ou interrogations ; celui de la relation sur le long terme, permettant au patient de suivre son propre cheminement jusqu'à, parfois, la révélation d'un non-dit longtemps refoulé.

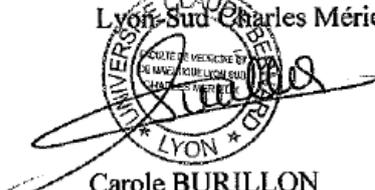
Ainsi, le facteur temps est déterminant dans l'évolution du non-dit, tout comme certains moments clés de la relation patient-médecin : la rencontre avec un nouveau patient, les premières minutes de chaque consultation qui peuvent se révéler déstabilisantes pour le patient nécessitent de prendre le temps du dialogue et de l'écoute afin d'éviter les demandes non formulées. La période de l'adolescence est propice aux non-dits et doit interpeller la vigilance du médecin qui peut proposer des entretiens sans la présence des parents.

Malgré des répercussions négatives de la plupart des non-dits sur les soins ou la vie du patient, il est important de repérer les mécanismes de défense du patient et de respecter ses résistances. En effet, notre étude a montré que s'exprimer sur le non-dit n'est pas toujours aisé et nécessite une prise de conscience par la personne concernée. Si certains patients ont conscience des non-dits qu'ils peuvent ou ont pu avoir en consultation, les acceptent et les critiquent, pour d'autres, des étapes de réflexion et de maturation sont nécessaires afin d'assimiler les non-dits, les accepter et prendre ou non la décision d'en parler avec le médecin. Permettre au patient de prendre conscience de ses non-dits et de se préparer à les aborder est le gage d'une relation thérapeutique de qualité.

Le médecin généraliste a ainsi un rôle primordial : il peut être cause de non-dit ou à l'inverse aider le patient à verbaliser ses problématiques, grâce à une écoute active et empathique et une approche indirecte des sujets sensibles. Cela nécessite de développer des compétences de communication et de relation dans un esprit d'approche centrée sur le patient.

Ce travail peut déboucher sur des études complémentaires observationnelles en situation de soin, une étude qualitative sur le point de vue des patients sur le non-dit des médecins.

Vu, Le Doyen de la Faculté  
de Médecine et de Maïeutique  
Lyon-Sud Charles Mérieux



Carole BURILLON

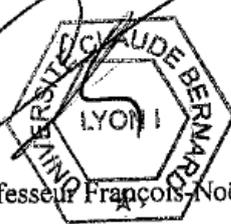
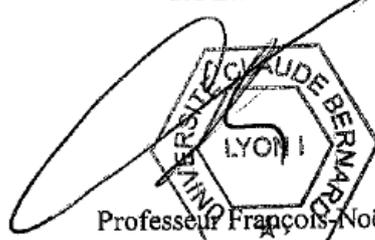
Le Président de la Thèse  
(Nom et signature)

Thomas A. C. 12



Vu et Permis d'imprimer  
Lyon, le

Vu, le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

## **6. BIBLIOGRAPHIE**

1. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris, France : Editions Payot & Rivages; 1996. 418 p.
2. 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.
3. 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.
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. Que cache l'agenda caché ? - revmed [Internet]. [cité 18 août 2015]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/rms/2005/RMS-5/30169>
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 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2013 [cité 8 août 2014]. Disponible sur:[http://docnum.univlorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2013\\_GAUDIN\\_GUILLAUME.pdf](http://docnum.univlorraine.fr/public/BUMED_T_2013_GAUDIN_GUILLAUME.pdf)
8. Gérard N. Étude qualitative des motifs de non-dit des patients diabétiques de type 2 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
9. Fainzang S. La relation médecins-malades: information et mensonge. Paris, France: Presses universitaires de France, impr. 2006; 2006. 159 p.
10. Rondou K. Catherine Gravet, Héliane Kohler, eds, « Le non-dit » [Internet]. PUN - Editions universitaires de Lorraine; 2014 [cité 26 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/resume.php>
11. Moreau A. Intérêts et limites de l'approche centrée sur le patient dans une démarche éducative vis-à-vis du patient diabétique de type 2 en médecine générale: approche phénoménologique exploratoire (étude DEADIEM) [Thèse de doctorat]. [France]: Rétrovirus et pathologie comparée: équipe de recherches en Biologie Humaine; 2013.
12. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Singly F de, éditeur. Paris, France: Nathan, DL 1992; 1992. 125 p.
13. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative. Armand Colin; 2010. 312 p.

14. Kaufmann J-C. L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif. Singly F de, éditeur. Paris, France: A. Colin; 2006. 126 p.
15. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. Bonniol J-J, éditeur. Bruxelles, Belgique: De Boeck; 2003. 626 p.
16. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Lagache D, éditeur. Paris, France: Presses universitaires de France, DL 2007; 2007. xix+523 p.
17. Olievenstein C. Le non-dit des émotions. Paris, France: O. Jacob; 2000. 210 p.
18. Blinder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du praticien [Internet]. 2005 [cité 19 août 2015]. Disponible sur: [http://www.medecin-ado.org/docs/ACCEUIL\\_ADO-MG\\_Rdp.pdf](http://www.medecin-ado.org/docs/ACCEUIL_ADO-MG_Rdp.pdf)
19. 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.
20. Vernier V. La confiance en médecine générale: le quotidien du praticien [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2007.
21. Moley-Massol I. Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités. Courbevoie, France: Éd. DaTeBe; 2007. 131 p.
22. Reboul P. Entre dit et non-dit, les zones grises. JALMALV Bull Fédération. mars 2010;(104):12-8.
23. Tate P. Soigner (aussi) sa communication: la relation médecin-patient. Bruxelles, Belgique: De Boeck; 2005. iv+225 p.
24. Dedianne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients? [cité 7 oct 2014]; Disponible sur: [http://www.clge.fr/IMG/pdf/mg\\_611\\_dedianne.pdf](http://www.clge.fr/IMG/pdf/mg_611_dedianne.pdf)
25. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. 2004;5(2):110-26.

## 7. ANNEXES

## 7.1. Guide d'entretien initial

### Présentation rapide du sujet.

Confidentiel, anonyme. Médecin chercheur.

Expliquer objectif de l'étude : améliorer les relations MP et la communication.

Contexte : on sait que les relations parfois difficiles existent entre les patients et leur médecin. Pb de communication. En particulier, parfois le patient n'arrive pas à s'exprimer.

Donner un exemple.

### Question d'accroche

*Quel est votre moyen de communication préféré/favori ? (téléphone, mail, sms, face à face...).*

*Avec quel moyen de communication vous sentez-vous le plus à l'aise ?*

### Sujets/thèmes de ND QUOI ?

Sexualité, Maladie grave, Addictologie, Vie personnelle, Argent, Critiques du MG...

Trouver un lien, une transition avec le sujet du moyen de communication.

*Comment ça se passe avec votre médecin du point de vue de la communication ? Comment vous sentez-vous en consultation, toujours par rapport à la communication ?*

*Avez-vous l'impression de pouvoir tout dire à votre médecin ?*

*Quels sont les sujets difficiles à aborder avec votre médecin ?*

*Quels sont ceux que vous n'avez jamais abordés ? Qu'est ce qui fait que vous ne les avez jamais abordés/Qu'est-ce qui vous empêche de les aborder? (causes)*

*Qu'est-ce que vous aimeriez dire à votre médecin qu'il ignore ?*

### Causes/motifs de ND POURQUOI ?

*Avez-vous déjà eu la sensation d'être empêché de/vécu une situation où vous n'avez pas pu dire qqch à votre médecin ? Par quoi /pour quelles raisons?*

*Si « NON » : Quelles sont les attitudes du médecin qui ont permis de vous exprimer ?*

*Qu'est-ce qui fait qu'il est difficile de parler de ce(s) sujet(s) avec votre médecin ?*

## **Rôle du ND dans la relation MP**

Bénéfique, délétère ?

*Avez-vous déjà regretté d'avoir donné une information/dit qqch à votre médecin ? Pour quelles raisons ?*

*En quoi révéler/parler de ce sujet peut-il améliorer ou compliquer la relation avec votre médecin ?*

## **Ressenti/vécu du patient**

Emotions / pensée.

*Que ressentez-vous/ comment vous sentez-vous par rapport à cette situation?*

*Comment l'avez-vous vécu ?*

*Qu'est-ce que vous en pensez ?*

## **Devenir du ND / Evolution dans le temps**

Si expérience passée, comment le ND a pu être révélé ? Lien avec confiance en MG qui augmente avec le temps ?

Faut-il l'aborder ? Comment ? Le respecter ?

Rôle du MG ? Comment aider le patient ?

Existe-il des « indices » donnés par le patient ? Importance de la communication non-verbale ? (attitude du patient)

*Quel est le moment le plus approprié pour aborder ce sujet ?*

*Comment pensez-vous pouvoir parler de ce(s) sujet(s) ? Est-ce qu'un autre moyen de communication pourrait vous aider ? Lequel ?*

*De quelle façon aimeriez-vous que ces sujets soient abordés ?*

*Qu'est-ce qui pourrait vous aider à les aborder ?*

*Quel rôle votre médecin peut-il jouer/avoir dans cet échange ?*

*Pensez-vous que le médecin peut se rendre compte que vous hésitez à lui en faire part ?*

## **ND du médecin**

Les patients ont-ils l'impression que le médecin leur « cache » des choses/ne leur dit pas tout ?

*Avez-vous l'impression que votre médecin ne vous dit pas tout, qu'il y a certains sujets qui lui*

*sont également difficiles à aborder avec vous ? Lesquels ?  
Qu'en pensez-vous ?*

*Avez-vous d'autres choses à ajouter ?*

Relances : Reformuler, recontextualiser (donner un exemple)

### **Présentation du patient**

Age, CSP, pathologies prises en charge, fréquence de cs.

Présentation du médecin : mode d'exercice (avec/sans rdv), temps de consultation, téléphone, cabinet rural/urbain, médecin ♂/♀.

## **7.2. Guide d'entretien final**

### **Présentation rapide du sujet.**

Confidentiel, anonyme. Enquête thèse.

Thèse : sujets qui ne sont pas abordés en consultation.

Contexte : les médecins savent et comprennent qu'il existe des sujets difficiles ou pas abordés pour différentes raisons : ose pas/veut pas/n'y arrive pas.

Objectifs : comprendre pourquoi il existe des blocages, mieux connaître les patients, améliorer les relations entre patient et médecin.

### **Général**

*Est-ce qu'on peut tout dire de soi à l'autre ?*

*Selon vous, qu'est-ce qui peut faire qu'on n'arrive pas à dire les choses à son médecin ?*

### **Sujets/thèmes de ND**

*Selon vous, quels sont les sujets difficiles à aborder ?*

### **Perso**

*Pensez-vous qu'il existe des situations où vous ne puissiez pas dire les choses ?*

*Qu'est-ce qui fait que vous en êtes empêché ? Qu'est-ce qui fait que c'est difficile ?*

*Pouvez-vous me raconter une situation dans laquelle vous n'avez pas voulu ou pas pu dire quelque chose à votre médecin ?*

### **Si non concerné**

*Avez-vous un exemple de situation dans laquelle vous avez pu exprimer une question difficile à aborder ?*

*Connaissez-vous quelqu'un qui ne parle pas facilement avec son médecin ?  
Pourquoi a-t-elle des difficultés à s'exprimer ?*

### **Rôle du ND**

*En quoi est-ce important que le MG sache ou ne sache pas tout du patient ?  
Le médecin doit-il aider le patient à s'exprimer ? Comment ?*

### **Ressenti/vécu du patient**

Aborder les croyances

*Que ressentez-vous/ comment vous sentez-vous par rapport à cette situation ?  
Comment l'avez-vous vécu ?*

### **Devenir du ND / Evolution dans le temps**

*Quel est le moment le plus approprié pour aborder ce sujet ?  
Comment pensez-vous pouvoir parler de ce(s) sujet(s) ? Est-ce qu'un autre moyen  
de communication pourrait vous aider ? Lequel ?  
De quelle façon aimeriez-vous que ces sujets soient abordés ?  
Qu'est-ce qui pourrait vous aider à les aborder ?  
Quel rôle votre médecin peut-il jouer/avoir dans cet échange ?  
Pensez-vous que le médecin peut se rendre compte que vous hésitez à lui faire part  
de cela ?*

### **ND du médecin**

*Avez-vous l'impression que votre médecin ne vous dit pas tout, qu'il y a certains  
sujets qui lui sont également difficiles à aborder avec vous ?  
Lesquels ?  
Qu'en pensez-vous ?  
Avez-vous d'autres choses à ajouter ?*

Relances : Reformuler, recontextualiser (donner un exemple)

### **Présentation du patient**

Age, CSP, pathologies prises en charge, fréquence de cs.

Présentation du médecin : mode d'exercice (avec/sans rdv), temps de consultation, téléphone, cabinet rural/urbain, médecin ♂/♀.

### 7.3. Affiche / flyer de recrutement



# Dire / Ne pas dire ?

**Etudiante en médecine, je réalise ma thèse sur la communication entre les patients et leur médecin généraliste.**

Certains sujets sont difficiles voire impossibles à aborder, y compris avec son médecin. Pour quelles raisons ? Quel est l'impact sur la relation médecin patient ?

→ **Votre avis m'intéresse !**

Pour mener à bien mon étude, j'ai besoin de recueillir vos impressions, remarques, commentaires à ce sujet au cours d'un bref entretien.

Si vous souhaitez participer à l'étude, merci de me contacter :

06 87 12 88 45    **OU**    [contact.these1@gmail.com](mailto:contact.these1@gmail.com)

**Merci de votre aide !**

NB : les entretiens sont enregistrés et anonymes.

## 7.4. Dictionnaire de codes

Nom	Description
<b>CARACTERISTIQUES DU NON-DIT</b>	Regroupe les définitions et les différentes caractéristiques du non-dit selon les propositions des patients.
<b>REPRESENTATIONS</b>	Expressions employées par les patients interrogés pour caractériser le non-dit
Blocage	
Fermeture	
Ne pas avouer	
Ne pas communiquer	
Ne pas oser	
Ne pas s'ouvrir	
Secret	
Tabou	
Tacite	
<b>TYPES</b>	3 types de non-dit : conscient et volontaire (le patient choisit de ne pas parler), conscient et involontaire (le patient ne dit pas parce qu'il ne peut pas, n'en a pas l'occasion), inconscient (le non-dit n'est pas réalisé sur le moment)
Inconscient ou non conscient	Non-dit du patient est inconscient: oubli, le patient n'y pense pas au moment de la consultation. Le patient est entraîné dans une situation de routine où il y a non-dit et n'a pas le recul de la trouver anormale, c'est plus tard qu'il s'en rend compte.
Involontaire	
Volontaire	Conscient et volontaire. C'est le patient qui décide de ne pas dire, qui refoule ses propos
Détail	Il y a des non-dits sur les détails du problème qui n'est abordé que de manière superficielle
Dissimulation	
Filtre	Le patient filtre les informations qu'il donne au médecin. Notion de manipulation de l'information délivrée, non-dit partiel
Mensonge	
Minimisation	Le patient minimise ses symptômes et ne dit pas tout
Motif caché	Le non-dit est masqué par d'autres sujets/personnes que le patient juge plus importants.
Non explicite	
Partiel	Le non-dit est partiel, tout n'est pas dit par le patient
Prudence	Le patient est prudent et ne dévoile pas tout au médecin
Rôle joué par le patient	Le patient joue un rôle qui n'est pas vraiment lui
Surface	Non-dit se manifestation par un abord superficiel du sujet
Tri	Le patient trie et choisit les sujets qu'il aborde avec le médecin
<b>VARIABILITE CONTEXTUELLE</b>	Non-dit adapté en fonction des situations.
Age dépendant	Le jeune âge et particulièrement la période de l'adolescence est riche en questionnements et souvent source de non-dit
Génération dépendant	
Individu dépendant	
Interlocuteur dépendant	Le non-dit dépend de la personne du médecin et le thème source peut varier en fonction de celui-ci. Le non-dit semble plus fréquent chez les spécialistes, notamment les chirurgiens. Le non-dit au médecin peut être différent de celui à la famille.
Moment dépendant	Instant clé où le non-dit va se constituer
Changement de médecin	Non-dit lié au contexte de changement de médecin : période déstabilisante, besoin de prendre ses marques

Hospitalisation	Non-dits apparaissant au moment d'une hospitalisation
Occasion manquée	Le non-dit du patient est proche de la révélation mais finalement non abordé
Passage de porte	C'est au moment de quitter la salle d'attente et de la rencontre avec le médecin qu'il y a un non-dit. Donc idée d'un non-dit imprévu qui apparaît au moment de la rencontre avec le médecin.
Premières minutes de la consultation	Le non-dit est conditionné par la relation de départ avec le médecin généraliste, le premier contact.
Secrétariat	Non-dit influencé par l'accueil de la secrétaire au téléphone ou à l'entrée du cabinet. Dès la prise de rdv, obstacle à la communication. Il y aurait un conditionnement à la brièveté dès la prise de rdv?
Sexe dépendant	Non-dit influencé par le sexe du médecin ou patient. Le non-dit semble plutôt un phénomène masculin, notamment en ce qui concerne la sexualité
Sujet dépendant	Le non-dit du patient est variable selon le sujet concerné. Il y a des thèmes davantage propices au non-dit
<b>THEMES SOURCES DE NON-DIT</b>	Ensemble des thèmes sources de non-dit
<b>SPHERE UROGENITALE SEXUALITE GROSSESSE</b>	Non-dits autour des sujets de la sexualité et la grossesse (chez les jeunes filles)
Grossesse ado jeune	
Gynécologie	
Homosexualité	
IVG	
MST / SIDA	
Organes génitaux	Pathologie au niveau des OGE comme thème de non-dit
Rapport sexuel à risque	
Sexualité	
Symptômes urinaires	
Troubles sexuels	
<b>GRAVITE</b>	Ensemble des thèmes non ou difficilement abordés par les patients concernant la gravité d'une affection
Cancer	Non-dit relatif à la crainte d'avoir un cancer
Gravité de la maladie	
Maladies mal vues ou taboues dans la société	
Maladies rares	
Sujet grave	
<b>SPHERE PSYCHIQUE</b>	Regroupe les non-dits d'ordre psychologique
Angoisses	Non-dits du patient relatif à ses angoisses
Angoisse diagnostic	ND concernant les peur du patient au sujet du diagnostic
Angoisse examens traitement	ND concernant l'angoisse des examens ou des traitements
Angoisse hospitalisation	ND du patient sur ses angoisses d'être hospitalisé et surtout la peur de ne pas ressortir de l'hôpital
Claustrophobie	
Complexes	ND relatif à un complexe
Consultation d'un psychologue	Le fait de consulter ou de vouloir consulter un psychologue peut être source de ND envers le médecin généraliste
Motif d'un comportement	
Pensées intérieures	ND du patient au sujet de son intimité psychologique
Problèmes psychologiques	
Souffrance morale	
Troubles du comportement	
Troubles du comportement alimentaire	
<b>ADDICTIONS</b>	Ensembles des non-dits en rapport avec les addictions
Alcoolisme	ND au sujet de l'alcoolisme
Drogue	ND au sujet de la drogue

Tabac	ND au sujet du tabac
<b>AUTRES</b>	
Antécédents / Histoire	Regroupe les non-dits en lien avec les antécédents ou l'histoire personnelle du patient
Abus sexuel	ND relatif au souvenir traumatisant d'abus sexuel dans l'enfance ou l'adolescence
Antécédents familiaux	ND sur les antécédents familiaux
Jeunesse difficile	
Symptômes liés à des sévices	
Demande d'examens complémentaires	ND du patient au sujet des examens complémentaires qu'il trouve importants ou utiles de réaliser et de la raison de cette demande
Douleur	
Médicament	Regroupe les non-dits se rapportant au médicament ou sa prescription
Automédication	ND en rapport avec l'automédication du patient
Demande de prescription de certains traitements	
Effets indésirables	ND à propos des effets secondaires des traitements
Inefficacité du traitement	
Non observance des traitements	ND au sujet de l'inobservance des traitements prescrits
Prescription	
Mode de vie	Non-dits des patients relatifs à leur mode de vie
Problèmes familiaux	Non-dits liés aux situations familiales difficiles ou conflictuelles
Sphère anale	Ensemble des non-dits se rapportant à la sphère anale
Tabou de la mort	Ensemble des non-dits concernant la mort
Violence physique	Non-dits en lien avec les violences physiques
Autres	Non-dits autres n'appartenant pas aux catégories ci-dessus
Adolescence	Non-dits en lien avec la période de l'adolescence
Education des filles ado	
Puberté	
Relations amoureuses à l'adolescence	
Exercice médical	Non-dit autour de la fonction médicale
Contestation décision médicale	ND concernant le désaccord du patient avec la prise en charge du médecin
Départ à la retraite du médecin	
Méthode de soin	
Reproche au médecin	
Maladies gênantes	
Poids	
Second motif de consultation	
Sujet tabou	
<b>MOTIFS DE NON-DIT DU PATIENT</b>	Regroupe les causes de non-dit : propres au patient / propres au médecin / à l'interaction patient-médecin / propres au contexte de la consultation.
<b>PROPRES AU CONTEXTE DE LA CONSULTATION</b>	Tous les facteurs influençant le non-dit, qui ne dépendent ni du patient ni du médecin.
Tiers	Rôle de la tierce personne dans le non-dit du patient
Absence du tiers	L'absence du tiers lors de la consultation entraîne des non-dits de la part du patient / Tiers facilitateur.
Implication d'un tiers	Non-dit concernant un tiers
Présence d'un tiers	La présence d'un tiers peut entraîner un non-dit.
Timing	Facteur temps responsable de non-dit
Consultations à la chaîne	Non-dit lié à la façon dont le médecin enchaîne les consultations
Manque de temps	Non-dit par manque de temps du patient
Rendez-vous de dernière minute	
Retard du médecin	Le patient prépare ses questions en salle d'attente et il y a un non-dit au moment de la consultation du fait du retard et l'oubli du/des sujets à aborder

Temps de consultation insuffisant	Durée de la consultation insuffisante pour aborder le non-dit
Autres	
Aspect protocolaire	Non-dit découlant d'une prise en charge protocolaire
Environnement médical	L'environnement de la consultation est décrit comme froid, stérile et peu engageant pour parler. Le non-dit est bien une situation particulière à la médecine générale.
Porte fermée	Le patient voudrait parler mais la porte du médecin est volontairement fermée, il n'est pas à l'écoute
Routine	Non-dit lié à l'aspect routinier des consultations qui ne laisse pas de place à l'inhabituel.
Téléphone	Non-dit ayant un rapport avec le téléphone. Dans la communication par téléphone, il manque le visuel, qui est important dans la communication et donc qui a une signification.
Salle d'attente	Pression de la salle d'attente pleine.
<b>PROPRE A LA MALADIE</b>	Non-dit lié au type de la maladie et son traitement. A propos des addictions notamment
Croyances et représentations	Non-dit lié à des croyances. L'image que renvoie la maladie justifie le non-dit du patient : cela le renvoie à lui-même (fierté) et aux autres (médecin et société)
Déni	Le non-dit est expliqué par le déni de la maladie
Stade	Non-dit lié au stade peu avancé de la maladie. Justification du non-dit par la chronicité ou par le caractère récent du problème concerné.
Symptôme mal vécu	
<b>PROPRES AU PATIENT</b>	Le non-dit dépend de la personnalité des gens, leur aptitude/faculté à communiquer.
Banalisation	Non-dit justifié par le peu d'importance ou le manque d'intérêt que le patient attribue au symptôme.
Capacité d'expression	Avis du patient sur sa propre communication
Difficultés communicationnelles	La capacité à communiquer n'est pas innée et inégale en fonction des personnes. Difficulté d'expression. Certaines personnes s'expriment moins facilement et sont plus sujettes au non-dit.
Difficultés d'élaboration	Le patient ne sait pas expliquer son non-dit
Connaissances médicales	Non-dit lié au manque de connaissance de notions ou du réseau médical (ne pas savoir à qui s'adresser) ou à la présomption diagnostique du patient (préjugé sur les symptômes qui amènent le patient à camoufler certains symptômes ou orienter son discours selon son préjugé sur la maladie)
Freins culturels et éducation	Non-dit justifié par la culture du patient. Le patient justifie son non-dit par l'éducation qu'il a reçue
Indépendance	Choix du patient de ne pas dire au médecin mais d'utiliser une autre source de confiance et d'information
Consultation internet	Le patient choisit de consulter internet plutôt que de parler au médecin (intéressant : pour quelles raisons?)
Sujet déjà abordé	Le patient s'est déjà adressé à un autre interlocuteur et ne veut pas y revenir avec le médecin
Tiers interlocuteur	Non-dit au médecin justifié par le choix d'un autre interlocuteur
Mécanisme de défense	Non-dit en lien avec les résistances du patient (interdit l'accès à son inconscient?). Non-dit pouvant être expliqué par le refus d'être étiqueté "malade"
Perte du caractère privé	Le non-dit révélé n'est plus exclusif, il est partagé, perte de l'exclusivité du secret. CF secret médical
Priorité / Autre motif de consultation	Non-dit justifié par la présence d'autres motifs de consultation.
Ressenti	Ensemble des sentiments et émotions ressentis responsables de non-dit
Autodépréciation	Le patient se déprécie
Culpabilité	Non-dit lié à un sentiment de culpabilité
Fierté / Dignité	Non-dit justifié par le mise à mal de la dignité, de la fierté
Gêne / Pudeur	La gêne ressentie par le patient est responsable du non-dit. Le non-dit est justifié par le fait de ne pas tout dévoiler au médecin.
Honte	La honte ressentie par le patient va être la cause du non-dit
Impuissance	Non-dit du patient en lien avec l'impuissance ressentie face au problème, la sensation de non maîtrise
Peur	Regroupe les différentes craintes du patient entraînant des non-dits
Anormalité	Non-dit du patient par crainte d'être anormal, d'avoir une maladie anormale

Approfondir	Non-dit justifié par la crainte d'aller au-delà de la simple révélation du non-dit
Conséquence sociale et professionnelle	ND justifié par la crainte d'une répercussion sociale et professionnelle
Examens	Non-dit par peur des examens, clinique ou complémentaires. en fait peur de la maladie, de la gravité et pudeur
Gravité	Crainte de la gravité justifiant le non-dit
Jugement	Non-dit du patient car peur du jugement par le médecin.
Maladie	Non-dit par peur du diagnostic, peur d'être malade
Médecin incompetent	Non-dit justifié par la peur du patient d'avoir à faire à un médecin qui ne se montre pas à la hauteur
Non respect du secret médical	Peur de la révélation du sujet comme justification du non-dit, notamment lorsque le médecin suit d'autres membres de la famille.
Timidité	Manque d'assurance, timidité ressenties empêchant le patient d'aborder un sujet
PROPRES AU MEDECIN	Causes de ND du patient émanant du médecin
COMPORTEMENT DU MEDECIN	Non-dits du patient liés à l'attitude du médecin
Absence de contact visuel	L'absence de contact visuel établi par le médecin peut être source de non-dit. Importance de la communication non verbale
Attitude hautaine	Non-dit du patient provoqué par la sensation d'être dévalorisé par le médecin
Ecoute défailante	Non-dit lié au manque d'écoute dans sa globalité regroupant l'intérêt, l'attention du médecin pour le patient
Indisponibilité	Non-dit lié à l'indisponibilité du médecin. Il y a non-dit de la part du patient car il ressent la non-disponibilité du médecin
Manque d'attention	Le manque d'intérêt, d'attention du médecin pour le patient est source de non-dit
Manque d'écoute	Le non-dit peut être provoqué par la sensation du patient que le médecin ne l'écoute pas
Manque d'intérêt	Non-dit lié au manque d'intérêt du médecin pour le patient, à l'absence d'attitude d'approche vers le patient
Médecin non réceptif	Non-dit provoqué par l'attitude fermée du médecin (non ouvert)
Ouverture d'esprit non évidente	
Gestion du temps inadaptée	Non-dit provoqué par la mauvaise gestion du temps par le médecin
Médecin expéditif	Le médecin abrège ou structure la consultation de telle façon que le patient ne parvient pas à s'exprimer
Médecin pressé	Le médecin est pressé et ne prend pas le temps de l'écoute, du dialogue
Humeur du médecin	Non-dit provoqué par l'état (disposition) dans lequel le médecin apparaît au patient
Médecin débordé	
Médecin fatigué las	
Médecin stressé	
Impression négative	La première impression ressentie par le patient à l'égard du médecin n'est pas bonne et est source de non-dit. Non-dit conditionné dès le début de la rencontre avec le médecin, au moment de l'accueil du patient.
Manque d'empathie	Non-dit provoqué par le manque d'empathie du médecin perçu par le patient
Manque d'expérience	Communication du médecin défailante et pourvoyeuse de non-dit du patient par manque d'expérience du médecin
Médecin distant	Non-dit dû à l'attitude du médecin qui reste en retrait et ne va pas au-devant du patient
DISCOURS DU MEDECIN	Le discours, les propos du médecin ont pour conséquence des ND de la part du patient
Absence de curiosité	Non-dit répondant à l'absence de recherche du médecin de connaître le patient
Absence de question	Certains non-dits résultent de l'absence de questionnement de la part du médecin.
Absence de recherche	Le non-dit est dû à l'absence d'approfondissement du médecin qui n'élargit pas le sujet
Annonce diagnostique erronée	Non-dit provoqué par l'erreur diagnostic et surtout la peur déclenchée par le diagnostic posé
Banalisation	Le médecin banalise le symptôme, "c'est normal" et coupe court au discours du patient
Détournement du sujet	Non-dit provoqué par le discours de diversion du médecin sur un autre sujet.
Discours fermé bref	Le non-dit fait écho à une question fermée, des affirmations brèves et catégoriques

Discours incompréhensible	Non-dit en réponse à la façon de communiquer du médecin qui a un discours peu compréhensible / jargon
Focalisation	La focalisation du médecin sur le non-dit du patient peut aggraver celui-ci ou bien la focalisation sur le motif de consultation sans élargir ou focalisation sur le somatique. Le fait de ne pas mettre à l'aise le patient et d'aborder le problème de front peut entraîner un non-dit
Manque de réassurance	Il y a non-dit car le patient n'a pas été (ou pas suffisamment) mis en confiance par le médecin.
Réflexions négatives	Non-dit provoqué par les remarques du médecin
Ton du discours	Non-dit provoqué par le ton, le rythme du discours du médecin
<b>PROPRE A LA RELATION PATIENT MEDECIN</b>	Le non-dit est le résultat de l'interaction entre le patient et le médecin mais non propre exclusivement à l'un ou l'autre.
Ancienneté de la relation	Non-dit plus fréquent lors de la première rencontre avec le médecin généraliste.
Autre source	Non-dit car le patient suppose que le médecin sait les choses via le dossier médical / un tiers
Confiance	Trois aspects : 1- la confiance du patient en son médecin autorise les non-dits 2- le manque de confiance du patient envers le médecin est cause de non-dit 3-La confiance du patient envers son médecin ne suffit pas à empêcher le non-dit
Ecart d'âge	Non-dits existants du fait de la différence d'âge entre le patient et le médecin, l'écart de génération.
Echange complexe	
Feeling	Non-dit dépendant du feeling ressenti au contact du médecin. Notion plus spontanée.
Interaction	Non-dit dépendant de la situation d'échange, d'interaction de la relation.
Manque de liberté d'expression	Non-dit expliqué par le relai de parole mal spécifié par le médecin. Il ne "donne" pas la parole au patient
Manque d'échange	Non-dit dû au déséquilibre de l'échange entre le patient et son médecin
Non instauration du dialogue	Le dialogue entre le patient et son médecin est défaillant voire inexistant. Instauration du dialogue qui ne se fait pas.
Expérience décevante	Non-dit provoqué par la déception du patient vis à vis de la réaction/attitude du médecin. Le patient se sent incompris par le médecin, source de non-dit
Représentations du médecin	Non-dit lié aux représentations du médecin et son rôle par le patient
Barrière hiérarchie	Non-dit lié à la distance que le patient place entre lui et son médecin.
Contradiction	Non-dit du patient justifié par la pression de ne pas contredire le médecin qui est considéré omnipotent
Façon de dire	Non-dit justifié par le fait que l'information ne peut être délivrée au médecin en l'état, il y a une façon de dire les choses au médecin
Idéal	Idéalisation de la relation médecin-patient sans non-dit. Il y a un idéal qui serait de tout dire au médecin, de ne rien lui cacher.
Médecin impuissant	Le patient est convaincu que le médecin ne peut pas l'aider, d'où le non-dit
Médecin omnipotent	Il y a non-dit car le patient est mal à l'aise face au médecin expérimenté. Intimidation. Non-dit lié à l'image du médecin détenteur du savoir que le patient ne doit pas contredire.
Ne pas déranger	Le patient ne veut pas déranger son médecin et justifie ainsi ses non-dits
Pas le rôle du médecin	Le patient pense que le médecin n'a pas de rôle à jouer dans le non-dit du patient
Peur du conflit	Non-dit lié à la peur que la consultation se passe mal
<b>CONSEQUENCES</b>	Conséquence du non-dit sur la consultation patient-médecin ou sur la vie du patient
Complication du travail du médecin	Le non-dit a pour conséquence de compliquer les soins, entraîne un retard diagnostic. Une partie du diagnostic est biaisée ou oubliée du fait du non-dit.
Déclenchement maladie	Représentation : le non-dit refoulé déclenche l'apparition de nouvelle(s) maladie(s)
Perte de confiance	du patient envers son médecin. Un non-dit peut être difficile à vivre si le patient n'a pas pu exprimer ce qu'il ressent. Problème du non-dit par manque d'écoute qui peut avoir des répercussions terribles sur la vie personnelle, la confiance en soi...
Point mort	S'il y a non-dit du patient, il n'y a pas d'avancée dans les soins. Il ne suffit pas que le médecin dise, il faut verbalisation du patient pour avancer
Répercussion sur le tiers	Le non-dit "complice" de la poursuite de la maltraitance sur un tiers ou conséquence de détourner le médecin du patient
Suicide	Certains non-dits peuvent aller jusqu'à la tentative de suicide voire le suicide

Vie impactée	Le non-dit peut avoir un impact sur la vie du patient, sentimentale.
<b>VECU DU NON-DIT</b>	Explore les différents vécus des non-dits des patients
Ambivalent	Manque et absence de manque
Négatif	Le non-dit est vécu comme pesant, négatif par le patient
Autodépréciation	
Autre	
Calvaire	
Peine	Contraste entre relation "un peu défaillante", "de temps en temps" et le fait que le ressenti est fort "beaucoup"
Blessure	Le non-dit est vécu comme douloureux, et affaiblit le patient
Culpabilité	Le patient culpabilise de ne pas dire
Envahissant	
Pesant	Le non-dit est un poids que l'on vient déposer chez le médecin généraliste.
Regret	ND vécu comme non bénéfique
Sentiment d'échec	Lié au non-dit que le patient tente de refouler
Solitude	Sentiment de solitude
Stress	
Non négatif	Le non-dit n'est pas forcément un élément négatif de la relation patient-médecin qui peut évoluer autour de ce non-dit, sans l'entraver
Absence de regret	
Absence de souffrance	
Acceptation	
Non problématique	
Pas si négatif que ça	
Suivi	Vécu non négatif grâce au suivi de la médecine générale
<b>DEVENIR DU NON-DIT</b>	Au sujet des différentes évolutions possibles du non-dit. Regroupe tout ce qui concerne la phase dans laquelle le patient aborde son non-dit (vécu, attentes vis-à-vis du médecin, techniques).
<b>ATTENTES</b>	Attentes du patient au sujet du non-dit
Attitude du médecin	Attentes des patients vis-à-vis de l'attitude du médecin dans l'abord du non-dit
Absence de jugement	
Absence de rivalité	concernant le ND des tbl sexuels à une femme
Accompagnement	Le patient attend du médecin un accompagnement au sens propre du terme
Accueil	Importance de l'accueil.
Approche progressive indirecte	Le ND doit être approché par le médecin sans être abordé de front. Le médecin doit amener le patient à verbaliser son ND
Attention	Le patient attend que le médecin soit attentionné et attentif, montre de l'intérêt pour lui.
Avenant	
Communication non verbale	Au sujet de l'importance de la CNV
Compréhension	
Confiance	Les patients veulent se sentir en confiance pour pouvoir aborder leurs non-dits. Ensemble des éléments qui aident à établir un climat de confiance au sein de la relation patient-médecin
Consacrer du temps	
Disponibilité	
Ecoute / Ouverture	CNV, codes du médecin qui doit montrer son ouverture d'esprit.
Empathie	
Examens complémentaires	Le patient attend la prescription d'examens complémentaires, médecin technicien
Franchise	
Justesse	Idée de dosage subtile
Mémoire des consultations précédentes	Importance du fil conducteur d'une consultation à l'autre pour éviter les ND = ce qui est important pour le patient (ne pas être anonyme)

Mettre à l'aise	
Ne pas rabaisser	
Prise de conscience du médecin	Pour pouvoir l'aborder, le non-dit du patient doit être perçu par le médecin
Psychologie	
Respect	
Tact	
Autre	
Affinité	Le rapprochement du patient est favorable, degré d'intimité.
Choix du dépositaire	Le patient choisit son interlocuteur pour aborder le non-dit
Démarche réciproque	Pour aborder le non-dit, le médecin et le patient doivent avancer ensemble. Effort mutuel pour aborder les non-dits
Formation	Le patient pose la question de la compétence du médecin dans l'exploration du non-dit.
Interlocuteur unique	Sujet non-dit à la famille discuté avec le médecin. Médecin choisi pour aborder un non-dit aux proches
Médecin de famille	Le ND sera plus facilement abordé avec le médecin de famille
Médecin étranger	
Médecin référent	Place centrale du médecin référent de par le degré d'affinité qu'il a avec son patient
Moment fin de consultation	Le moment pour aborder le non-dit est celui de la fin de la consultation, ou milieu, mais pas d'emblée
Passage de relai	partenariat MP
Perspective de changement	L'abord du non-dit peut être déterminant pour certains patients, rôle important du médecin
Sexe médecin opposé	
Respect du non-dit	Le patient n'est pas en demande de parler de son non-dit. Le patient attend un respect du médecin vis à vis de son non-dit.
Rôle du médecin	Ce n'est pas au patient d'aller au devant, de dire les choses mais rôle du médecin de venir chercher l'information ou d'amener le patient à révéler son non-dit.
Techniques abord du non-dit	Différentes techniques proposées par les patients pour aborder les non-dits.
Adaptation au patient	Adaptation de la technique au profil de patient
Angles d'attaque	Le médecin doit tester différentes stratégies pour trouver la plus efficace pour amener le patient à s'exprimer
Anticipation	Le médecin prévient le non-dit du patient en prenant une décision anticipée.
Confrère	Proposition de rencontre d'un confrère quand suspicion d'un non-dit et que le médecin sent des résistances de la part du patient.
Creuser / Enquête	L'abord du non-dit peut être compliqué avec la nécessité de "creuser" pour y accéder.
Elargir	Poser des questions plus larges, notamment sur un plan psychologique, sur la vie personnelle du patient
Environnement	
Faire sortir les parents	
Questions	
Questions détournées	Abord indirect du sujet sensible
Réaffirmer le secret médical	
Sous-entendu	
Suggestion	Le patient tourne autour du sujet mais ne l'aborde pas de front
Temps	Le temps dont a besoin le patient pour arriver à parler, le temps que doit lui consacrer le médecin.
Tutoiement	
DEPISTAGE DU NON-DIT	Façon du non-dit de se manifester. Possibilité de dépistage
Non-dit accessible	Différentes situations où le non-dit peut être dépisté par le médecin
Communication non verbale	Le non-dit se manifeste par des attitudes, des signes non verbaux.
Contrainte	Le patient n'a pas d'autre choix que de consulter et révéler son non-dit. Obligation de dire.
Hésitation	Non-dit deviné dans les hésitations du patient
Interaction des non-dits	Il peut exister un "dialogue" entre le non-dit du médecin et celui du patient

Non-dit ressenti par le médecin	Le médecin sent qu'il y a un non-dit de la part du patient.
Pleurs	
Révélation par un tiers	Non-dit du patient révélé par un tiers
Rire	
Suspicion	Le médecin détecte qu'il y a un non-dit, sans que le patient lui dise.
Temporaire	Non-dits uniquement au début de la relation médecin-patient
Non-dit difficilement ou pas accessible	
Habitude	Le non-dit fait partie intégrante de la consultation et devient une habitude sans jamais être abordé
Impossibilité	Incapacité à dire
Irrévocable / Résignation	Le non-dit ne sera jamais abordé en consultation. Le patient se résigne à ne pas révéler son non-dit. Volonté de ne pas dire
Occulter des parties de la vérité	
Oubli	Le patient ne se souvient plus de ses non-dits mais sait qu'il y en a eu.
Symptômes silencieux	
<b>EVOLUTION DU NON-DIT</b>	Façons pour le patient de gérer son non-dit. Idée de cheminement, non-dit inconscient->conscient->verbalisé
Apprentissage	Idée d'apprendre à dire, à parler (non inné), rôle du médecin ?
Compensation	Le patient compense avec d'autres activités/pensées (combativité) pour ne pas être confronté à ce non-dit
Hésitation	Cheminement du non-dit après sa prise de conscience : hésitation
Incertitude	Le patient ne se sent pas prêt à aborder le sujet actuellement mais n'exclut pas de le faire un jour.
Occasion unique	Idée d'opportunité à saisir (ou savoir saisir) pour libérer le non-dit sous peine de ne plus jamais y avoir accès
Prise de conscience du non-dit	Le patient compare les médecins et réalise que la relation est différente, réalise les non-dits antérieurs. Le patient réalise qu'il n'a pas abordé un sujet une fois la consultation terminée
Questionnement comment l'aborder	Quoi dire, à qui, comment, conséquences
Révélation expérience maladie	Les non-dits sont dévoilés, le patient parvient à se livrer quand le patient fait l'expérience de la maladie.
Temps	Les non-dits diminuent en même temps que la relation entre le médecin et le patient progresse. Notion d'évolution. Le patient attend et ne dévoile pas son non-dit ou le diffère.
<b>PERSPECTIVE DE DIRE</b>	Projection des patients dans le fait de dire, révéler au médecin ce qui jusque là était tu
Bénéfice	Avoir parlé diminue la fréquence des non-dits qui deviennent moins problématiques à aborder
Epreuve difficile	Le non-dit est difficile à aborder avec différents degrés de difficulté.

## 7.5. Retranscription de l'entretien de P10

**EV : Donc là, là oui vous m'avez contactée pour me faire part de votre témoignage...**

P10 : Ouais

**EV : ... dans le cadre euh...**

P10 : Ouais

**EV : ... de ma thèse...**

P10 : Ouais

**EV : Mm. Euh, ma thèse c'est sur euh, les sujets qui sont difficiles à aborder...**

P10 : Oui.

**EV : ... en règle générale et plus particulièrement avec son médecin, puisque moi c'est...**

P10 : Oui c'est, mon médecin j'en ai... bon, j'ai eu plusieurs médecins mais j'ai jamais...

**EV : Mmm...**

P10 : Y'a qu'une fois c'est euh pfff, j'étais jeune, jeune à l'époque. Bon là j'ai été opérée du cancer du sein mais à l'époque j'avais de la mastose et mon médecin du travail, elle m'avait envoyée chez une gynécologue et c'était la MGEN à l'époque, et c'était le, euh la gynéco elle m'avait dit : « mais vous avez jamais eu de rapport sexuel ? », j'ai dit : « non, non » et là, j'aurais pu lui dire.

**EV : Ça vous a traversé l'esprit à ce moment-là ?**

P10 : Oui, oui. Oui j'ai..., voilà.

**EV : Mm. Et à cette époque-là, vous aviez quel âge ?**

P10 : Pff bah là j'étais, c'était après 78, c'était après 22 ans mais euh, en fin de compte j'étais euh, bah j'vous ai dit un peu au téléphone, c'était un prêtre qui... Mais, comment dire, mes parents ont divorcé j'avais 16 ans et euh maman a été voir ce prêtre euh parce que à l'époque il y avait le divorce et puis le, comment ça s'appelle, la séparation de corps je crois...

**EV : Oui.**

P10 : ... et elle voulait pas vraiment le divorce maman. Elle a été voir le prêtre, tout ça, et le prêtre il me dit : « tu sais que je suis au courant de... », du moins de l'avis, du moins que mes parents allaient divorcer, se séparer. Et puis il me dit : « si tu veux bah tu viens me voir quand tu veux ». Il y a un jour je suis allée le voir, c'est aussi ça, c'est moi qui ai été le voir. Et ça, je me sens un peu coupable, du moins d'aller le voir, et lui et ben, il en a profité pour euh, comment dire euh, pff (*pause, émue*). Il m'a, il m'a enlevé ma culotte et il m'a, je sais pas comment il m'a fait, avec ses doigts (*montre son index et son majeur*), il m'a montée sur euh, sur euh une commode. Voilà. Et... bon. Voilà.

**EV : (Un temps). Mmm... (Silence)**

P10 : J'ai... Mais je..., pfff. Disons, je me sens, même à l'heure actuelle je me sens encore euh (*expire*) coupable, bah je sais pas comment on peut dire.

**EV : (Un temps). Mmm... Et la fois où vous auriez pu en parler à ce médecin de la MGEN...**

P10 : Oui...

**EV : ... qu'est-ce qui vous a empêché de le faire ?**

P10 : (*Inspire*). C'était pareil, je me sentais euh, fautive en fin de compte. J'sais pas... (*un temps*). J'sais pas si vous comprenez mais c'est..., voilà.

**EV : Bien sûr. Mmm... (Silence). C'est le sentiment d'être responsable...**

P10 : Oui, voilà.

**EV : ... de, de quelque chose ?**

P10 : Oui, oui.

**EV : Et, d'être, peur, peur d'être jugée...**

P10 : Oui.

**EV : ... par la personne en face ? Oui. Mm.**

P10 : Et puis là, bon j'étais, j'étais plus jeune là quand la MGEN..., j'avais quoi, vingt et quelques années, j'avais pas 30 ans hein. (*Un temps*).

**EV : Mmm...**  
(*Un temps*)

P10 : J'ai été, bon ensuite, comment vous dire, bon je me suis mariée à 41 ans et bon j'ai connu mon mari j'avais 36 ans, c'est-à-dire j'ai été très longue aussi à... Bon, voilà.

**EV : A vivre votre propre jeunesse.**

P10 : Oui voilà.

**EV : Mmm... (un temps). Et vous m'avez dit que vous aviez eu plusieurs médecins qui vous ont suivie...**

P10 : Oui. Oui, oui. Et j'en ai jamais parlé.

**EV : Et est-ce que l'idée d'en, d'en parler vous a traversé l'esprit, un autre moment ?**

P10 : Il y a pas bien longtemps, un médecin m'a, il m'a dit y a pas bien longtemps, il y a six mois de ça, il m'a dit : « mais à son médecin, il faut tout dire », (*sourire*). (*Silence*)

**EV : Vous y aviez repensé à ce moment-là ?**

P10 : Oui, oui ! De toute façon j'y pense euh, pff...

**EV : Mmm... (Un temps). Et c'est le, le même sentiment qui vous a empêché d'en parler il y a six mois ?**

P10 : (*Soupire, un temps*) Oui puis bon, mon médecin, entre guillemets elle me connaît, et j'ai, là à quelqu'un qu'on connaît pas, j'pré..., j'sais pas. Je, je préfère entre guillemets me livrer à vous.

**EV : A moi que vous ne connaissez pas.**

P10 : Oui, oui.

**EV : C'est plus facile ?**

P10 : C'est plus facile oui.

**EV : Alors, quelles sont les raisons qui fait que c'est plus facile ?**

P10 : Bah après, vous, je vais pas vous revoir.

**EV : Mmm...**

P10 : Je vais pas vous revoir. (*Un temps*). Et puis je voulais pas me, je voulais pas le dire à, je veux dire à n'importe qui, bon, vous êtes médecin donc euh... (*Un temps*)

**EV : Mmm... Et qu'est-ce qui fait qu'aujourd'hui vous arrivez à, à parler à un médecin, puisque moi, c'est vrai, je suis médecin ? Vous n'avez plus ce, ce sentiment de culpabilité, je veux dire, en en parlant envers moi comme vous avez pu me dire quand vous aviez 20 ans et il y a six mois ?**

P10 : A 20 ans, j'étais entre guillemets, j'étais euh, c'était assez récent, du moins récent, oui c'était assez récent et puis euh et puis bon je veux dire, l'âge aidant, je veux dire euh, maintenant bon pff... (*Un temps*).

**EV : Mmm...**

P10 : (*Un temps*). Avec l'âge, j'sais pas, on voit la vie différemment. Et puis là bon ben, je me fais soigner pour un, pour le cancer des deux seins, voilà, donc bon bah je me, j'me bats (*appuyé*) donc euh y'a aussi, je sais pas, cette euh, c'est, c'est un esprit de, oui de : je vais me battre donc je me bats un peu contre tout. Je peux pas vraiment me battre mais bon, voilà.

**EV : Mmm...**

P10 : (*Un temps*). J'sais pas si..., bon, j'aurais peut être pas eu ce cancer, je sais pas si j'aurais fait aussi la démarche. Je sais pas si vous me comprenez, je sais pas, je suis peut-être pas claire, si je suis pas claire vous me le dites, hein?

**EV : Si, si. Tout à fait. Euh, on va essayer de comprendre justement pourquoi, pourquoi est-ce que le fait d'avoir ce cancer ça vous, ça vous fait penser à ce passé peut-être plus que d'habitude.**

P10 : Bah je sais pas, parce que on dit que le cancer quelquefois c'est dû à de, à de l'émotivité.

**EV : Mmm...**

P10 : Et il y a..., et je pense que bon c'est, c'est vrai. Et euh, je pense que même l'émotivité euh, ancienne en fin de compte.

**EV : Mmm... (Un temps). Des choses qu'on aurait refoulées ?**

P10 : Oui voilà. (Un temps). Je sais pas hein, mais c'est, bon là...

**EV : C'est votre sentiment aujourd'hui ?**

P10 : Oui, c'est mon sentiment aujourd'hui oui.

**EV : Mmm... D'accord. Et votre médecin, je reviens à la fois où elle vous a dit : « il faut tout dire ».**

P10 : Oui. Parce que bon, j'avais euh... Bon, j'ai des problèmes urinaires, tout ça, je fais des, des, comment, des infections urinaires sans m'en rendre compte en fin de compte, ça me brûle pas. J'ai été opérée d'un diverticule sous urétral, en 95, et là, j'ai un diverticule, j'ai passé un I.R.M. en 2006, il est revenu, donc j'ai toujours euh, bon, des ???? et tout ça. Et là, j'avais même, au niveau gynécologique j'avais un problème, bon elle m'a traitée par antibiotique le médecin. Et c'est là, elle me dit, mais l'air de dire (en souriant) : « est-ce que vous allez voir ailleurs », entre guillemets, du moins enfin ça, et puis elle me dit : « il faut tout me dire » et là bon (rire) : « non, je vais pas voir ailleurs » et puis bon, voilà. J'ai peut-être, je sais pas, c'est... Mais est-ce qu'elle pensait, elle ? (Sur elle) Non, elle devait pas penser à, elle devait penser à faire cette analyse, je sais pas.

**EV : Et comment vous vous sentiez à ce moment-là ?**

P10 : (Un temps). Mais à, au médecin, je voulais pas, je voulais pas lui en parler. Et je pense que je lui en parlerai jamais. (Rire). (Un temps). J pense que bon..., j'ai un, ouais, c'est comme un secret.

**EV : (Un temps). Mmm... Un secret que vous, finalement vous partagez.**

P10 : Ouais, aujourd'hui. (Rire). Ouais. Du moins, c'est vrai que c'est lourd.

**EV : Mm. C'est très lourd.**

P10 : Ouais.

**EV : Et comment vous vous sentez, là, maintenant ?**

P10 : Ben, bon ben, ça va (rire). (Silence)

**EV : Et le fait de, de garder ce secret en vous, à chaque fois que vous retournez voir votre médecin...**

P10 : Mmm... Non mais c'est, le médecin, euh c'est pas, c'est pas, du moins par rapport au médecin, je vais voir le médecin mais euh ce secret euh c'est pas quand je vais voir que le médecin que je pense à, à ça, c'est souvent quand même.

**EV : Mmm... Et comment alors on arrive à vivre avec ça, sachant que c'est tout le temps présent ?**

P10 : Bah, bon j'essaie de... Bon j'ai fait, comment vous dire, jeune, j'étais jeune, j'ai fait beaucoup de secourisme de choses comme ça, je, voilà. Je m'occupais euh l'esprit (un temps), du moins, oui je sortais beaucoup, j'allais beaucoup au cinéma, que maintenant le cinéma je peux plus, j'aime pas être enfermée. (Rire). J'y vais plus.

**EV : Ça c'est nouveau ?**

P10 : Oh c'est nouveau, ça fait bien dix ans en gros.

**EV : Mmm... Et à quoi vous attribuez cette peur du noir, d'être enfermée ?**

P10 : J'sais pas. Puis il y a le fait que, bon j'ai, je suis restée longtemps célibataire hein, jusqu'à 36 ans, et bah je sortais, fallait bien que je sorte voilà, que maintenant bon ben... Je suis mariée, mon mari bah il, c'est vrai qu'il est pas trop cinéma et puis bon, c'est vrai que j'ai vécu longtemps même sans télé (rire). Donc et ben bon, j'ai aussi, je... Voilà.

**EV : Et ces, ces angoisses d'être enfermée qui reviennent maintenant, enfin qui, qui se manifestent maintenant, est-ce que vous l'avez exprimé ?**

P10 : Disons, j'aime bien être euh, j'aime bien être à l'air, du moins bien être dehors. (Pause). C'est pour ça, je veux dire, aller au cinéma quand il pleut d'accord mais si, si, s'il fait beau bah, (sourire), voilà. Et puis euh, il y avait

aussi, mais c'est pas pareil que, par rapport à mes horaires de travail, je travaillais, je commençais à six heures le matin donc euh, bon ben, un jour sur deux je commençais à six heures, après je travaillais de l'après-midi donc euh quand je, quand je commençais à six heures le soir j'étais fatiguée, ce qui est normal.

**EV : Mmm...**

P10 : Donc euh bah, voilà. Donc à l'époque j'allais plutôt au cinéma le week-end. (*Silence*)

**EV : D'accord. Mais peu importe le temps qu'il faisait à ce moment-là ?**

P10 : Oui, peu importe le temps (*rire*). Ouais.

**EV : Et ça, vous en avez, vous en avez discuté ?**

P10 : Non.

**EV : Est-ce que, à quoi ça pour être rattaché ?**

P10 : (*Un temps*). Je sais pas, j'ai l'impression que..., oui j'aime de moins en moins être enfermée. Comme la Part-Dieu, il faut pas m'en parler mais déjà, déjà plus, plus jeune, j'aimais pas la Part-Dieu. Parce que, bon y a une fois, il y avait une copine qui se mariait, il y avait la liste de mariage là-bas puis j'y avais été avec une collègue beaucoup plus âgée que moi pour la liste de mariage et puis bon on a été mettre l'argent sur la liste de mariage et puis après je dis : « au revoir ». Et puis le lendemain, elle me voit au travail, elle me dit : « hier tu étais malade ? », je lui dis : « non, mais j'aime pas être euh... », j'aimais pas euh déjà être enfermée donc euh. (*Sourire*).

**EV : Mm. Et qu'est-ce qui fait que vous n'en avez pas parlé à votre médecin ?**

P10 : (*Un temps*) D'être euh, pff, non je... Je juge pas utile de lui en parler, je sais pas, que j'aime pas être enfermée. Y'en a bien d'autres qui aiment pas être enfermés.

**EV : Oui, vous n'êtes sûrement pas la seule mais pourquoi, pour quelles raisons en fait vous n'en avez pas parlé, sachant que c'est quand même un état qui a changé ?**

P10 : Oui. (*Un temps*). Oui mais bon ça, je crois pas que, le médecin qu'est-ce qu'il peut

faire ? De ça ? Je sais pas. Vous croyez..., non, je sais pas.

**EV : Selon vous, ce n'est pas...**

P10 : Ouais.

**EV : ... un problème médical ?**

P10 : Non, non. (*Silence*)

**EV : Est-ce qu'il y a d'autres sujets que vous avez eu des difficultés à aborder, qui pourraient être en lien avec votre passé ?**

P10 : Bah tout ce qui est, je veux dire euh, bah les infections urinaires tout ça c'est, je pense que c'est, c'est lié. Même ces diverticules, je pense que... Je sais pas mais je pense que c'était, que c'était lié.

**EV : Vous m'avez dit tout à l'heure que vous ne sentiez pas vos infections urinaires.**

P10 : Non, non, ça ne me brûle pas. C'est ce que, c'est peut-être plus pernicieux, mais ça me brûle pas. Il y a même une fois je, j'urinais du sang, euh, euh, j'étais au travail et bah j'urinais du sang vers euh six heures du soir. Je suis montée à l'infirmerie, elle me dit : « mais euh c'est peut-être vos, vos règles », mais j'ai dit : « mais non, j'ai plus de..., en 2000 on m'a enlevé l'utérus ».

**EV : Mmm...**

P10 : Donc c'était, bon. Et là c'est en allant aux toilettes que j'ai vu que j'urinais du sang. Et j'avais pas, j'avais pas mal, du moins je... (*Un temps*)

**EV : C'est le seul symptôme...**

P10 : Ouais

**EV : ... que vous aviez ? (*Un temps*) Mais ça pourrait être en lien avec euh...**

P10 : (*Inspire*). Je sais pas. Peut-être.

**EV : Vous avez ce sentiment-là ?**

P10 : Oui.

**EV : Moi j'ai l'impression.**

P10 : Oui. (*Silence*)

**EV : Et, pour vous, hum, tout ce que vous ne racontez pas ça sera, envers votre médecin en tout cas, ça restera secret ?**

P10 : *(Un temps)* Oui. Oui, oui, c'est pas, au médecin je vais pas lui en parler. Même si je viens vous voir aujourd'hui, je vais pas lui en parler. *(Un temps)*.

**EV : Et alors, quel peut être le rôle d'un médecin dans tout ça ?**

P10 : *(En souriant)*. Bah il est là pour soigner, mais euh, je veux dire euh... Ça lui permettrait peut-être de me soigner le médecin s'il savait tout ça, peut-être, je sais pas. *(Silence)*

**EV : Mmm... Peut-être que de tout dire, ça permettrait d'avoir euh, une explication ?**

P10 : Ouais.

**EV : Peut être, et de pouvoir prendre le, le problème dans son ensemble et pouvoir vous soigner.**

P10 : Oui, peut être... Non, mais c'est... *(Un temps)*

**EV : Mmm, c'est très difficile ?**

P10 : Oui.

**EV : Très difficile. Et est-ce que vous aviez vu un médecin entre euh 18 ans et 20 ans ?**

P10 : Euh, en plus quand, où mes parents habitaient il y avait médecin mais il était, il était vieux entre guillemets et à l'époque euh bon, je savais pas mais je faisais de l'anémie. A l'époque mais bon je faisais... et euh, maman elle m'emmène chez ce médecin mais qui était vieux et c'est parce que j'avais un ganglion sous le bras là *(montre son aisselle gauche)* et à l'époque *(rire)*, il m'a, j'avais même, maman était embêtée parce que, mais j'avais à peine 18 ans là, euh maman était embêtée parce que j'avais pris le fou rire chez le médecin, parce qu'il donnait toujours de la pommade. Donc euh pour euh, pour euh, là il avait dit que c'était de la transpiration. Et j'étais, oh, j'allais passer le bac et, en plus je passais le bac de secrétariat là, donc euh même à l'époque pour taper à la machine *(mime : tape à la machine)* je m'en voyais euh avec ce ganglion *(montre son aisselle gauche)*. Et après j'ai été, j'ai été voir un autre médecin sur *(nom de la ville)* et là

il m'a fait faire des prises de sang et à l'époque je faisais de l'anémie. Mais c'était pas un médecin, du moins, mon père allait chez lui, mais nous on allait chez le médecin d'à côté, il était à 200 mètres mais bon *(rire)*. Voilà donc non, j'ai pas été suivie euh. Puis j'avais rien dit, je me sentais euh *(pause)*, *(à voix basse)* coupable.

**EV : Ouais. Cette culpabilité était tellement importante...**

P10 : Ouais.

**EV : ... que pour vous c'était hors de question...**

P10 : Non, non, oh oui. Bah c'est, c'est moi qui, qui ai été chez ce, chez le prêtre. *(Silence)*. *(Émue)* Et après ce prêtre, bon il est parti, il y a eu une, mais je sais pas j'étais, bon il y a eu une pétition, je sais pas, après il est parti.

**EV : Il y a eu une pétition ?**

P10 : Oui mais c'est, bon, c'était un village donc euh bon.

**EV : Il y a eu une pétition pour faire partir ce prêtre ?**

P10 : Ouais, ouais.

**EV : Et alors,...**

P10 : Mais bon...

**EV : ... vous n'en avez pas su plus ?**

P10 : Ouais, voilà. *(Silence)*. Par contre bon, quand j'ai eu, quand je me suis mariée, mon mari est protestant donc euh ça *(sourire)*, je sais pas ça m'a, bon... Les pasteurs tout ça se marient tout ça, je trouve que c'est plus, plus sain mais bon c'est peut-être pas, par rapport à...

**EV : Si, si.**

P10 : Si ?

**EV : Mmm... Et c'est le fait que votre mari ait une religion différente...**

P10 : Ouais

**EV : ... Ou c'était le fait que le**

**protestantisme permet le mariage qui vous a rassuré ?**

P10 : Ouais, ouais, je trouve que c'est...

**EV : Les deux ?**

P10 : Oui les deux, que c'est plus, ouais...  
(Silence)

**EV : Et hum, comment s'est passée votre vie euh amoureuse ?**

P10 : Oui. Euh fff... Comment dire euh, j'ai, oui j'ai, quand on avait des rapports sexuels quelques fois je, je faisais comme ça, je sais pas comment dire, je sais pas comment, bon plus maintenant, mais au départ, j'sais pas comment, je mettais mes mains un peu comme ça (mime mains en opposition).  
(Silence).

**EV : Et sans jamais en discuter?**

P10 : Non.

**EV : Est-ce que il y a, on vous a déjà posé des questions auxquelles volontairement vous n'avez pas répondu?**

P10 : Non, non pas, à part euh, je veux dire la gynéco là quand j'étais voir la MGEN qui m'a dit : « mais, est-ce que vous avez eu des rapports sexuels? ». Et elle a insisté, je lui ai dit : « non », mais bon, elle, elle a bien vu que j'étais plus vierge du moins, voilà. À part cette fois-ci vraiment que, bon.

**EV : Ouais... Mmm... Et au moment de, de cette consultation, est-ce que vous aviez des, euh, parfois on a des pensées un peu contradictoires, on hésite, on se dit : euh, je vais en parler, mais non, euh, qu'est-ce que je fais ? Ou pour vous, c'était catégorique ?**

P10 : C'est pas si catégorique que ça.

**EV : Et oui...**

P10 : Oui parce que après, et puis à la MGEN, je sais pas, comme c'était une jeune gynéco après je me suis, je voulais presque la rappeler mais bon, est-ce que, je me rappelais plus si j'avais son nom, rien du tout et puis euh j'étais dans, j'étais dans un centre MGEN, est-ce qu'y avait beaucoup de, je sais pas, pas de passage, de gynécos, mais est-ce qu'elle faisait pas des stages je sais pas. Je me

rappelle c'était une jeune gynéco. Moi j'étais jeune mais elle aussi.

**EV : Mm. (Un temps). Vous sentez que vous auriez pu vous confier ?**

P10 : Ouais. Peut-être, oui.

**EV : Parce qu'elle avait ouvert un passage presque,...**

P10 : Ouais.

**EV : ... elle avait abordé un sujet qui vous touchait de près.**

P10 : Ouais.

**EV : Et alors qu'est-ce qui fait que vous n'avez pas pris le téléphone ?**

P10 : C'est ce, ce sentiment de culpabilité je pense. J'aurais pu lui dire tout de suite, et pourquoi attendre, mais ça tout de suite je pouvais pas. (Silence)

**EV : Ouais. Parfois il y a besoin d'avoir euh, du temps qui passe ?**

P10 : Oui le temps qui passe. Et je pense que bon, j'ai 59 ans, j pense que là le temps il est passé donc maintenant bon bah voilà.

**EV : Et comment vous voyez la suite ?**

P10 : Comment je vois la suite, euh, (un temps, rire), je sais pas, je veux pas en parler au médecin. Ouais. Mon médecin traitant, je veux pas lui en parler. Même si, bon, j'ai peut-être tort de pas lui en parler mais je veux pas lui en parler. (Rire). Je suis têtue en plus !

**EV : Et c'est toujours pour les mêmes raisons ou est-ce qu'il y a d'autres raisons qui se sont rajoutées ?**

P10 : Ah bah c'est le médecin traitant, bon ben, elle me connaît donc euh, je sais pas, je...  
(un temps)

**EV : Et le fait qu'elle vous connaisse, qu'est-ce que ça implique ?**

P10 : Et ben, je sais pas. (Un temps). Elle peut pas me juger ! J'espère pas, non, mais je sais pas... Je vous dis, j'aime autant en parler à vous, vous me connaissez pas, bon bah voilà.

**EV : Et voilà quoi justement ?**

P10 : Bah je sais pas c'est, je peux plus vous en parler à vous que un, à un médecin, qui me connaît.

**EV : Parce que le fait qu'elle vous connaisse qu'est-ce que ça fait ?**

P10 : Et bah ça fait une barrière.

**EV : Ça fait une barrière.**

P10 : Oui. Peut-être que ça devrait être le contraire mais moi c'est comme ça. *(Silence)*

**EV : Et est-ce que vous pensez que les médecins, eux, ne disent pas tout à leurs patients ?**

P10 : Qu'ils disent pas tout ? Ah bah il y a quelquefois ils disent pas tout. Bon, là j'veux dire, bon moi c'est un cancer du sein, mais je veux dire quand c'est des, vraiment des cancers en, en phase terminale, ben je sais pas, ils disent pas à leurs patients, ils disent pas tout.

**EV : Mmm... *(un temps)*. Et quand ils ont un patient face à eux qui n'a pas envie d'exprimer certains sujets, de dire certaines choses...**

P10 : qu'ils devinent ?

**EV : Oui.**

P10 : *(Un temps)* Est-ce qu'ils devraient insister ? Non parce que insister, moi... Ça dépend du patient aussi. Un médecin il peut pas tout.

**EV : Si le patient ne veut pas...**

P10 : Voilà.

**EV : On n'arrivera pas à...**

P10 : Non, j'pense pas.

**EV : C'est pas possible.**

P10 : Non. *(Un temps)*. Et, oui, le médecin il est fait pour soigner donc normalement, et ben on devrait lui dire mais bon, je sais pas, il y en a peut-être qui y arrivent mais moi je, non.

**EV : Alors là c'est plus une question de**

**volonté, c'est une question de capacité : « il y en a peut-être qui y arrivent ». Ça veut dire que vous, vous n'y arrivez pas.**

P10 : Non, non, j'y arrive pas et puis, j'y arrive pas et puis je veux pas. *(Rire)*

**EV : Il y a les deux.**

P10 : Il y a les deux. *(Silence)*. Je sais pas. *(Un temps)*. C'est peut-être dur pour les médecins aussi ça, pour qu'ils, entre guillemets, pour qu'ils travaillent, si on leur dit pas tout, mais bon.

**EV : Il faut faire avec ce que le patient nous donne ?**

P10 : Ouais, ouais !

**EV : Oui. Il faut accepter ça.**

P10 : Mm.

**EV : *(Un temps)*. Mm. *(Un temps)*. Et si on imagine que hum, vous auriez, vous auriez abordé ce sujet, vous auriez réussi à en parler, qu'est-ce que ça aurait changé pour vous ?**

P10 : Peut-être euh, réussir à en parler beaucoup plus jeune, peut être ça aurait changé euh, peut-être euh, du moins connaître euh, un garçon, du moins un homme peut-être plus jeune mais pas... Ça aussi ça m'a... Parce que bon, des amis masculins, euh, comment on dit, oui j'ai, bon je vivais pas en vase clos mais je veux dire euh bon, pour avoir un sentiment amoureux bah j'ai été très longue à avoir euh bon. Ça, ça m'a... Peut-être que j'en aurais parlé à cette gynéco là, à la MGEN, peut-être que, je sais pas. Puis bon, ça fait, le fait de... Mais bon je sortais, je faisais du secourisme tout ça, je...

**EV : S'occuper pour ne pas penser.**

P10 : Ouais. *(Silence)*

**EV : Mmm...*(Un temps)*. Alors ça veut dire qu'aujourd'hui vous considérez que c'est trop tard pour en parler ?**

P10 : Oui, maintenant oui.

**EV : Il aurait fallu le faire plus jeune ?**

P10 : Plus tôt, ouais. Mais bon, je regrette pas

euh...

**EV : Oui, vous en parlez de toute façon.**

P10 : Je regrette pas ma, ma vie euh...

**EV : Oui.**

P10 : ...passée hein, bon. (*Un temps*).

**EV : Vous avez des enfants ?**

P10 : Non. Non, non. (*Silence*)

**EV : Et ça, qu'est-ce que ça vous, comment vous réagissez, face à ça ? Comment vous vous sentez ?**

P10 : De pas avoir eu d'enfant ? Euh, quand on s'est connu avec mon mari déjà, on se voyait que, parce qu'il était toujours en déplacement, on se voyait que le week-end. Donc euh je me voyais mal assumer... Par contre, comme on était, bon on s'est connu on avait tous les deux 36 ans, deux célibataires, donc il a fallu le temps aussi de, comment vous dire, de, de se connaître. Voilà (*rire*). (*Un temps*). (*A voix basse*). Puis après bon. (*Silence*)

**EV : Et ce que vous m'avez confié aujourd'hui...**

P10 : Oui.

**EV : ... Si on n'en parle pas à un soignant, comme moi aujourd'hui, est-ce qu'on peut arriver à en parler à quelqu'un d'autre ?**

P10 : Non, non. Non parce que, je veux dire, il y a pff, bon il y a les, comme les styles magnétiseur ou je sais pas quoi là, les... (*sourire*), mais c'est..., ils ont pas euh, comment, vous vous avez prêté serment et tout ça là, je veux dire vous êtes médecin, donc euh, bon entre guillemets je, je suis sûre un peu de, je me confie à vous en tant, parce que vous êtes médecin. Mais j'irais pas me confier à je sais pas quoi, à une psychologue ou je sais pas qui ou euh, voilà.

**EV : Ouais, alors pour quelle raison ?**

P10 : J'irais pas, je sais pas. J'aurais pas, du moins je, oui je ferais pas confiance à, pas vraiment un psychologue mais je veux dire les, vous savez les trucs de magnétiseur ou je sais pas les, du style un peu comme ça là.

**EV : Mm, et, et pourquoi, qu'est-ce qui fait que vous avez moins confiance en des magnétiseurs ou autres qu'un médecin ?**

P10 : Un médecin bah il a prêté le serment là d'Hippocrate...

**EV : Ouais...**

P10 : Et euh, et puis bon, il y a le secret médical. Voilà, c'est le secret médical.

**EV : Mmm... Et ce qui vous fait peur c'est que ce secret soit divulgué ensuite ?**

P10 : Ouais, ouais (*silence, rire gêné*).

**EV : Donc là c'est, finalement vous passez d'un secret que vous avez gardé pour vous pendant 40 ans à un secret partagé qui restera entre nous.**

P10 : Oui, voilà.

**EV : Mm. Très bien. (*Sourire*). C'est une, c'est un, une, une belle responsabilité que vous m'offrez aujourd'hui et euh je vous en remercie. (*Sourire*). Et je, je, j'ai bien pris connaissance de tout ce que vous m'avez dit et bien sûr que ce secret restera...**

P10 : Oui, (*soupire*) oui!

**EV : ... entre nous.**

P10 : C'est pour ça quand j'ai vu le, bon le, du moins au cabinet du médecin, (*inspire*) j'ai pris la (*sourire*), sur mon carnet de chèque, j'avais le carnet de chèque, j'avais un crayon à papier et puis j'ai noté votre numéro. Je..., oui. Voilà

**EV : Et qu'est-ce qui s'est passé, oui, quand vous avez vu mon affiche ? Hum, qu'est-ce que vous avez ressenti ?**

P10 : Bah j'ai, je me suis dit, bon ben, mais je voulais, ça fait un moment qu'elle est l'affiche et puis, quand je vous ai appelée, y avait bien 15 jours, au moins 15 jours trois semaines que..., oui parce que j'ai passé un, j'ai un port à cath là (*montre sus claviculaire gauche*) et euh, j'ai un tendon qui est un peu abimé, j'ai passé une échographie et puis là j'ai consulté le médecin et c'est là, il y a trois semaines, trois semaines un mois, oui, que j'ai, j'ai vu le numéro et que je vous ai appelée mais j'ai mis un moment à vous appeler quand même. J'ai

dû vous appeler mardi passé non ?

**EV : Oui, il y a une semaine.**

P10 : Il y a une semaine parce que comme mon mari il va au ski tous les mardis et je me suis dit : je suis tranquille, voilà (*sourire*).

**EV : Et alors euh, qu'est-ce qui a fait que vous avez hésité à, à m'appeler et que finalement...**

P10 : Bah j'ai fait le pas et puis je vous dis c'est par rapport à, là à mon cancer là, je me, je me bats (*appuyé*) et puis j'ai dit : et bah je vais me battre aussi, un peu... (*Silence*)

**EV : Mmm... Oui. Aujourd'hui, vous êtes prête à vous battre contre euh, contre ce passé qui vous...**

P10 : Ouais.

**EV : ... hante depuis...**

P10 : Ouais, ouais.

**EV : ... votre jeunesse, mmm... Il n'est jamais trop tard.**

P10 : (*Rire*). Déjà de... bon, ça m'a enlevé un poids, là.

**EV : Ouais. (*Silence*). C'est important. Parfois la parole est libératrice.**

P10 : Ouais.

**EV : Et on choisit à qui on veut se confier. Mm.**

P10 : Et je vous dis, parce que vous êtes un médecin. (*Un temps*)

**EV : Mmm...**

P10 : Autrement dire, bon, mon médecin traitant, vraiment je, je sais pas.

**EV : Et qu'est-ce qui vous, qu'est-ce qui vous a empêché euh d'aller vous confier à un médecin que vous ne connaissiez pas, d'aller voir quelqu'un d'autre ?**

P10 : (*Silence*). Un autre médecin, mais oui mais bon, je sais pas, il m'aurait, je sais pas, il m'aurait dit peut-être d'aller me confier au médecin traitant ou je ne sais pas. Le médecin

traitant, je veux pas lui en parler (*rire*).

**EV : Oui. Vous, vous aviez, vous craigniez de, que la personne ne reçoive pas ce que vous aviez à lui dire, qu'elle vous renvoie vers votre médecin traitant ?**

P10 : Oui, oui, oui. (*Silence*). Oui, enfin, je sais pas. Puis je me suis, ouais, puis ce secret il était en moi. (*Silence*). Mais c'est quand j'ai vu votre affiche là, en plus elle est assez bien faite là, avec la fermeture éclair là, je sais pas. Je me suis dit : bah c'est l'occasion de parler ou jamais.

**EV : Vous avez ouvert la fermeture éclair.**

P10 : Oui.

**EV : Et le fait d'avoir justement un médecin qui est prêt, qui se montre prêt à recevoir tout ce qu'un patient peut lui dire...**

P10 : Oui...

**EV : ... Peut-être que ça aide aussi à se confier ?**

P10 : (*Un temps*)

**EV : Ou pas forcément ?**

P10 : Non parce que... Non, parce que je sais pas, le médecin traitant elle me connaît donc je sais pas...

**EV : Ouais. Elle vous semble ouverte, prête à tout entendre mais malgré ça...**

P10 : Ouais, ouais.

**EV : ... Elle vous connaît trop.**

P10 : Mm.

**EV : Mmm... Et si c'était venu d'elle, et qu'elle vous ait proposé d'aller voir quelqu'un d'autre.**

P10 : Sans lui dire ? Elle aurait deviné quelque chose sans lui dire ? Ah, peut-être dans ce cas là oui. Mais pareil, qu'elle m'envoie chez un, un médecin je veux dire ou un psychanalyste, un psychologue ou je sais pas quoi, mais vraiment un médecin.

**EV : Un médecin. Mm.**

P10 : De toutes façons, elle m'enverrait vers médecin, elle m'enverrait pas vers euh, entre guillemets un charlatan.

**EV : Oui. Mm. (Silence). Est-que vous avez envie de rajouter quelque chose ?**

P10 : Non, non. Bon euh, c'est bon (*sourire*).

**EV : Ok, j'arrête euh...**

P10 : Oui, oui, c'est bon.

**EV : Merci.**

**VIGNON Elodie** : Le non-dit du patient en consultation de médecine générale. Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 15 patients.

nbr f., ill., tabl.

## RESUME

**Introduction** : Bien qu'il soit fréquent en médecine générale, le non-dit est un phénomène peu traité. Les rares études sur le sujet s'accordent pour dire que des demandes non formulées du patient altèrent la communication avec le médecin et entravent l'efficacité des soins. L'objectif de notre travail était de caractériser les motifs de non-dit et son importance pour le patient en termes de vécu, de devenir et de répercussion sur la relation de soin.

**Méthode** : Nous avons réalisé une étude qualitative par une approche de théorisation ancrée après entretiens semi dirigés auprès de 15 patients âgés de 14 à 77 ans.

**Résultats** : Les mots les plus fréquemment employés pour parler de non-dit étaient : blocage, tabou, fermeture, secret. Les non-dits pouvaient être conscients, volontaires ou non, ou bien inconscients. Ils semblaient diminuer en fonction de l'âge du patient et variaient selon l'interlocuteur et le type de sujet. L'arrivée dans le cabinet médical et la rencontre avec le médecin étaient des moments propices au non-dit. Les principaux thèmes concernaient la sexualité, le cancer, les problèmes psychologiques et les addictions. Les motifs de non-dit pouvaient être classés en cinq catégories : liés au contexte de la consultation, à la maladie, au patient, au médecin et à la relation patient-médecin. Les conséquences sur les soins ou la vie du patient étaient majoritairement délétères. Paradoxalement, le vécu de ces non-dits n'était pas forcément négatif. Le « facteur temps » était déterminant pour le patient, afin de prendre conscience de certains non-dits et de se préparer à leur verbalisation. Pour cela, les patients décrivaient le rôle du médecin généraliste qui devait se montrer à l'écoute, empathique et utiliser diverses techniques d'approche indirecte des sujets sensibles, tout en sachant ne pas forcer les résistances du patient.

**Conclusion** : Cette étude a permis de mieux comprendre le phénomène complexe du non-dit des patients au cours des consultations en médecine générale et peut servir de base à des études complémentaires observationnelles en situation de soin, une étude qualitative sur le point de vue des patients sur le non-dit des médecins.

**MOTS CLES** : Non-dit, silence, tabou, implicite, secret, relation médecin-patient, médecine générale.

## JURY

Président : Monsieur le Professeur Alain Moreau

Membres : Madame le Professeur Liliane Daligand

Monsieur le Professeur Xavier Lainé

Monsieur le Docteur Joël Dannaoui

## DATE DE SOUTENANCE

08 octobre 2015

## ADRESSE DE L'AUTEUR

33 rue Malesherbes 69006 Lyon

elo.vignon@gmail.com