



32^{ème} congrès de l'AGRH
Paris, 13-14-15 octobre 2021

**Mutations de l'environnement, mutations
des organisations, mutations de la GRH ?**

LE ROLE DES VISIONS DU MONDE DANS LA RELATION DE CONFIANCE : UNE ANALYSE DE 10 CAS D'INTERACTIONS MEDECIN-PATIENT SOUS LE PRISME DE L'APPROCHE INTERACTIONNELLE DE L'ECOLE DE PALO ALTO.

Auteurs : Brice ISSEKI*, Martine BRASSEUR**

Affiliation : Université de Paris, CEDAG, EA1516

Coordonnées : brice.isseki@parisdescartes.fr *, martine.brasseur@parisdescartes.fr **

RESUME

Quel est le rôle des visions du monde dans la relation de confiance instaurée entre un médecin et un patient ? Pour répondre à cette question de recherche, nous nous sommes appuyés sur l'approche interactionnelle de l'Ecole de Palo alto. Une étude exploratoire de dix cas d'interaction médecin-patient a été menée avec 20 entretiens semi-directifs. Les résultats de l'analyse de contenu ont mis en évidence le rôle des visions du monde mais également du contexte organisationnel. Il en ressort que dans la relation médecin-patient, la concordance entre les attentes initiales de l'un et le comportement perçu de l'autre, d'une part, et le contexte organisationnel du cabinet privé, d'autre part, influencent positivement les visions du monde respectives de la relation de confiance, sans que nous n'ayons trouvé d'influence pour l'hôpital public. Nous discutons les résultats et identifions plusieurs pistes d'approfondissement suivant l'approche interactionniste, et concluons sur les limites et les différents apports de l'étude.

MOTS CLES : Confiance – Relation médecin patient – Ecole de Palo alto - Contexte organisationnel – Visions du monde

INTRODUCTION

La confiance est au cœur de la relation médecin-patient (Bizouarn, 2008). Chercher à établir une relation de confiance médecin-patient devient désormais un objet de travail à visée thérapeutique (Haberey-Knuessi et Obertelli, 2017). Elle se construit à partir des rencontres interactives entre le médecin et le patient sous la forme d'un ensemble d'échanges communicationnels. « Autrement dit, je communique à autrui – et autrui me communique – des informations sur lesquelles nous allons nous fonder pour nous accorder, ou non, notre confiance mutuelle ; et la confiance constitue, ou non, un élément capital de la matrice sociale dans laquelle nous évoluons collectivement » (Benoit, 2018, p. 30). La confiance est donc reconnue comme une série d'attentes sociales partagées par les acteurs lors des échanges (Zucker, 1986). Ces attentes sont constituées sur la base des « visions du monde » que se fait chaque acteur dans l'interaction. Dans le présent article, nous proposons d'éclairer cette problématique de la relation de confiance entre médecin et patient en nous focalisant sur l'étude des « visions du monde » activées dans l'interaction par les interacteurs. Plus précisément, il est question de comprendre le rôle des visions du monde dans la relation de confiance médecin-patient, d'en expliquer la dynamique interactionnelle et de rechercher l'éventuel rôle du contexte organisationnel.

Pour y arriver, nous nous appuyons sur l'approche interactionnelle de l'Ecole de Palo alto avec notamment « le rapport étroit entre réalité et communication », qui en d'autres termes évoque « des différentes visions du monde qui en résultent » (Watzlawick, 1978, p. 7). La notion de relation de confiance dans l'interaction médecin-patient sera également explorée. Afin de conforter la pertinence de notre approche, l'approfondir et en discuter les limites, nous nous appuyons sur dix études de cas d'interactions médecin-patient dont cinq à l'hôpital public et cinq dans un cabinet privé avec le même médecin. La collecte des données a été menée par entretiens semi-directifs au sein des deux contextes organisationnels (hôpital public et cabinet privé) où nous avons interrogé séparément le médecin et le patient à la fin de chaque interaction. Ainsi, un médecin à exercice mixte (hôpital et cabinet privé) a été choisi avec 10 de ses patients dont 5 dans chaque établissement de santé. Nous dénombrons finalement 20 entretiens pour l'ensemble des 10 cas d'interactions médecin-patient de notre étude. Elle a été complétée par la tenue d'un carnet de bord de suivi de cas sur lequel nous avons transcrit les observations significatives. Nous avons ensuite procédé à une retranscription et à une analyse de contenu manuelle. Il ressort de nos résultats, d'une part, du côté du médecin comme chez le patient, que les visions du monde sur la relation de confiance découlent de la concordance de leurs attentes initiales avec les comportements perçus de l'autre. D'autre part, il ressort que le contexte organisationnel du cabinet privé influence positivement la vision du monde des interacteurs sur la relation de confiance. Nous discuterons de nos résultats en soulignant les limites et les apports théoriques à la notion de la relation de confiance puis en tirant des enseignements pour le développement d'un management de la qualité des services dans les établissements de santé.

1. Cadre conceptuel

Les établissements de santé quelles que soient leur forme et leur taille semblent s'intéresser généralement de façon plus précieuse à la relation médecin-patient. Cette partie est consacrée à la compréhension de cette relation médecin-patient, de l'intérêt crucial que porte la notion de confiance dans cette relation et de l'éclairage que nous apporte l'approche interactionnelle de l'Ecole de Palo alto.

1.1. La relation médecin-patient

La relation médecin-patient est une relation qui se matérialise par la rencontre de deux personnes. Elle est capitale dans le système des soins de santé (Harbishettar, 2019). Le médecin et le patient sont les deux individus qui font *a priori* cette relation ; elle est consentie de façon libre et revêtue d'une couverture neutre et normalement sympathique. La relation entre le médecin et son patient est un cas particulier d'une relation intersubjective et cette intersubjectivité doit être considérée comme l'expérience qui se coconstruit quand deux ou plusieurs personnes se rencontrent (Vannotti, 2002). Il faut noter toutefois qu'il s'agit d'une relation singulière qui peut être influencée en fonction du cadre de socialisation professionnelle et aussi de l'intervention d'autres acteurs du système de santé (Dorr Goold et Lipkin, 1999). Elle est « une modalité particulière de la relation intersubjective d'ordinaire interprétée comme une relation entre un agent et un patient » (Pierron, 2007, p. 46). D'une manière générale, la relation médecin-patient désigne tout ce qui se joue autour de l'acte médical et qui implique, pour les acteurs, l'impression d'inclure une dimension personnelle et interactionnelle (Zolesio, 2012). La littérature nous apprend que la relation médecin-patient peut être déclinée sous quatre modèles différents : Les modèles paternaliste, délibératif, informatif et interprétatif (Emanuel et Emanuel, 1992 ; Bergeron, 2007). Le modèle délibératif est celui qui semble le plus idéal et orienté sur le patient. C'est d'ailleurs, celui indiqué de nos jours dans les relations médecins-patients en France depuis la loi Kouchner¹. Une relation médecin-patient doit incarner des comportements de confiance, de respect et d'empathie.² Ainsi, l'un des objectifs majeurs du modèle délibératif est de favoriser le renforcement des relations médecins-patients de confiance. Entre le médecin et le patient, la « relation de confiance réciproque n'est ni immédiate ni assurée : elle a besoin d'être construite et entretenue » (Bizouarn, 2008, p. 166). La confiance se retrouve en effet comme le moteur de la relation médecin-patient au détour de laquelle la relation ne pourrait exister. Nous allons à la suite clarifier davantage la notion de confiance et son intérêt dans la relation médecin-patient.

1.2. La confiance : objet d'étude dans la relation médecin-patient

La confiance est une notion couramment utilisée mais sa compréhension reste complexe. Elle ne peut être ignorée dans la relation médecin-patient. La confiance a été définie comme une série d'attentes sociales partagées par les acteurs lors des échanges (Zucker, 1986). Telle que cette recherche se positionne, c'est le niveau interpersonnel de la confiance (Karsenty, 2015) qui est étudié. La confiance interpersonnelle est celle placée par un individu sur un autre individu (Luhmann, 1979). Elle a été définie comme une volonté délibérée de l'une des parties d'être vulnérable aux actions de l'autre partie, fondée sur l'espoir que cette dernière réalisera une action importante pour la partie qui accorde sa confiance, indépendamment de la capacité de contrôle ou de surveillance de l'autre partie (Mayer et al., 1995). Dans la relation médecin-patient, la confiance favorise le rétablissement du patient, réduit les rechutes, renforce l'adhésion du patient au traitement proposé (Harbishettar, 2019) et intervient plus globalement sur la satisfaction du patient. Pour le patient, la notion de confiance entre déjà en jeu lorsqu'il s'agit de choisir son médecin. Dans cette perspective, « (...) pour choisir activement un premier médecin, il faut que l'on accepte par avance, jusqu'à un certain point, sa valeur et son autorité et que l'on partage jusqu'à un certain niveau ses points de vue sur la maladie et son traitement. (...) pour se faire accepter, le médecin a comme arme son "autorité" qui ne tient pas seulement aux limites explicites que sa spécialisation est censée concerner. (...) c'est dans un climat de

¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

² <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/rerelations-medecins-patients-abus-caractere-sexuel> (consulté le 21 octobre 2019).

confiance que le professionnel peut exiger du patient quelque chose de nouveau ou d'inattendu. (...) Donc pour l'essentiel, ce sont la foi et la confiance de la part du client et l'autorité de la part du médecin qui sont les éléments critiques de cette interaction » (Freidson, 1984, p. 315-316). L'existence d'une relation médecin-patient de confiance permettrait de prévenir des conflits éventuels. Mais fréquemment dans cette interaction, la confiance a tendance à être réduite à l'axe patient-médecin, car plus le patient a confiance en son médecin, plus il se sentira mieux (Chandra et al., 2018). C'est dans ce sens que Dang et al., (2017) ont démontré que pour établir une relation de confiance entre médecin et patient, il faut que le médecin rassure le patient, soit à sa disposition pour des questions, lui montrer et expliquer ses résultats d'analyses, éviter de lui porter de jugement et l'interroger sur ses envies et préférences en termes de traitements (Dang et al., 2017). La confiance du médecin envers le patient n'est donc pas très souvent traitée dans les travaux de recherche (Wilk et Platt, 2016). Cependant, la confiance dans cette relation médicale ne devrait pas se limiter à celle du patient au médecin mais plutôt à sa dimension dyadique (Petrocchi et al., 2019). Il revient donc dans cette relation, d'utiliser le terme « relation de confiance » qui désigne une relation de coopération dans laquelle la confiance est mutuelle et non unilatérale donc dans les deux sens (Vasseur et Cabié, 2005). Ce présent travail s'inscrit dans cette dynamique de la relation de confiance dans l'interaction médecin-patient. Pour comprendre la relation de confiance dans l'interaction médecin-patient, nous nous appuyons sur la dimension interactionnelle des acteurs. Nous sollicitons le cadre théorique de l'approche interactionnelle de l'école de Palo alto pour mieux cerner et comprendre la relation de confiance à partir des visions du monde des patients et des médecins.

1.3. L'approche interactionnelle de l'Ecole de Palo Alto comme cadre de référence d'analyse de la relation médecin-patient

Quand on sait qu'une relation de confiance peut se développer ou régresser en fonction des personnes impliquées, du contexte et de différentes situations associées (Morgan et Zetfanne, 2003), il est nécessaire, pour la comprendre, de s'inspirer d'une approche capable de favoriser la compréhension des visions du monde activées par les acteurs pendant les interactions.

D'abord, le concept de vision du monde apparaît en philosophie de façon systématique par Dilthey dans sa théorie des conceptions du monde (Heyndels, 1974). Il est traduit en effet comme une partie du vécu individuel de l'être. Ainsi, « chaque fois qu'une forte impression s'impose à nous, nous apercevons la vie sous un aspect particulier ; le monde s'offre à nous sous un éclairage nouveau ; et à la mesure que de telles expériences se répètent et se coordonnent, on voit s'affirmer en nous un certain état d'âme en face de la vie » (Dilthey, 1946, p.102). Une vision du monde est présentée comme une espèce de « réponse-image » au questionnement résultant de la signification vécue du monde qui permet de déduire un idéal (Dilthey, 1946, p.104). Plus tard, l'école de Palo Alto reprend dans ses travaux ce concept de vision du monde. Il s'agit ici d'un « collège invisible » ayant regroupé des chercheurs de plusieurs disciplines comme Bateson, Goffman, Watzlawick etc. qui ont travaillé ensemble à partir des années 1950 (Winkin, 1981). Ce qui faisait l'unicité de ce groupe est qu'« ils posent tous le même regard interactionnel sur le comportement humain » (Wittezaele et Garcia, 2006, p.14). Influencée par la vision constructiviste (Piaget, 1964), l'une des assises de cette école repose sur le postulat selon lequel chacun des individus formant une interaction se construit sa propre vision du monde ou représentation de la réalité suite à un processus cognitif individuel. La vision du monde influence les choix, les perceptions et peut également présenter des limites. Pour reprendre Watzlawick, la situation dans laquelle un médecin affirme à un patient au sujet d'un traitement qu'il s'agit d'un nouveau médicament, récemment mis au point et efficace, et qu'en retour le patient offre une bonne volonté à croire en son efficacité, crée une réalité dans laquelle une supposition devient un fait réel (Watzlawick, 1990). C'est en effet la manière dont les individus se représentent la réalité. Ainsi, à partir de ses perceptions sensorielles, ses croyances,

ses expériences personnelles etc., l'individu n'agit pas directement sur la vraie réalité, mais plutôt sur la représentation qu'elle se fait de celle-ci. Cette subjectivité permet d'évoquer par exemple dans notre cas actuel que la manière dont le médecin se représente la réalité d'une relation médecin-patient peut en effet différer de la vision du monde du patient et vice versa. Cette notion de « vision du monde » qui émerge ainsi de cette approche stratégique permet de mieux appréhender les interactions humaines. Pour résoudre des problèmes d'ordre relationnels, la démarche d'intervention brève de l'approche de Palo alto invite le thérapeute ou l'intervenant à focaliser ses actions sur la compréhension de l'interaction à partir des différentes visions du monde des acteurs impliqués. Dans notre étude, il ne s'agit pas de résoudre un problème relationnel mais plutôt de le prévenir en essayant de mieux comprendre l'interaction médecin-patient à partir des visions du monde des interacteurs. Le patient communique tout en étant persuadé de sa vision du monde et simultanément, le médecin aussi communique en s'accordant à sa vision du monde. Pour une meilleure communication interactionnelle, il faudra s'accorder sur les visions du monde de chaque interacteur. La nature de la communication dépend des visions du monde et surtout de chaque interaction. Puisque la communication a été considérée comme un antécédant de la notion de confiance (Morgan et Hunt, 1994), à partir des séquences de communications entre médecins et patients, nous vérifions la relation de confiance sur la base des visions du monde des médecins et des patients dans un hôpital public et dans un cabinet privé. Nos questions de recherche se déclinent ainsi comme suit : Quel est le rôle des visions du monde dans la relation de confiance médecin-patient ? Quel rôle pourrait être celui du contexte organisationnel dans la relation de confiance médecin-patient ?

2. Méthodologie de l'étude

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons eu recours à une démarche qualitative de type exploratoire qui consiste à mener une étude de 10 cas d'interaction médecin-patient. Nous nous sommes appuyés principalement sur une analyse de contenu d'une série d'entretiens semi-directifs complétée par des notes d'un carnet de bord de suivi des cas sur lequel nous avons reporté les observations sur le fonctionnement général des interactions ainsi que des notes prises pendant ou juste après les entretiens. La relation médecin-patient est un type d'interaction où les acteurs sont supposés être en relation avec d'autres univers différents. Il est nécessaire donc pour le chercheur d'être capable « de saisir ce qui est signifiant pour les acteurs » (Giordano, 2003, p.20) afin de mieux percevoir la réalité étudiée. Du point de vue épistémologique, notre étude s'inscrit dans une perspective interprétativiste à partir d'une approche inductive avec pour objectif de comprendre les visions du monde des médecins et patients dans la relation de confiance et l'influence du contexte organisationnel. Certes, l'analyse des données recueillies a été guidée par notre revue de la littérature, mais elle a permis également de faire émerger des propositions de recherche du système interactionnel médecin-patient. Tous les cas ont été étudiés en profondeur de manière à analyser les visions du monde de chaque système médecin-patient, la nature des relations de confiance observées ainsi que l'influence du contexte organisationnel. Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques de chaque cas étudié.

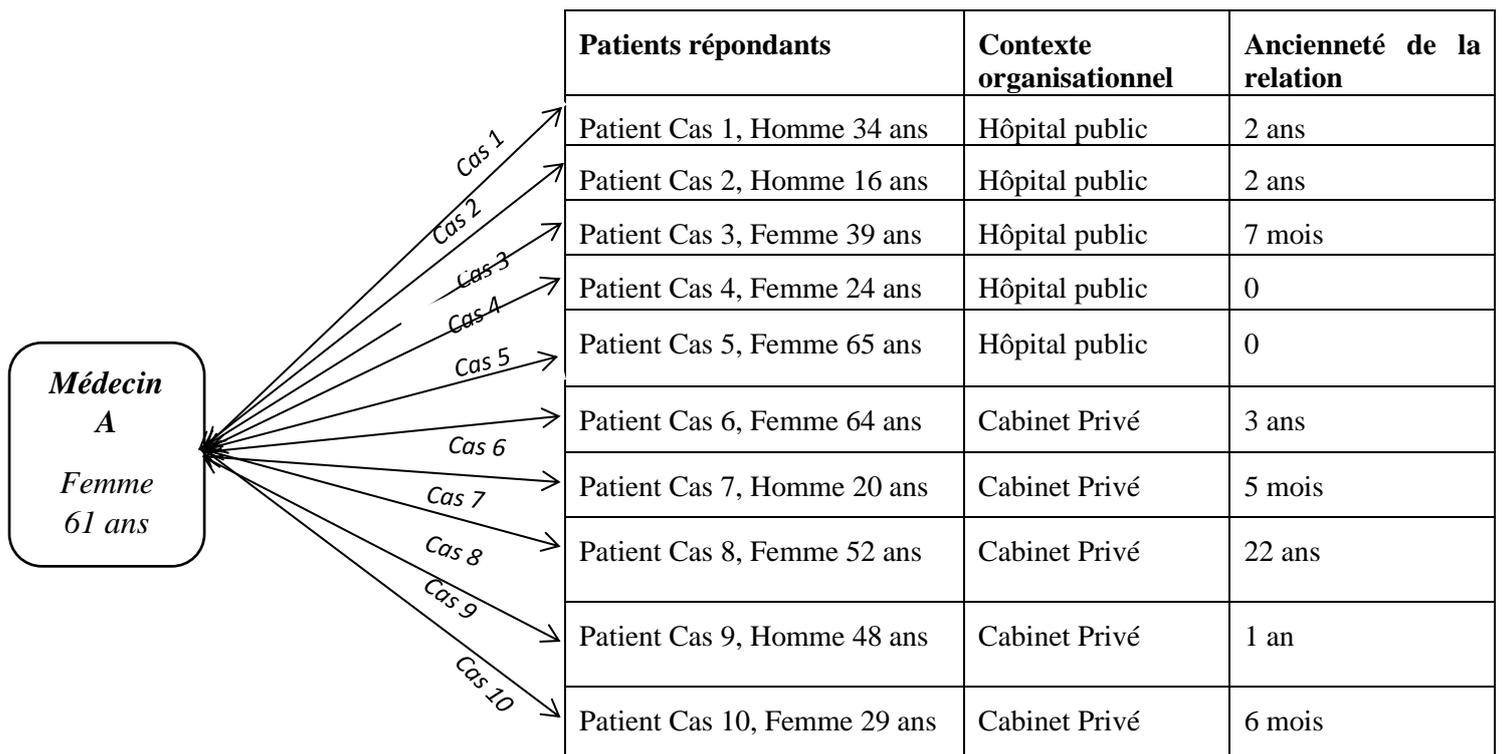


Tableau 1 : Les 10 cas d'interaction médecin-patient

2.1. La collecte des données

La collecte des données s'est principalement reposée sur deux modes à savoir : les entretiens semi-directifs et le carnet de bord de suivi des cas. L'étude a été menée sur un groupe composé d'un médecin à exercice mixte (hôpital public et cabinet privé) et de 10 de ses patients (Tableau 1). Les entretiens ont été réalisés dans les deux différents cadres organisationnels d'exercice du médecin choisi (hôpital public et cabinet médical) et ont lieu juste aux sorties de consultations médicales. Les patients-répondants sont choisis de façon ponctuelle sur le terrain et seul le médecin était informé en amont de la réalisation de ces entretiens en sa qualité de facilitateur de l'étude. L'âge des personnes interviewées était compris entre 16 et 65 ans. Un t-shirt gravé de notre photo, noms et laboratoire de recherche était enfilé et a servi de prise de contact dans un contexte marqué par la covid-19 et le port de masque obligatoire. Il faut noter un échantillon de circonstance dans lequel s'observe une variété en termes d'âge, de genre et d'ancienneté de la relation médecin-patient. Nous considérons dans ce travail, un système interactionnel médecin-patient comme étant un cas d'étude. Nous dénombrons ainsi 10 cas de relation médecin-patient étudiés dont 5 cas à l'hôpital et 5 autres cas au cabinet privé du médecin. Notre dispositif de recherche a permis la mise en place d'un guide d'entretien semi directif avec une question ouverte de lancement : « Racontez-moi comment avez-vous vécu votre consultation depuis la prise de rendez- vous jusqu'ici ? ». Un enregistrement audio a été réalisé pour tous les entretiens avec l'accord des répondants sous condition de confidentialité, d'anonymat et d'engagement à leur adresser les résultats de l'analyse pour ceux qui sont intéressés. Ensuite ces enregistrements ont été tous retranscrits sur Word manuellement.

L'objectif ici est double : comprendre les visions du monde des médecins-patients dans la relation de confiance selon le contexte organisationnel de l'établissement de santé. Des questions sont posées afin de comprendre les visions du monde de chaque individu sur la relation médecin-patient qu'il venait de vivre et de déduire la nature et les paramètres de la relation de confiance vécue. Le médecin a été interrogé sur chaque interaction donc à 10

reprises, ainsi nous comptons un total de 20 entretiens pour l'étude (médecin et patients). Des éléments d'informations complémentaires susceptibles de faire sens pendant l'analyse des données ont été également relevés sur un carnet de bord de suivi des cas au fil de nos recueils. Compte tenu du caractère inopiné et inattendu de la réalisation de ces entretiens, des conditions de sa faisabilité et surtout de la démarche méthodologique empruntée, la durée moyenne de ceux-ci est de 12 minutes. Ils se sont déroulés sur trois niveaux :

- A partir des visions du monde, d'explorer l'expérience vécue par les répondants puis à comprendre la nature de leur relation interactionnelle.
- Le second niveau a eu pour ambition de cerner les perceptions des répondants sur la relation de confiance installée dans l'interaction à partir du système de communications.
- Le troisième niveau a permis de mesurer le rôle du contexte organisationnel sur la relation de confiance médecin-patient.

2.2. Le traitement des données

Après retranscription des entretiens, nous avons procédé à une analyse de contenu à partir d'une relecture manuelle et d'une répartition des extraits de discours dans les catégories issues d'une part de la revue de la littérature et d'autre part de l'analyse de contenu thématique proprement dite. Deux types d'analyses ont été réalisées : des analyses intra-cas et une analyse inter-cas. L'analyse intra-cas s'est appuyée sur les critères classant des discours des acteurs et porte essentiellement sur l'identification des notions relatives aux visions du monde déclenchées par ces acteurs dans l'interaction. Elle nous a permis de repérer de principaux codes correspondants aux visions du monde des patients et des médecins dans une relation médecin-patient. Ce premier niveau a servi de fil conducteur de toute l'analyse et apparaît comme un enrichissement du cadre théorique de la confiance dans la relation médecin-patient. Ainsi, les codes tels que le « besoin d'informations (attentes initiales) », « bienveillance », « compétence », « l'explication reçue » etc., ont été identifiés. Ensuite, l'analyse inter-cas a permis une confrontation des résultats de chaque cas et une synthétisation des visions du monde et surtout à l'identification de l'influence aux contextes organisationnels en se basant sur ce qui fait sens chez les acteurs. Il était question de confronter les visions du monde et les comportements perçus des acteurs aux facteurs associés au cadre organisationnel. Il faut noter que les approches théoriques du concept étudié, les interprétations des répondants et les compréhensions du chercheur ont consolidé le codage en forme de boucles itératives (Hladly, 2002). Chaque cas a été traité selon le canevas ci-après :

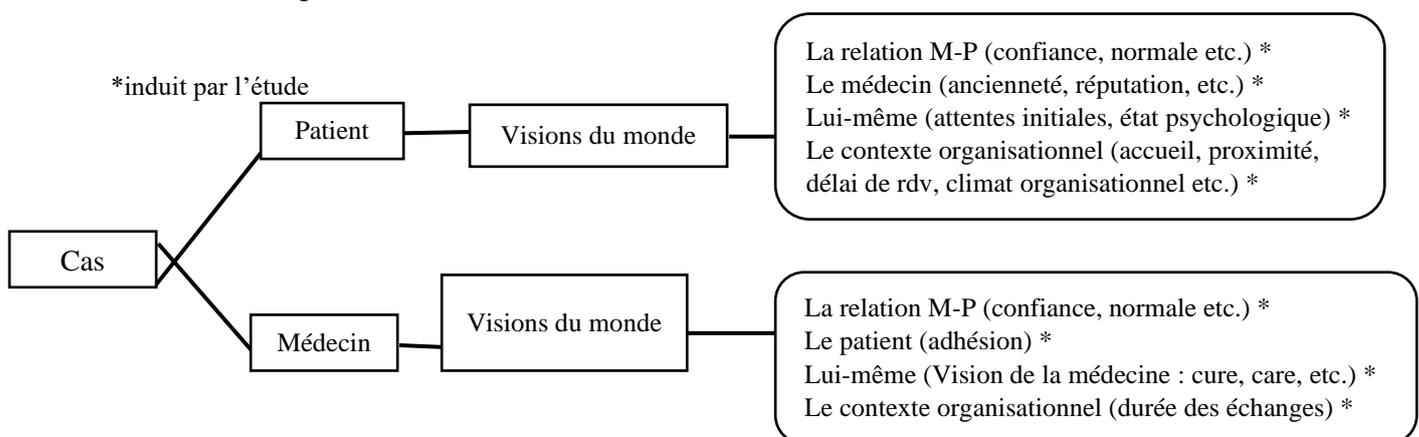


Figure 1 : Principaux critères classants de l'analyse de contenu

3. Résultats

Dans cette étude, les cas 1 à 5 ont été réalisés à l'hôpital public et ceux de 6 à 10 sont réalisés dans le cabinet privé du médecin. Nous avons d'abord procédé à une analyse synthétique de chaque cas (intra-cas) avant de passer enfin à une analyse d'ensemble des cas (inter-cas). Ici, nous présentons les grands résultats qui ressortent de l'analyse des données inter-cas. Le tableau ci-après reprend quelques verbatims de la vision du monde des patients sur le médecin et de la vision du monde du médecin sur chaque patient.

Cas étudiés	Visions du monde du patient sur le médecin	Visions du monde du médecin sur le patient
Cas 1	« La dame est très rassurante, elle donne des conseils, elle connaît bien son métier », (Homme, 34ans)	« Il a répondu à mes questions, voilà précisément pour moi ce que j'attends d'un patient... »
Cas 2	« Elle est compétente, elle est droite elle est naturelle » (Homme, 16ans)	« Tout va bien simplement je l'ai engueulé par ce qu'il n'a pas bien pris son traitement ... »
Cas 3	« Elle explique bien les choses, on a bien compris » (Femme, 39ans)	« Au départ c'était difficile, mais elle a compris finalement »
Cas 4	« Très gentille, très serviable, très douce », (Femme, 24ans)	« Il n'y a pas de rejet donc ça va. »
Cas 5	« Elle était accueillante, la conversation a été facile, les questions étaient assez précises, et puis elle explique facilement les choses » (Femme, 65ans)	« La dame est tout à fait posée. Donc il me semble qu'on travaille en bon intelligence. »
Cas 6	« Ce que j'ai vécu pendant cette rencontre-là est d'une extrême violence de me forcer à porter un masque alors que je ne veux pas. » (Femme, 64ans)	« Elle n'est pas psychologiquement bien mais cela n'influe pas sur notre relation puisqu'elle a accepté finalement ce que je lui disais. »
Cas 7	« Le docteur elle cherche à vraiment nous aider, c'est ça surtout », (Homme, 20ans)	« Il ne savait pas où il était je l'ai mis sur la voie il a compris je pense. »
Cas 8	« Elle est toujours au top, toujours le mot qu'il faut (...) est à l'écoute de ses patients. », (Femme, 52ans)	« C'est quelqu'un elle sait qu'elle peut compter sur moi, si jamais il y a un problème elle sait que je suis là que je vais l'aider »
Cas 9	« Le Dr est très à l'écoute, elle arrive quand même à trouver les bons traitements », (Homme, 48ans)	« Je n'ai pas senti de l'agressivité avec lui, c'est quelqu'un qui semble correct (...) Il n'est pas mal »
Cas 10	« Elle m'écoute beaucoup, elle prend mon avis en compte et elle conseille beaucoup », (Femme, 29ans)	« Je n'ai pas trouvé que c'était difficile, il ne m'a pas semblé qu'il avait de l'animosité, de l'hésitation »

Tableau 2 : Visions du monde : du patient sur le médecin & du médecin sur les patients :

3.1. Visions du monde des médecins et des patients : des attentes initiales aux comportements perçus

D'après les patients et le médecin, plusieurs expressions de visions de monde se sont dévoilées d'un côté comme de l'autre. Les interactions médecin-patient se déroulent sur des visions du monde différentes selon que l'on soit patient ou médecin. Mais une similitude s'observe au niveau des objets de visions du monde des acteurs. Ainsi pour chaque acteur, sa vision du monde sur lui-même, sur la relation médecin-patient, sur son interacteur et sur le contexte organisationnel sont identifiés. Les résultats montrent que dans la relation médecin-patient, des attentes initiales formées par l'un avant l'interaction médicale sont mises en confrontation aux perceptions faites des comportements de l'autre.

3.1.1. Des attentes initiales du médecin aux comportements perçus chez les patients

D'abord, le médecin, par respect à sa déontologie et à son serment, a exprimé dans notre cas une vision unique qui est la mise à disposition de soins aux patients. Ainsi, nous pouvons constater que le médecin fait état d'une vision du monde dans laquelle, son unique objectif est de fournir un service de soins à des personnes. Pour lui, un service de soin revient à questionner le patient, à être capable de poser le diagnostic, de proposer des traitements et enfin de prodiguer des conseils. Nous pouvons retenir cette affirmation de ses différents discours. Le médecin indiquait « *moi c'est une consultation normale que je fais, où je pose tas de questions et j'ai besoin que les gens me répondent ; ensuite, je teste et après je donne le diagnostic et des conseils, voilà* » [le médecin, cas 1, Femme, 61 ans]. Le médecin a montré donc qu'il s'occupait du cure et pas forcément du care. Dans les cas rares où il était important de prendre un peu plus soin (nécessité du care) du patient, on peut constater son désarroi et que la situation n'était pas forcément la bienvenue. Il évoquait dans ces situations que la relation « *était limite de force, il a fallu être ferme c'est une consultation qui est douloureuse, certes (...) c'était difficile, (...) mais je dirai elle en fait un peu de comédie en plus quand même* » [le médecin, cas 3, Femme, 61 ans]. Tout ceci pour montrer comment il était certainement embarrassé de faire au-delà du « cure ». Pour le médecin, il faut remarquer que sa vision relative à une interaction médicale est avant tout de diagnostiquer, de traiter et de conseiller. Cette vision du monde sur le patient va de pair avec des visions sur ses attentes initiales. Le médecin exprime le besoin d'adhésion parfaite de la part du patient. En guise d'attente initiale et par adhésion, le médecin, entend en l'occurrence dans un premier temps de bien répondre à ses questions et ensuite de suivre rigoureusement ses indications de traitement données. En reprenant son discours dans le cas 2 par exemple, il évoque qu'« *il faut que le patient prenne correctement son traitement sinon ça ne fonctionne pas* » [le médecin, cas 2, Femme, 61 ans]. Il faut noter enfin que chaque fois que le médecin percevait les comportements du patient comme de l'adhésion, sa vision de la relation résulte en une relation de confiance. On peut le remarquer ici, « *Ça se passe bien, la dame est tout à fait posée, donc il me semble qu'on travaille en bonne intelligence. (...) très bonne relation avec la patiente, une relation de confiance on va dire* » [Médecin, cas 5, Femme, 61 ans]. Il faut noter également que dans les cas où l'adhésion du patient était difficile et qu'il a fallu agir autrement, le médecin a évité d'exprimer l'existence d'une relation de confiance et s'est juste permis d'utiliser les expressions du genre : « *relation établie* », « *la confiance n'est pas altérée* » [Médecin, cas 6, cas 7, Femme, 61 ans]. Ainsi, parmi les 10 relations étudiées, le médecin s'est montré perplexe sur la nature de la relation dans trois cas.

3.1.2. Des attentes initiales des patients aux comportements perçus chez le médecin

Chez les patients, le même scénario se reproduit avec des visions du monde identifiées et composées entre autres de plusieurs critères également. Les visions du monde portant sur les attentes initiales, l'état psychologique, la réputation du médecin et l'ancienneté de la relation sont de principaux constituants entremêlés. Soit il s'agit d'ancienne relation médecin-patient et le patient carrément décontracté avec de bonnes intentions, s'inspire des expériences positives passées avec le médecin ou soit il est question d'une première rencontre où le stress et l'appréhension sont présents. Néanmoins quelles que soient ces deux visions du monde du patient, il faut remarquer qu'il accorde une grande priorité à ses attentes initiales. L'attente initiale la plus répandue relevée chez les patients est le besoin de s'informer et de comprendre sa maladie. Nous pouvons constater que la quasi-totalité des patients ont exprimé leur envie d'en apprendre davantage sur leur pathologie en rencontrant le médecin. C'est d'ailleurs ce qui déclenche réellement la rencontre. Comme le souligne un patient ici, « *je pense que l'essentiel pour moi est que le médecin nous explique bien les choses, réponds bien à nos questions, et*

qu'elle nous écoute » [Patient, cas 3, Femme, 39ans]. Le patient dans sa vision de s'informer sur sa maladie espère percevoir des comportements d'écoute et d'explications de la part du médecin. Comme ce patient qui martèle ses attentes « *oui, je vous l'ai déjà dit, le fait qu'il y a une prise en compte de la personne, qu'on puisse poser des questions (...), il y a des médecins pour qui on a l'impression qu'on n'est pas un individu mais un corps humain et qui n'expliquent pas* » [Patient, cas 5, Femme, 65 ans]. D'un autre côté, les attentes telles que la compétence du médecin et son professionnalisme intègrent les visions du monde des patients sur le médecin. Pendant la rencontre médicale, le patient fait attention aux comportements du médecin qui pourront être perçus comme des preuves de compétence et de professionnalisme. Ce patient exprime sa vision du monde sur le professionnalisme et la compétence du médecin. « *elle est compétente ... dès qu'il y a quelque chose elle le dit, dès qu'on tousse ou il y a quelque chose par exemple elle regarde et si ce n'est pas des allergies, elle va voir au-delà, (...) des fois on tousse dans un tuyau pour aller voir*» [Patient, cas 2, Homme, 16 ans]. Finalement à l'issue de ces confrontations et qu'il s'agit d'une nouvelle ou d'une ancienne relation, tous les patients ont déclaré être dans une relation de confiance dans tous les cas étudiés.

3.2. Visions du monde des médecins et des patients sur la relation de confiance

Un objet sur lequel les personnes interrogées ont exprimé également leur vision du monde est la relation de confiance. Les patients et les médecins ont après leur rencontre médicale dévoilé leur vision du monde sur la relation de confiance qui prévaut dans l'interaction vécue. Le tableau N°4 reprend les verbatims des patients répondants.

Cas étudiés	Visions du monde du patient sur la relation de confiance	Vision du monde du médecin sur la relation de confiance
Cas 1	« Bah oui j'ai complètement confiance inh, je pense elle connaît bien son métier »	« Bah oui tout à fait oui »
Cas 2	« Oui oui je pense être dans une relation de confiance »	« Je pense oui »
Cas 3	« Bien sûr je suis dans une relation de confiance avec le médecin. »	« Oui puisqu'elle a accepté à la fin ce que je lui disais. »
Cas 4	« Ah oui de toutes les façons je pense avoir confiance en elle (...) oui j'ai confiance et sur ça il n'y a pas de soucis »	« Une bonne relation honnête »
Cas 5	« Je suis dans une relation de confiance oui oui »	« Je pense oui que nous sommes dans une relation de confiance. Pour une première fois je pense que ça va, en plus elle connaissait mes enfants donc ça va. »
Cas 6	« C'est quelqu'un que j'ai recommandé à un ami et c'est quelqu'un en qui j'ai confiance. »	« Je pense qu'elle va faire ce que je lui demande aussi donc la confiance n'est pas altérée »
Cas 7	« Oui je pense être dans une relation de confiance. »	« La relation est établie chose qui n'était pas et que je ne pouvais pas dire il y a 1h et demi. »
Cas 8	« Ah oui bien franchement on peut se confier, on peut se confier facilement il n'y a pas de soucis oui oui »	« Je l'avais pris dans la confiance totale »
Cas 9	« Oui tout à fait là-dessus j'ai aucun problème, on peut se confier sur nos soucis »	« Il est pas mal et Je pense que c'est quelqu'un qui est confiant parce qu'il est amélioré. »
Cas 10	« Oui oui je suis dans une relation de confiance. »	« Je pense qu'il y a une relation de confiance oui mais est ce qu'on peut parler de confiance ? euh, oui »

Tableau N°3 : Visions du monde des répondants sur la relation de confiance

3.2.1. *La relation de confiance d'après les visions du monde des patients*

La principale remarque est que la totalité des patients questionnés nous a révélé être dans une relation de confiance. Cette vision du monde exprimée et perçue par les patients est motivée très souvent au travers des comportements rencontrés chez le médecin durant la rencontre. Ainsi, on peut constater que, lorsque les comportements du médecin sont perçus comme des réponses aux attentes initiales des patients, ces derniers déclarent être dans une relation de confiance. Ce patient qui entre autres exprimait ses besoins d'informations et d'écoute en termes d'attentes initiales nous le confirme « *Bien sûr je suis dans une relation de confiance avec le médecin parce qu'elle répond à mes questions, quand on lui demande...les choses qui se sont passées là même les crises d'allergies on lui a expliqué, elle nous a écouté elle nous a répondu, a montré des exemples, voilà elle nous a expliqué les choses quoi* ». [Patient, cas 3, Femme, 39 ans]. Nous pouvons également constater que l'ancienneté de la relation médecin-patient n'est pas forcément prise en compte dans la vision du monde du patient sur la relation de confiance qu'elle aurait vécue. Ce qui reste réellement déterminant est la concordance des comportements perçus chez le médecin avec les attentes initiales du patient. Par exemple ce patient qui rencontrait le médecin pour une première fois, a affirmé être dans une relation de confiance. « *Ah oui de toutes les façons je pense avoir confiance en elle parce qu'elle m'a mis très à l'aise, elle a répondu à toutes mes questions, elle m'a même tout expliqué, elle a été très douce avec la petite et tout ça c'est très important pour moi et oui oui j'ai confiance et sur ça il n'y a pas de soucis* ». [Patient, cas 4, Femme, 24 ans]. Par ailleurs, si l'ancienneté de la relation médecin-patient n'est pas le premier facteur intervenant dans la vision du monde du patient sur la relation de confiance, elle intervient néanmoins à titre complémentaire. Ainsi, lorsque la relation est révélée ancienne entre le médecin et le patient, ce dernier déclare l'existence d'une relation de confiance au motif de la concordance des comportements perçus chez le médecin avec ses attentes initiales mais également du recours à ses expériences positives antérieures. C'est le cas par exemple de ce patient qui évoque : « *Ah oui oui oui bien franchement on peut se confier, on peut se confier facilement il n'y a pas de soucis oui oui et je peux justifier parce que j'ai eu des gros soucis, des gros coups de cafard, et je me suis confié* » [Patient, cas 8, Femme, 52 ans]. Une classification des motifs inspirant les patients peut être déclinée. Les patients expriment leur vision du monde de la relation de confiance en fonction d'abord de l'adéquation des comportements du médecin face à leurs attentes initiales et ensuite en référence à la nature des expériences passées.

3.2.2. *La relation de confiance d'après les visions du monde du médecin*

Contrairement aux observations faites du côté des patients, le médecin a montré deux faces sur ses visions du monde de la relation de confiance. Dans certains cas, il a révélé très ouvertement et facilement l'existence d'une relation de confiance « *Bah oui tout à fait oui* » [Médecin, cas 1, Femme, 61 ans] et dans d'autres cas sa déclaration était beaucoup plus ambiguë « *Une bonne relation honnête* » [Médecin, cas 4, Femme, 61 ans]. Dans le cas d'une première rencontre ou d'une relation médecin-patient très récente, il est remarqué que le médecin n'exprime pas systématiquement de façon très ouverte sa vision de monde faisant état d'une relation de confiance. Nous pouvons le constater ici, quand il s'exprime avec une certaine réticence sans vouloir affirmer d'office l'existence d'une relation de confiance « *La relation est établie chose qui n'était pas et que je ne pouvais pas dire il y a 1heure et demie, il était rejetant.* » [Médecin, cas 7, Femme, 61 ans]. Il faut retenir que le médecin adopte une position beaucoup plus réservée et prudente. La même sensation s'est fait remarquer dans le cas 10 où la relation entre ce patient et le médecin était ancienne de 6 mois. Le médecin déclarait « *Je pense qu'il y a une relation de confiance oui mais est ce qu'on peut parler de confiance ? euh, oui* » [Médecin, cas 10,

Femme, 61 ans]. En réalité, le médecin observe sa prudence dans l'expression d'une relation de confiance soit lorsqu'il est question d'une relation nouvelle ou récente, soit quand il s'agit d'une relation dans laquelle les comportements perçus chez le patient ne sont pas entièrement conformes à ses attentes initiales. Chaque fois que le médecin exprime des comportements pas totalement conformes à ses attentes, sa vision du monde de la relation de confiance est couverte de retenue ou de réticence. Sur le cas 6 par exemple le médecin contournait l'expression ouverte d'une relation de confiance en évoquant : « *Je pense qu'elle va faire ce que je lui demande aussi donc la confiance n'est pas altérée* » [Médecin, cas 6, Femme, 61 ans]. Dans ce cas, pour le médecin, cette déclaration non ouverte de l'existence d'une relation de confiance fait suite aux comportements perçus de ce patient 6 qui n'étaient pas forcément en concordance avec ses attentes initiales. Selon le médecin, c'est un patient qui n'a plus certainement ses facultés psychologiques « *je vous le dis, je ne l'ai pas senti et on approche de la dépression là* » [Médecin, cas 6, Femme, 61 ans]. Ensuite ce patient fait preuve d'un comportement perçu inattendu du médecin : « *Mettez un masque elle dit non, vous devez le mettre et puis elle a commencé par me parler de M. Raoult je lui ai dit non je ne suis pas dans cette polémique (...)* » [Médecin, cas 6, Femme, 61 ans]. Finalement, nous constatons que le patient a dû se conformer aux exigences du médecin mais en laissant transparaître pour le médecin un état perplexe sur la vision du monde de la relation de confiance avec ce patient.

3.3. Des visions du monde des patients et des médecins sur le contexte organisationnel

Avec le même médecin, les cas ont été étudiés pour certains à l'hôpital public et d'autres au cabinet privé. Ainsi un autre objet sur lequel ressortait les visions du monde des acteurs est le contexte organisationnel.

3.3.1. Des visions du monde des patients sur le contexte organisationnel

Pour vérifier et comprendre une probable intervention du contexte organisationnel sur la relation médecin-patient, nous avons inséré dans notre guide d'entretien destiné aux patients deux questions centrées sur cet aspect que sont : « A l'issue de cette expérience, Allez-vous reprendre rendez-vous avec le même médecin les fois prochaines ? Et préféreriez-vous le rencontrer ici ou dans un autre établissement de santé ? ». A partir des réponses à ces questions, nous identifions et analysons les visions du monde des patients sur le cadre organisationnel de la relation de confiance médecin-patient (Tableau 2).

Le tableau ci-après récapitule les visions du monde des patients sur le contexte organisationnel.

Cas étudiés	Contexte organisationnel	Verbatims
Patient du cas 1	Hôpital	« <i>Oui je reprendrai rendez-vous avec elle et je peux aller ailleurs du moment où c'est la dame pour moi il n'y a pas de problème</i> »
Patient du cas 2	Hôpital	« <i>Je pense que je suivrai le médecin si ce n'est pas trop loin afin de continuer les rendez-vous et ne pas avoir à changer de médecin</i> »
Patient du cas 3	Hôpital	« <i>J'avoue que si c'est dans le sud non je n'irai pas mais si ça reste à côté dans les environs, dans les alentours d'une heure ou deux oui je suis capable d'y aller pour que ce soit elle qui continue de suivre ma fille</i> »
Patient du cas 4	Hôpital	« <i>Ah oui, je reprendrai rendez-vous avec elle même si elle n'est pas dans cet hôpital je prendrai rdv avec elle où elle sera, et j'irai même si c'est à [X], je me déplacerai sur[X], moi quand j'ai un feeling avec un médecin je reste avec le médecin.</i> »

Patient du cas 5	Hôpital	« Ça ne me gêne pas de la rencontrer dans un autre établissement de santé. Du moment où elle me prend en charge et elle me soigne de la même manière »
Patient du cas 6	Cabinet privé	« Non non ici c'est très bien. Je n'ai pas envie d'aller à l'hôpital moi. Il y a des gens malades là-bas, moi je ne suis pas malade, de toutes façons si vous voulez milieu hospitalier je ne veux pas avoir un rendez-vous là-bas, les structures hospitalières, l'hôpital ça m'angoisse. J'ai appelé il y a une semaine j'ai toute suite un rendez-vous, je passe par l'hôpital j'aurai un rdv dans je ne sais pas combien de temps. Non non je suis bien ici Regardez nous sommes dans un jardin et tout ça. Je vais à l'hôpital j'en aurai pour la journée et je verrai des blouses blanches et des machins, ils vont me piquer eh non non. De toute façon la consultation elle m'est remboursée donc je ne vois pas de problème. Pour moi tout va bien ici la vie est belle »
Patient du cas 7	Cabinet privé	« Non ici c'est bien, il y a un jardin, on rentre ça fait pas hôpital si vous voulez ça fait plus joyeux, c'est chaleureux »
Patient du cas 8	Cabinet privé	« Après si elle va ailleurs oui, mais j'ai déjà eu des soucis et elle m'a pris en catastrophe et sur ses jours de repos, Elle m'a rappelé toute suite que mes résultats n'étaient pas bons et qu'il faut qu'elle me voie. Donc elle m'a pris un jour de repos. Si demain elle fait des consultations à l'hôpital et qu'il faut aller la voir là-bas euh j'irai la voir »
Patient du cas 9	Cabinet privé	« Après si c'est ailleurs il faudrait y aller peut-être une fois pour voir et faire la comparaison. Sinon après je préfère rester ici, le Dr me connaît déjà et on a une habitude, c'est mieux quand même »
Patient du cas 10	Cabinet privé	« Ah oui je prendrai rendez-vous avec elle prochainement et oui si je dois aller ailleurs pour la voir j'irai. Vous savez c'est le médecin qui fait tout ce n'est pas l'environnement. »

Tableau N°4 : Patients : Influence du contexte organisationnel sur la relation de confiance médecin-patient

Les visions du monde recueillies chez les patients éclairent le rôle du contexte organisationnel sur cette interaction médecin-patient. Dans un premier temps, nous pouvons remarquer que la totalité des patients rencontrés à l'hôpital ont déclaré que le cadre organisationnel n'avait aucune influence sur leur relation avec le médecin. Ils sont tous disposés à rencontrer leur médecin n'importe où, quel que soit le lieu d'exercice du soin et laissant entrevoir ainsi leur indifférence au facteur organisationnel. Pour ces patients des cas 1 à 5, la relation médecin-patient est centrée uniquement sur le lien avec le médecin sans prise en compte de l'établissement de santé comme l'exprime ici l'un des répondants. « Ça ne me gêne pas de la rencontrer dans un autre établissement de santé. Du moment où elle me prend en charge et elle me soigne de la même manière » [Patient, cas 5, Femme, 65 ans].

Cependant, dans un second temps, deux patients interviewés en cabinet privé ont avec affirmation associé le facteur contexte organisationnel à la relation qui les lie avec le médecin. Pour eux, le contexte organisationnel joue un rôle sur leur relation avec le médecin. Il n'est pas question de rencontrer le médecin ailleurs en dehors du cadre du cabinet médical habituel car il s'agit de limiter les risques d'angoisse, de stress et surtout du long délai d'obtention de rendez-vous. Le patient du cas 6 s'exprime ici : « Non non ici c'est très bien. Je n'ai pas envie d'aller à l'hôpital moi. Il y a des gens malades là-bas, moi je ne suis pas malade, de toutes façons si vous voulez milieu hospitalier je ne veux pas avoir un rendez-vous là-bas, les structures hospitalières, l'hôpital ça m'angoisse. J'ai appelé il y a une semaine j'ai toute suite un rendez-vous, je passe par l'hôpital j'aurai un rendez-vous dans je ne sais pas combien de temps. Non non je suis bien ici Regardez nous sommes dans un jardin et tout ça. Je vais à l'hôpital j'en aurai pour la journée et je verrai des blouses blanches et des machins, ils vont me piquer eh non non. De toute façon la consultation elle m'est remboursée donc je ne vois pas de problème.

Pour moi tout va bien ici la vie est belle » [Patient, cas 6, Femme, 64 ans]. Ensuite deux autres patients (cas 8 et 9) ont évoqué la possibilité de rencontrer le médecin dans un autre cadre différent du cabinet privé mais uniquement dans des situations occasionnelles ou d'extrême urgence. Comme l'indique ici ce patient, « *Après si c'est ailleurs il faudrait y aller peut-être une fois pour voir et faire la comparaison. Sinon après je préfère rester ici, le Dr me connaît déjà et on a une habitude, c'est mieux quand même* » [Patient, cas 9, Homme, 48 ans]. Notons toutes fois, la présence d'un seul cas de patient (Patient cas 10) rencontré en contexte privé qui a exprimé ne pas être influencé par le contexte organisationnel rejoignant ainsi l'avis de ceux interrogés à l'hôpital.

3.3.2. Des visions du monde du médecin sur le contexte organisationnel

Du côté du médecin, la déontologie lui recommandant de faire preuve d'une éthique professionnelle dispensant tout comportement discriminatoire, nous ne lui avons pas adressé cette question directement. Alors afin de mesurer cette influence du contexte organisationnel du côté du médecin, nous nous sommes contentés d'analyser les observations renseignées sur notre carnet de bord de suivi de cas. Le premier constat révèle que la durée des échanges entre médecin et patient apparaissait plus longue au cabinet privé comparativement à celle de l'hôpital. Nous observons également au cabinet privé le cas 8, qui ressort comme ayant la plus grande ancienneté de relation soit 22 ans. De plus, contrairement à l'hôpital public où nous observons deux nouvelles relations qui s'instauraient (notamment les cas 4 et 5), nous ne constatons aucune nouvelle relation sur les 5 cas étudiés au cabinet privé. Il s'agissait uniquement de relations anciennes [Cas 6, 3ans ; Cas 7, 5mois ; Cas 8, 22ans ; Cas 9, 1an ; Cas 10, 6mois]. Avec ces observations, le cabinet privé semble beaucoup plus favorable au développement des relations présentant les liens affectifs.

4. Discussion

Les résultats de notre étude rendent compte des visions du monde activées dans la relation médecin-patient au sein de deux contextes organisationnels différents mais comportent également des limites notamment le fait que sur les dix cas étudiés, aucun n'apparaissait avec la perception d'une relation purement dégradée. Cette situation pourrait ouvrir sur différentes discussions et perspectives de recherche. La portée de notre travail reste donc exploratoire.

4.1. La relation de confiance médecin-patient : une perception forgée par les visions du monde

A l'issue des séquences de communications considérées entre médecin et patient, certains répondants révèlent l'existence d'une relation de confiance parfaitement établie et d'autres une relation de confiance non dégradée. Nous retenons en général que la correspondance des attentes initiales de l'un avec les comportements perçus chez l'autre déclenche réciproquement la vision d'être dans une relation de confiance. De plus, la bienveillance, la compétence et l'intégrité qui sont des déterminants de la confiance (Mayer et al., 1995) peuvent se retrouver dans les comportements identifiés perçus par les patients vis à vis du médecin. Par ailleurs, contrairement aux résultats de Petrocchi et al., (2019) qui stipulent que, si un médecin déclare une confiance élevée envers un patient particulier, le patient déclare à son tour une confiance tout aussi élevée, il apparaît dans notre étude trois cas où un patient déclare vivre une relation de confiance avec son médecin pendant que le médecin de son côté partage une relation perplexe. Très souvent, soit il s'agit d'un cas où le médecin perçoit un comportement non attendu initialement chez le patient, soit il s'agit d'une nouvelle relation où le médecin connaît très peu le patient. Cependant dans aucun des cas, le médecin n'a fait état d'une relation de

confiance purement dégradée ou de comportements déviants de la part de ces patients. Cette perplexité observée chez le médecin dans certains cas peut être qualifiée d'un manque de confiance envers le patient. Puisqu'elle ne laisse pas transparaître la sérénité que l'on reconnaît à la confiance (Karsenty, 2011), n'est-elle pas assimilable à la notion de méfiance ? Quand on sait que Marsh et Dibben (2005) décrivent la méfiance comme étant une confiance mal placée. Une méfiance qui va en effet « de la peur, du doute, du soupçon, voire de la paranoïa d'un côté, mais également de la suspicion, de la prudence, de la ruse et de la vigilance de l'autre : elle a partie liée avec à la fois des émotions et des stratégies, des sentiments et des actions » (Allard et al., 2016, p.8). Le médecin ferait peut-être face à une situation de méfiance vis-à-vis des patients dans ces cas précis tout en mettant en œuvre des stratégies afin de maintenir une relation capable de redevenir une relation de confiance. Finalement, ces résultats montrent le caractère dynamique de la confiance qui peut brusquement, en raison d'un événement, faire apparaître de la méfiance (Hennequin, 2020). Ce constat pourrait confirmer la subjectivité de la notion de confiance et sa compréhension par la détermination des visions du monde des interacteurs. Nous faisons ainsi une proposition de recherche qui est la suivante :

Proposition de recherche 1 : Dans la relation médecin-patient, la concordance entre les attentes initiales de l'un et le comportement perçu de l'autre influence positivement leur vision du monde respective de la relation de confiance.

4.2. Des visions du monde à la dynamique interactionnelle ou inversement ?

Dans les trois cas où le médecin manifestait une certaine méfiance sur sa vision de la relation de confiance, il accompagnait la situation d'une gestion stratégique afin de maintenir néanmoins une relation médecin-patient vivable. Alors, il apparaît intéressant de comprendre comment une relation avec une part de méfiance puisse exister et évoluer. L'approche systémique de Palo alto semble nous éclairer à ce sujet notamment à travers la propriété d'*homéostasie* des systèmes, qui permet à une interaction de réduire les variations qu'elle connaît et d'être capable de se maintenir en équilibre et en survie (Watzlawick, 1972). En d'autres termes, la méfiance qui animait le médecin dans certains cas étudiés sont des variations que connaît le système médecin-patient étudié, mais lesquelles variations n'entravent pas le maintien et la survie des interactions. Par ailleurs, dans les sept autres cas, malgré la singularité et les conditions initiales différentes de chaque cas, médecin et patients ont observé une vision du monde identique sur la relation de confiance. En d'autres termes, les différences en termes d'ancienneté de la relation, de contexte organisationnel et d'attentes initiales, n'ont pas empêché la même perception de relation de confiance par les acteurs dans plusieurs cas. Cette situation semble correspondre à la propriété d'*équifinalité* des systèmes de l'approche de Palo alto qui admet que des conditions initiales différentes peuvent donner lieu à un même résultat final et vice versa (Watzlawick, 1972). Partant du postulat selon lequel sans étudier ces interactions, chacune dans sa globalité et à un moment précis, les résultats obtenus pourront différer, l'interaction médecin-patient semble présenter de fortes similitudes avec la propriété de *totalité* de l'approche systémique de Palo alto. D'après ces similitudes, la relation médecin-patient semble bien correspondre à un système interactionnel dans lequel les trois propriétés des systèmes sont présentes (totalité, homéostasie, équifinalité) (Bertalanffy, 2012 ; Brasseur, 2012). L'approche systémique de Palo alto, loin d'être typiquement holistique constitue un intermédiaire qui aborde conjointement les éléments d'un système et l'environnement dans lequel ils se trouvent, les uns interagissant avec l'autre pour construire une réalité (Parmentier, 2009). Des questions de recherche s'en découlent pour des recherches futures.

Question de recherche 1a : Dans la relation médecin-patient, les visions du monde ne sont-elles pas des éléments de détermination de la dynamique interactionnelle en cours entre médecin et patient ?

Question de recherche 1b : La dynamique interactionnelle développée dans une relation médecin-patient a-t-elle une influence sur les visions du monde des médecins et des patients ?

4.3. *La relation de confiance médecin-patient : rôle de l'établissement de santé dans les visions du monde*

Dorr Goold et Lipkin (1999), rappelaient qu'il serait intéressant de considérer les aspects organisationnels dans les relations médecins-patients. Notre étude explore également le rôle des visions du monde des interacteurs sur le contexte organisationnel de l'établissement de santé. A ce jeu de différences des cadres organisationnels auquel s'est livré le dispositif de recherche empirique, le contexte organisationnel de l'établissement de santé montre son intérêt dans le processus de détermination de la vision du monde des répondants sur la relation de confiance. Malgré les limites liées à la comparaison de deux contextes organisationnels de taille disproportionnée (hôpital public et cabinet privé), les patients du cabinet privé parviennent à déclarer le rôle du contexte organisationnel lié à l'établissement de santé dans la formation de leur vision du monde de la relation de confiance contrairement aux patients de l'hôpital public pour qui le contexte organisationnel de l'hôpital public n'a pas d'influence sur la relation de confiance. Chez le médecin, les observations enregistrées sur notre carnet de bord de suivi de cas renseignent sur des critères relatifs à la durée des échanges dans l'interaction et l'absence de nouvelle relation dans le cabinet privé. Considérant que le contexte organisationnel est « un construit qui se dégage des représentations collectives et partagées des acteurs, selon deux champs d'investigation bien repérés dans la littérature managériale : la culture et le climat » (Sibé et al., 2012, p.494), les hôpitaux publics n'interviendraient-ils pas dans la construction des visions du monde des patients sur la relation de confiance dans l'interaction médecin-patient ? Dans la littérature sur le management hospitalier, les travaux sur les « Magnet Hospitals » identifiant les environnements internes qui sont favorables à la pratique de soins, et dont les conséquences sont bénéfiques à la fois pour les soignants, les patients et même l'établissement de santé (Aiken et al., 2000), pourrait nous éclairer davantage sur cette influence du contexte organisationnel sur la vision du monde des interacteurs de la relation médecin-patient. De ce fait, nous avançons la proposition de recherche et la question de recherche suivantes :

Proposition de recherche 2 : En cabinet privé, le contexte organisationnel influence positivement la vision du monde des patients sur la relation de confiance entre médecin-patient.

Question de recherche 2 : Ne serait-il pas intéressant de transposer cette étude en comparant la relation médecin-patient au sein de deux contextes organisationnels de même taille (hôpital public vs hôpital privé) ?

4.4. *Implications managériales*

Les résultats de notre recherche peuvent permettre d'enrichir les réflexions managériales sur la dynamique de la confiance dans les relations médecins-patients en sensibilisant les établissements de santé en vue de l'amélioration de la qualité des prestations de soins fournies. A partir du rôle identifié des visions du monde, nous les alertons concrètement de l'influence des comportements adoptés pendant l'interaction médecin-patient sur la perception qui découle de la relation de confiance. En effet, dans un but de satisfaire les patients, les médecins pourraient rester particulièrement attentifs aux différents comportements et réactions des uns et des autres lors de leurs interactions médicales. Du point de vue managérial, une démarche de sensibilisation à partir des dispositifs de formations peut être proposée aux acteurs. Comme

acteurs, il est question notamment des médecins, des managers et de tous les acteurs impliqués indirectement dans la relation médecin patient. En ayant une meilleure compréhension des attentes respectives et réciproques, il en découle une facilitation de la collaboration, une optimisation de la satisfaction des patients et une meilleure performance des prestations fournies par les établissements de santé.

CONCLUSION

Le dispositif d'étude empirique mis en place dans notre recherche a permis d'établir un diagnostic des visions du monde déclenchées ou activées par les médecins et les patients dans l'interaction médecin-patient. Du côté du patient, il est révélé les objets de visions du monde tels que : le patient lui-même, la personne du médecin, la relation de confiance, le contexte organisationnel. De l'autre côté, le médecin lui-même, la personne du patient, la relation de confiance et le contexte organisationnel sont les objets de visions du monde repérés chez le médecin. A partir de ces objets de visions du monde identifiés, nous avons constaté que la « relation de confiance » peut être définie comme une interaction de confiance mutuelle dans laquelle les actions de l'un correspondent aux attentes initiales de l'autre et réciproquement. Il ressort également que les visions du monde sur le contexte organisationnel de l'établissement de santé abritant la relation médecin-patient intervient dans la formation de la vision du monde de la relation de confiance. La relation médecin-patient pourrait être assimilée à un système interactionnel où la dynamique interactionnelle en cours détermine la nature de la relation de confiance. Notre étude invite donc à envisager une approche longitudinale de la relation médecin-patient aux fins de comprendre la dynamique de la confiance sur la durée. Des pistes de recherche sont ouvertes d'une part portant sur l'étude de la dynamique interactionnelle médecin-patient avec une approche systémique comme le dit Palo alto et d'autre part une étude entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés.

BIBLIOGRAPHIE

Aiken L. Havens D., Sloane D. (2000), The Magnet Nursing Recognition program: a comparison of two groups of magnet hospitals, *American Journal of Nursing*, vol.100, n°3, p.26-36.

Allard O., Carey M., Renault R. (2016), De l'art de se méfier, *Tracés*, vol.31, p.7-20.

Bateson G., Birdwhistell R., Goffman, Hall E. T., Jackson D., Schlegel A., Sigman S., Watzlawick P. (1981), *la nouvelle communication textes recueillis et présentés par Yves Winkin*, Paris, Seuil

Benoit D. (2018), La confiance : construction, déconstruction, reconstruction du concept ; description évaluation du phénomène, *Communication et Management*, vol.15, n°2, p.5-34.

Bergeron H. (2007), *Les transformations du « colloque singulier » médecin/patient : quelques perspectives sociologiques*, Colloque Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard, Chaire Santé de Sciences Po et Collectif Interassociatif sur la Santé, 1er mars.

Bertalanffy L.V. (2012), *Théorie générale des systèmes*, Dunod, Paris.

Bizouarn P. (2008), Le médecin, le malade et la confiance, *Éthique & santé*, vol.5, n°3, p.165-172.

- Brasseur M. (2012), Être chef malgré soi: Deux études de cas de mal-être des leaders. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, vol.45, n°45, p.151-160.
- Chandra S., Mohammadnezhad M., Ward P. (2018), Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review, *Journal of Healthcare Communications*, vol.3, n°3, p.36
- Dang B. N., Westbrook R. A., Njue S. M., Giordano T. P. (2017), Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study, *BMC Medical Education*, vol.17, n°1, p.1-10.
- Dilthey W. (1946), *Théorie des Conceptions du monde (Essai d'une philosophie de la philosophie)*, trad. Sauzin, Paris, P.U.F.
- Dorr Goold S., Lipkin M Jr. (1999), The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies, *Journal of general internal medicine*, vol.14, n°1, p.26-33.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1992), Four models of the physician-patient relationship. *JAMA, Research Library*, vol. 267, n°16, p.2221-2226.
- Giordano Y. (2003), « Chapitre 1 - Les spécificités des recherches qualitatives », in GIORDANO Y., Coord., *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*, Editions EMS, Coll. Management & Société, p.11-25.
- Haberey-Knuessi V., Obertelli, P. (2017), La relation soignant-malade face au risque de la confiance, *Sociologies pratiques*, vol.2, n°2, p.107-117.
- Harbishettar V., Krishna K. R., Srinivasa P., Gowda M. (2019), The enigma of doctor-patient relationship, *Indian journal of psychiatry*, vol.61, n° 4, p.s776
- Heyndels R. (1974), Vision du monde et réification: Reflexion sur la sociologie de la littérature de Lucien Goldmann, *Revue de l'Institut de sociologie*, vol.4, p.593-617.
- Hladly R. M. (2002), *La méthode des cas, Application à la recherche en gestion*, Bruxelles, DeBoeck Université.
- Karsenty L. (2011), Confiance interpersonnelle et communications de travail, *Le travail Humain*, vol.74, n°2, p.131-155.
- Karsenty L. (2015), How to Maintain Trust Relationships and Collectively Make Sense in a Crisis Situation ?, *Le travail Humain*, vol.78, n°2, p.141-164.
- Luhmann N. (1979), *Trust and power*, New York, John Wiley & Sons.
- Marsh S., Dibben M.R. (2005), Trust, untrust, distrust and mistrust—an exploration of the dark(er) side, *International conference on trust management*, Paris, p.17-33.
- Mayer R.C., Davis J.H., Schoorman F.D. (1995), An integrative model of organizational trust, *Academy of Management Review*, vol.20, n°3, p.709-734.
- Morgan D.E., Zeffane R. (2003), «Employee Involvement, Orgnaizational Change and Trust in Management», *International Journal of Human Resource Management*, vol.14,n°1, p.55-75.
- Morgan R.M., Hunt S.D. (1994), The commitment trust theory of relationship marketing, *Journal of Marketing*, vol.58, n°3, p.20-38.
- Parmentier C. (2009), L'approche systémique de Palo Alto: théories et perspectives pour la prévention des risques professionnels, Thèse de doctorat, Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS).

- Petrocchi S., Iannello P., Lecciso F., Levante A., Antonietti A., Schulz P. J. (2019), Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadi communication, *Social science & medicine*, vol.235, p.112391.
- Piaget J. 1964, *Six études de psychologie*, Paris, Éditions Gonthier.
- Pierron J. (2007), Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, vol.2, n°2, p.43-66.
- Sibé M., Domecq S., Kret M., Saillour-Glenisson, F. (2012), Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet©, *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol.7, n°7-8, p.491-508.
- Vannotti M. (2002), L 'empathie dans la relation médecin – patient, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, Vol.29, n°2, p.213-237.
- Vasseur A., Cabié M. (2005), La relation de confiance fondement de la résilience en psychiatrie, *Recherche en soins infirmiers*, vol.3, n°3, p.43-49.
- Watzlawick P. (1978), *La réalité de la réalité*, Paris, Seuil
- Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. (1972), *Une logique de la communication*, Paris, Seuil.
- Watzlawick P. (1990), *L'Invention de la réalité contribution au constructivisme*, Paris, Seuil.
- Wilk A.S., Platt J.E. (2016), Measuring physicians' trust: A scoping review with implications for public policy, *Social Science Medecine*, vol.165, p.75-81
- Witzezaele J.J., Garcia T. (2006), *A la recherche de l'école de Palo Alto*, Paris, Seuil.
- Zolesio E. (2012), La relation chirurgien-patient « J'ai pas fait parleuse », *Sciences sociales et santé*, vol.30, p.75-98.
- Zucker L. G. (1986), Production of trust : Institutional sources of economic structure 18401920, In *Research in Organizational behavior*, Staw B. M. et Cummings L. L., JAI Press, p.53-111.