

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Quelles techniques de communication d'influence pourraient être utilisées par  
les médecins généralistes ?

Une revue systématique de la littérature

Présentée et soutenue publiquement le 14 Septembre 2021 à 14h  
au Pôle Formation  
par **Benoît ARIAS**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Marc BAYEN**

**Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Monsieur le Docteur Michel CUNIN**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Michel CUNIN**



# **Avertissement**

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



## Liste des abréviations

BDSP	Banque de Données en Santé Publique
CISMeF	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CNV	Communication Non Violente
COREQ	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
HAL	Hyper Articles en Ligne
LISSA	Littérature Scientifique en Santé
MG	Médecin Généraliste
PNL	Programmation Neuro-Linguistique
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-
Analyses	
STROBE	STrengthening the Reporting of OBservational studies in
Epidemiology	
SUDOC	Système Universitaire de DOCumentation

# Table des matières

RESUME .....	8
INTRODUCTION.....	9
MATERIELS ET METHODES .....	11
I. Equations de recherche et bases de données .....	11
A. Démarches de la méthode .....	11
B. Recherche par banque de données .....	12
C. Recherche manuelle .....	14
II. Sélection des études .....	15
A. Critères d'inclusion .....	15
B. Critères d'exclusion .....	15
III. Analyse qualitative des données .....	15
RESULTATS .....	16
I. Sélection et description des références de cette revue systématique .....	16
A. Sélection des études et références .....	16
B. Degré d'accord entre les chercheurs .....	17
II. Importance de la communication dans la relation médecin patient.....	17
A. Réflexion sur la relation thérapeutique.....	17
1. Le contexte .....	17
2. La relation thérapeutique.....	19
B. Le concept de communication.....	19
C. La place de l'éthique et influence .....	20
III. Manipulation dans la communication .....	21
A. Concept de manipulation.....	21
B. La prise de décision et l'engagement.....	22
1. La prise de décision .....	22
2. Théorie de l'engagement.....	22
a) Engagement .....	22
b) Effet de gel et sentiment de liberté.....	23
c) Escalade d'engagement.....	23
C. Outils de communication .....	24
1. La Programmation neurolinguistique.....	24
2. L'écoute active .....	25
3. L'entretien motivationnel .....	25
4. L'effet pygmalion .....	26

D.	Mise en confiance et compréhension du patient .....	26
1.	L'utilisation de l'humour .....	26
2.	L'utilisation d'une conversation sociale .....	26
IV.	Autres techniques de communication d'influence .....	27
A.	L'amorçage.....	27
B.	Le pied dans la porte.....	27
C.	L'acquiescement répété .....	29
D.	La technique de la porte au nez .....	29
E.	Crainte et soulagement .....	30
F.	La technique d'étiquetage .....	30
G.	La technique du toucher.....	30
H.	Le <i>mirroring</i> ou isopraxisme .....	31
	DISCUSSION .....	32
	CONCLUSION.....	34
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	35

# RESUME

**Contexte** : L'alliance thérapeutique est primordiale dans la relation médecin-patient et est recherchée par le médecin généraliste en vue de valider ses objectifs de santé. L'observance thérapeutique du patient est essentielle pour parvenir à ses résultats. Les praticiens manquent de formation universitaire selon eux pour améliorer leur communication avec le patient, les perspectives étaient d'améliorer, de renforcer l'apprentissage de la communication verbale et non verbale.

**Méthode** : Une revue systématique de la littérature a été réalisée pour résumer les outils de communication et d'influence disponibles.

**Résultats** : La majorité des techniques n'ont pas été étudiées en médecine générale, mais en psychologie sociale. Pourtant, il existe de nombreuses techniques de communication d'influence et moyens d'analyse de communication. Théorie de l'engagement, programmation neurolinguistique, pied dans la porte, porte au nez, *mirroring*, etc.

**Conclusion** : De nombreuses techniques semblent efficaces sans être chronophages et pourraient être utilisées au cours de la consultation. Néanmoins, le manque d'études réalisées dans le domaine de la médecine générale nécessiterait d'autres explorations.



# INTRODUCTION

La médecine actuelle est de plus en plus confrontée à la prise en soins des maladies chroniques qui constitue un motif fréquent de consultations. La relation thérapeutique entre le médecin généraliste (MG) et le patient a une place fondamentale en médecine générale dans la bonne prise en soins des maladies chroniques. Ainsi on assiste à une transformation de ce colloque singulier, qui nécessite un accompagnement des soins plus important et dans la durée. Il est nécessaire de développer un vrai partenariat pour créer une relation de confiance durable avec le patient. Le MG devra alors améliorer ses compétences psychopédagogiques pour établir une relation plus humaniste avec le patient dans l'éducation thérapeutique.(1)

La communication est un élément central en pratique clinique et essentiel de la compétence en médecine générale. Elle est d'ailleurs dans la marguerite des compétences du DES de médecine générale (2)(3)(4). La communication permet au MG de pratiquer la médecine fondée sur les preuves avec une médecine centrée sur le patient.

Les médecins partagent l'idée que la communication est une matière qui serait négligée au cours de leur formation mais estiment aussi que paradoxalement, elle ne pourrait s'enseigner ; et plutôt s'apprendre seulement avec le temps.(5)

Une bonne communication semble pourtant pouvoir s'enseigner puisque de nombreuses écoles en France et à l'étranger proposent des enseignements dans ce domaine.

Néanmoins, il ne faut pas s'arrêter à l'interaction immédiate mais l'élargir à la relation à l'environnement , au climat instauré lors d'une consultation ; un climat de confiance étant notamment recherché. (6)

La manipulation est un outil puissant et efficace pour faire faire à quelqu'un quelque chose qu'il n'aurait pas réalisé par lui-même. Dans un contexte d'évolution de la notion de la prise de décision, notamment prise de décision partagée, il serait intéressant de valider l'accord du patient dans cette décision et qu'il ait l'impression que sa décision ait été prise par lui-même. Le consentement du patient responsable est toujours indispensable.(7)

Les décisions médicales partagées avec le patient ont un impact sur l'efficacité thérapeutique, sur l'anxiété des patients et plus généralement sur leur santé. Il a été

constaté qu'une interaction du patient avec les médecins dans des décisions médicales améliorent la prise des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients.(1) On trouve également que les médecins ayant participés à des programmes de développement professionnel continu en communication ont réussi à améliorer la prévention du cancer colorectal par rapport à des médecins qui n'y ont pas participé.(8)

La formation à la communication aux étudiants de médecine est nécessaire.(9) La question de recherche était : Quelles seraient les techniques de communication qui pourraient être utilisées en médecine générale ?

# MATERIELS ET METHODES

Une revue systématique de la littérature a été réalisée en se fondant sur les recommandations PRISMA-P (annexe ...) ainsi que sur la publication de la méthodologie des revues systématiques de Zaugg et al.(10).

Pour mener à bien cette revue systématique, deux chercheurs, l'auteur de la thèse et un co-chercheur Docteur L.K se sont fondés sur la pertinence des titres puis des résumés et enfin des contenus pour sélectionner les publications.

## I. Equations de recherche et bases de données

### A. Démarches de la méthode

En premier lieu, une liste de mots-clés, en cohérence avec l'objectif d'étude, a été sélectionnée pour la recherche documentaire .

Les mots-clés sélectionnés en langue française ont été :

- Technique de communication
- Engagement
- Influence
- Médecine générale
- Relation médecin-patient

Après une première recherche, afin de mieux cibler l'étude, il a été nécessaire d'associer aux équations de recherche d'autres mots-clés qui semblaient pertinents pour générer des équations de recherche plus en accord avec l'objet de notre étude.

Le thésaurus de référence MeSH a été utilisé pour permettre de traduire ces mots-clés en anglais et les utiliser dans les équations de recherche.

## **B. Recherche par banque de données**

La revue de littérature a été réalisée dans les bases de données internationales et françaises suivantes : Medline par l'intermédiaire de PUBMED et dans Cochrane database of systematic reviews par la Cochrane Library.

Les recherches ont également été menées à partir des moteurs de recherche :

- Du SUDoc,
- ScienceDirect,
- BDSP,
- Persée,
- Google Scholar,
- Erudit,
- Proquest Sociology Database,
- la Lissa,
- Psycinfo,
- Opengrey,
- CAIRN,
- HAL,
- CISMeF,
- Pédagogie Médicale,
- Exercer
- La Revue Du Praticien.

A l'aide de Google Scholar, de la littérature grise a été intégrée. La consultation des références bibliographiques des publications et études a permis d'enrichir les résultats de cette revue systématique.

Plusieurs équations de recherches ont été proposées dans les différents moteurs de recherche afin d'obtenir les résultats les plus significatifs. Plusieurs équations de recherche ont été utilisées dans chaque moteur de recherche et base de données. (Tableau 1)

Tableau 1 : Equation de recherche par base de données

Source de données	Equation de recherche
PUBMED	["relation medecin patient" OR [communication AND technique AND influence AND commitment AND manipulation AND medical] OR "foot in the door" OR "door in the face" OR "barnum effect" OR "pygmalion effect" OR "preference for consistency"]
COCHRANE LIBRARY	["relation médecin patient" OR communication AND technique AND influence AND commitment AND manipulation AND medical OR "foot in the door" OR "door in the face" OR "barnum effect" OR "pygmalion effect" OR "preference for consistency"]
SUDoc	[« (technique de communication) AND (médecine générale) » OR « foot in the door » OR « (technique de communication d'influence) AND (médecine générale) » OR « technique AND communication AND influence AND médecine » OR « soumission librement consentie » ]
BDSP	[« (techniques de communication) AND (médecine générale) AND (relation médecin malade) » OR « (communication) AND (médecine générale) AND (relation médecin malade) » OR « (techniques de communication) AND (médecine générale) » OR « (techniques de communication d'influence) » ]
Lissa	[« contrôle du comportement » OR « Manipulation » OR « communication d'influence »]

Psyinfo	[ « (technique de communication) AND (médecine générale) » OR « technique de communication » ]
Opengrey	[ « (technique de communication) AND (medecine generale) » OR « ((technique de communication) OR (manipulation)) AND (medecine generale) » OR « communication AND medecin AND malade » ]
Psychologie médicale	[ « (Technique+de+communication)+AND+(medecine+generale) » ]
Exercer	[ « technique de communication » ]
Revue du praticien	[ « communication engagement » OR « pied dans la porte » OR « porte au nez » OR « labeling » OR « étiquetage » ]
Proquest sociologie	[ « (techniques de communication) AND (médecine générale) » OR « commitment theory » ]
Erudit	[ « communication medecin » ]

### C. Recherche manuelle

A travers leurs titres et résumés, des études traitant de la communication et des techniques d'influence ont été sélectionnées par l'intermédiaire de moteurs de recherche : Google Scholar, SUDoc, BDSP, CAIRN, HAL, EM Premium, ScienceDirect.

## **II. Sélection des études**

Les études trouvées par la recherche par banque de données et par la recherche manuelle ont permis de fournir une liste de publications qui a été sélectionnée en premier lieu par leur titre puis par leur résumé et enfin par leur texte intégral.

### **A. Critères d'inclusion**

Les études incluses devaient être rédigées en langue française ou anglaise.

Les articles devaient être publiés entre 1945 et 2020. La période est très large, la première recherche donnant peu d'éléments contributifs entre 2000 et 2020.

Les critères principaux d'éligibilité devaient être trouvés dans le résumé ou le titre de l'étude : Etudes sur les techniques de communication, leur efficacité, sur les moyens de les améliorer.

La population comprenait des patients influencés ou personnes influencées.

Il n'y a pas eu de restriction concernant le type d'étude incluse.

Tous les travaux expliquant ou favorisant la compréhension des techniques de communication d'influence, ont été intégrés.

### **B. Critères d'exclusion**

Les articles ne répondant pas aux critères d'inclusion sont exclus.

Les articles ou études ne présentant pas de résumé disponible.

Les doublons ont été exclus.

## **III. Analyse qualitative des données**

Plusieurs échelles ont été utilisées afin de définir le niveau de qualité des études sélectionnées. Pour les recherches qualitatives, les lignes directrices COREQ ont été utilisées. Pour les études descriptives, les critères STROBE ont été utilisés. Pour les synthèses de recherches qualitatives, les critères ENTREQ ont été utilisés.

# RESULTATS

## I. Sélection et description des références de cette revue systématique

### A. Sélection des études et références

Les recherches bibliographiques ont été réalisées du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 30 septembre 2020.

La procédure de sélection des références et études est résumée dans les deux diagrammes de flux PRISMA (figure 1 et figure 2). Les diagrammes correspondent à la sélection des études et références réalisée par l'auteur et celle du co-chercheur jusqu'à la sélection des études sélectionnées après consensus sur les accords et désaccords de chacun des chercheurs. Cent références ont donc finalement été incluses.

Figure 1 : Diagramme de flux PRISMA de l'auteur

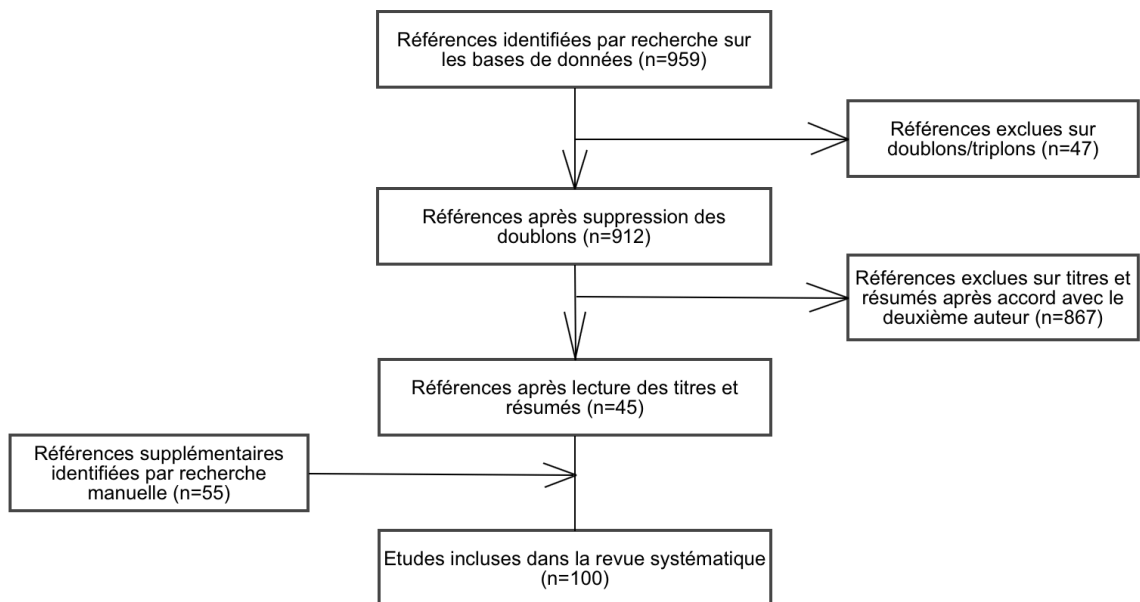
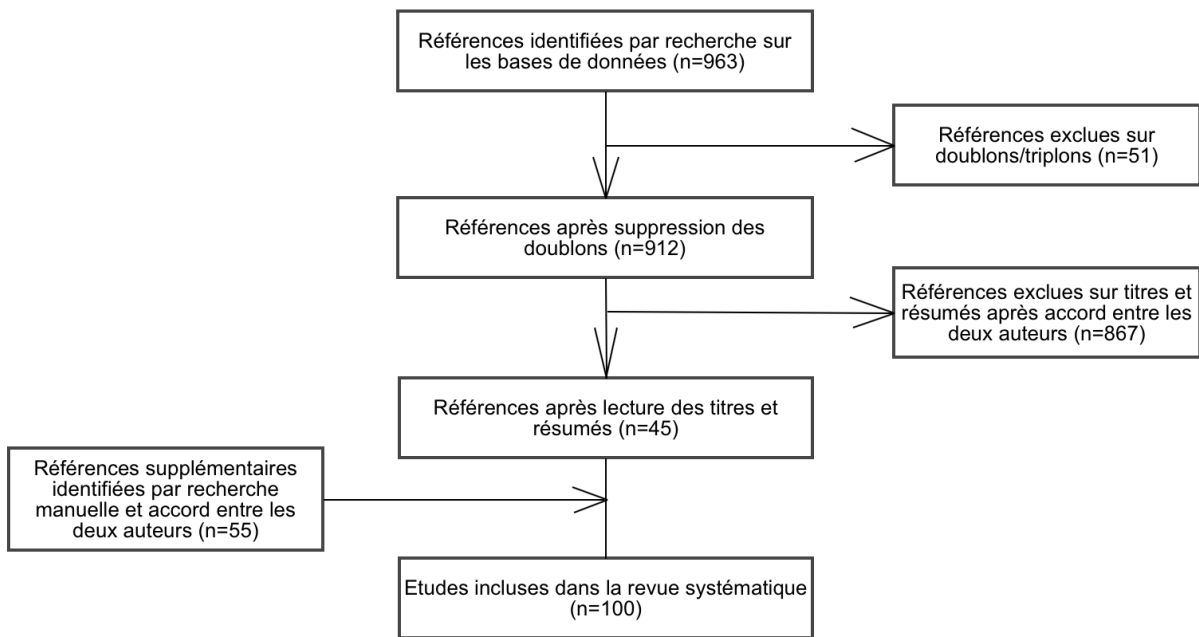




Figure 2 : Diagramme de flux PRISMA du co-chercheur



## B. Degré d'accord entre les chercheurs

Le calcul du coefficient kappa de Cohen a été calculé afin d'évaluer la concordance entre les deux chercheurs pour la sélection des études et références : le Kappa est égal à 0,75. L'accord est considéré comme fort concernant cette étape de sélection.

## II. Importance de la communication dans la relation médecin patient

### A. Réflexion sur la relation thérapeutique

#### 1. Le contexte

Depuis Hippocrate, la relation médecin-patient est passée d'un système paternaliste à un système d'autonomie.

Le modèle paternaliste dominait en médecine. Ce modèle se fondait sur trois postulats : l'ignorance, la notion de pouvoir des soignants, et la soumission des malades face à l'autorité médicale. La relation médecin-patient était présentée comme un colloque singulier avec une relation asymétrique reposant sur l'empathie. Le malade demandeur était en position de soumission, passif. Le médecin était lui détenteur du savoir et du pouvoir de guérir le corps du patient.(11)

La communication était majoritairement unilatérale avec une information descendante. Puis est intervenu un rééquilibrage de la relation suite à une évolution des mentalités, la démocratisation des études supérieures, le développement d'Internet permettant aux patients de s'informer sur leur santé. Les patients deviennent alors acteurs du système de soins. Ils participent à une alliance thérapeutique. La relation reste tout de même très dépendante car le patient est une personne en souffrance et en doute face au médecin qui, lui, détient l'expertise et le pouvoir de prescription.

La loi du 4 mars 2002 affirme les droits des malades, comme le droit à l'information, le consentement éclairé, la notion d'autonomie du patient.

De nos jours, il est possible pour le patient de devenir patient expert et de se former avec un diplôme universitaire d'éducation thérapeutique qui est ouvert à 30% aux patients. Un autre diplôme universitaire a été créé sur la relation patient professionnel de santé.(12) L'information médicale est désormais bidirectionnelle avec des patients qui vont alors se trouver en situation de former parfois des étudiants en médecine.

La décision pour le patient est donc, désormais, prise d'un commun accord au cours d'une délibération consensuelle pour aboutir au modèle de la décision partagée.

Depuis quelques années, s'installe la notion de participation citoyenne aux politiques de santé aussi appelée la démocratie sanitaire qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé, patients et professionnels de santé, pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé.(13)

## 2. La relation thérapeutique

Ce dialogue est une discussion entre deux voire plusieurs personnes, ayant pour finalité de parvenir à un compromis pour apporter des soins à l'une d'elles.

### B. Le concept de communication

La communication est essentielle, elle permet de déplacer des messages depuis un émetteur vers un récepteur facilitant un partage d'information.

Une bonne communication nécessite des connaissances et compétences au niveau linguistique.

C'est un échange qui permet d'établir des interactions entre des personnes se fondant sur un accord partagé des représentations et normes sociales.

Le concept de communication a été décrit par le modèle de Jakobson en 1963 décrivant six pôles. Un pour l'émetteur, un pour le récepteur laissant une place entre les deux pour le message. Ce message interagit également avec trois autres pôles : le référent, le canal et le code.(14)

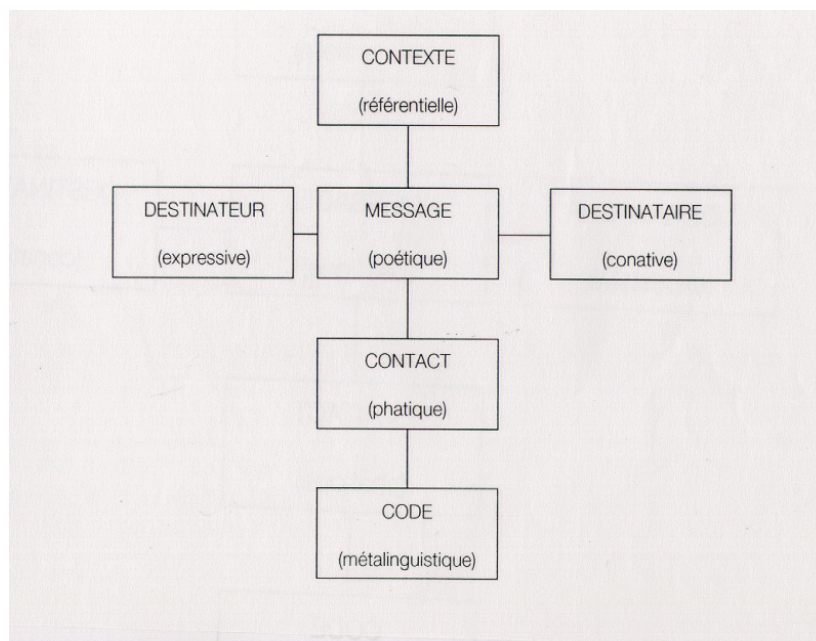


Figure 1 : les modèles de communication verbale, d'après JAKOBSON 1969

La connaissance dans la communication médecin-patient permet d'améliorer l'adhésion thérapeutique(15), la satisfaction du patient et une meilleure évolution des maladies chroniques(16). L'arrêté du 8 avril 2013 décrit les objectifs à acquérir en fin de 2<sup>ème</sup> cycle, et notamment être communicateur.(17)

Des travaux ont permis d'identifier les facteurs-clefs de l'enseignement et d'une communication professionnelle efficace dans le domaine de la santé.(5)

### **C. La place de l'éthique et influence**

L'influence correspond à l'action qu'une personne ou une chose exerce sur une autre.

La place de l'influence est importante dans le monde de la médecine générale. Le médecin est un prescripteur influenceur(18), mais aussi un influençable et un influencé.(19)(20)(21)

L'arrêté du 8 avril 2013 décrit les objectifs à acquérir en fin de 2<sup>ème</sup> cycle notamment être responsable au niveau éthique et déontologique.(17)

L'éthique médicale n'est pas uniquement une réflexion, c'est aussi une recherche de la meilleure décision possible.(22) Elle repose sur quatre principes éthiques : le principe d'autonomie, le principe de bienfaisance, le principe de non malfaisance, le principe de justice ou d'équité.(23)

C'est l'intention qui permet de différencier influence et manipulation.(24)

Le terme de manipulation sera évoqué si les techniques utilisées ont pour objectif le contrôle ou la relation à autrui.

Si l'intention du destinateur est de faire progresser autrui ou la relation à autrui, on parlera d'influence.

On trouve ici l'importance du principe de bienfaisance qui est primordial dans l'éthique médicale. Parallèlement à cela, divers domaines comme la politique, la publicité, la vente et le management utilisent de nombreux procédés de communication visant à influencer une

personne ou un groupe de personnes avec une éthique qui semble moins évidente.

### **III. Manipulation dans la communication**

#### **A. Concept de manipulation**

La manipulation est l'art d'obtenir d'une personne un acte ou un comportement qu'il n'aurait pas réalisé de lui-même spontanément. Il y a deux manières efficaces d'obtenir un comportement attendu de quelqu'un : l'exercice du pouvoir et la manipulation.(25)

Le concept de manipulation paraît innovant en pratique médicale, alors qu'il est déjà fortement étudié en psychologie sociale et d'autres disciplines depuis plusieurs décennies.

Il est possible de l'appliquer aux pratiques psychiatriques autant qu'en médecine générale.

La manipulation concerne tout échange entre deux personnes, comme venir à ses rendez-vous, prendre un traitement aigue ou chronique de manière adéquate, se sevrer d'une addiction, et d'autres.

Les patients parviendront à décider eux-mêmes de faire ce qu'auparavant il leur était imposé.

La manipulation a de nombreux avantages. Elle ne nécessite pas de bonnes qualités cognitives de la part du manipulé, et pourrait éviter la confrontation. Le processus de manipulation est le plus souvent ignoré de la personne manipulée et même du manipulateur, qui pourrait par mécanisme de rationalisation l'intégrer à son mode de fonctionnement par renforcement positif. Elle permettrait de diminuer l'énergie psychique personnelle dépensée tout en améliorant la satisfaction et le sentiment d'écoute du patient.(25)

Le manipulateur devrait veiller à garder une vigilance accrue à l'éthique de ses manipulations s'il intégrait ce mode de fonctionnement.

## **B. La prise de décision et l'engagement**

### **1. La prise de décision**

Une très bonne manière de faire croître la probabilité de voir quelqu'un agir dans le sens que l'on souhaite consiste à obtenir de sa part la décision d'agir dans ce même sens. Un bon moyen de changement efficace des comportements futurs est la prise de décision. Comme dans l'étude de Lewin en 1947 qui parle de « levier efficace ».(26) Les décisions prises par nous-même mais également celles que l'on réussit à nous faire prendre alors qu'elle n'aurait pas été prises par nous-même, permettent un engagement.

Cette prise de décision peut être prédite quelques secondes à l'avance avant même des signes extérieurs de décision. Il existe des traces préexistantes de pensées et le cerveau opte pour « la trace » la plus forte pour prendre la décision.(27) Si ces traces préexistantes correspondent à l'un de ses choix, le cerveau va probablement choisir cette alternative.

### **2. Théorie de l'engagement**

La théorie de l'engagement signifie que si vous avez réussi à obtenir un comportement de la part d'une personne, ce comportement l'engagera, ce qui va modifier son attitude dans le temps et renforcer ses futurs comportements dans le sens du comportement réalisé.(28)

#### ***a) Engagement***

L'engagement se définit comme étant le lien qui unit la personne à ses actes.(29) La personne est engagée par ses actes à des degrés divers et non par ses idées. La théorie de l'engagement selon Kiesler met en évidence les actes préparatoires nécessaires à la prise de décision.(30)(31)

Ils existent des facteurs qui renforcent l'engagement.(29)

Les différents facteurs de l'engagement sont indépendants et se combinent les uns avec les autres. Leur mise en place permet d'augmenter la probabilité de réalisation de

l'acte recherché.

### ***b) Effet de gel et sentiment de liberté***

Les personnes ont tendance à adhérer à ce qui leur semble leur décision et à agir conformément à elles.

L'effet de gel, le sentiment de liberté ainsi que l'engagement traduisent le fait que si une décision a été prise au début avec un sentiment de liberté, les gens auraient une tendance à maintenir cette décision et à la reproduire, même si elle ne donne pas les résultats attendus. Les personnes ont une affinité à adhérer à ce qui leur semble être leur décision et à se comporter conformément à elle. La notion d'effet de gel correspond à adhérer à la décision prise. Ayant pris la décision, la personne est comme prisonnière de sa décision, elle est liée à elle. C'est pourquoi, les décisions que l'on prend, et surtout celles que l'on réussit à nous faire prendre, nous engagent.(25)

Il est admis que la notion d'engagement dans un acte permet de rendre cet acte plus résistant au changement. Lewin parle de l'effet de gel en 1951.(31)

Une décision a tendance à être maintenue, si elle a été prise au départ avec un sentiment de libre choix. Une chose primordiale dans la manipulation est d'insister sur la liberté de choix. C'est la technique du « mais vous êtes libre de ... ».

Une étude a démontré son efficacité dans la demande de don pour des organisations non lucratives.(32)

### ***c) Escalade d'engagement***

L'escalade d'engagement correspond à une situation où une personne a effectué un investissement soit en temps, soit en effort, soit en argent, en vue d'un objectif dont l'issue est très peu probable. On parle d'escalade d'engagement lorsque ces investissements en coûts sont poursuivis malgré un retour d'informations négatives ou un débouché infructueux.(33)

Les personnes ont parfois tendance à adhérer à une décision prise initialement même quand cette décision semble pouvoir être reconsidérée par les faits. La dépense gâchée et le piège abscons sont des phénomènes reconnus dans cet escalade d'engagement qui font adhérer la personne à sa décision initiale. (28)

STAW montre en 1976 que les décisionnaires financiers responsables d'échecs antérieurs continuent à investir plus dans le sens de cette décision initiale infructueuse que ceux non responsables de ces échecs. La notion d'une autojustification est évoquée pour expliquer le fait que les décideurs tentent de rationaliser les décisions antérieures par des décisions ultérieures plus coûteuses allant dans le sens des premières. L'objectif étant alors de réduire une dissonance cognitive établie par la contradiction existant entre la prise de responsabilité de cette décision coûteuse et la connaissance du désastre de cette décision.(34)(35)

## **C. Outils de communication**

### **1. La Programmation neurolinguistique**

La PNL a été mise en place dans les années 1970 par J. Grinder et R. Bandler qui en sont à l'origine et qui pensent que la mesure de l'excellence est en rapport avec le résultat obtenu, l'adéquation à l'objectif espéré et à l'économie des moyens utilisés.(36)

La programmation fait référence à l'établissement à l'avance d'une suite d'opérations, planification et détermination à l'avance d'actions en vue d'un résultat.

C'est une approche de la communication et de transformation personnelle. Sa spécificité repose sur un processus de modélisation du savoir-faire et du savoir-être des personnes talentueuses qui excellent dans leur domaine pour les retransmettre à ceux qui en auraient besoin.(37)

La PNL tient compte des spécificités de chaque personne permettant une adaptation du médecin à son patient. Il s'agit donc d'améliorer sa façon de communiquer, améliorer sa compréhension des différents styles de communication de ses patients, et permettre de s'y adapter.(38)



## **2. L'écoute active**

Cette technique est aussi appelée écoute bienveillante. C'est Carl Rogers qui a développé cette technique de communication. Le psychologue américain a caractérisé cette approche par la manifestation d'un respect et une confiance orientés vers la personne, pour lui permettre le relâchement de ses défenses, de ressentir une mise en sécurité afin qu'il arrive à livrer ses secrets les plus intimes lors de ses soins.(39)

L'écoute active utilise des questionnements ouverts et reformulations afin de signaler à l'interlocuteur que notre écoute est attentive et bienveillante envers lui, permettant également de nous assurer la compréhension du message.(40)

Les besoins et les attentes de chaque interlocuteur sont donc pris en compte.(41)

## **3. L'entretien motivationnel**

L'entretien motivationnel nécessite de porter attention au langage, il agit plus précisément sur la mise en avant d'une communication et discussion efficace, essentielle lors d'un échange collaboratif actif jamais sous la forme d'un monologue dans un contexte où un professionnel vient en aide à une personne.

L'entretien motivationnel adopte un style de communication centré sur la personne qui est en soin. Cette approche met en avant deux concepts : l'ambivalence et la résistance au changement. (42)

Il est utilisé pour majorer la motivation au changement.(43)

L'efficacité de l'entretien motivationnel se verrait à travers un autre processus qui met l'accent sur la relation empathique du thérapeute envers le patient, ce qui amènerait le patient à envisager un changement en toute quiétude.(44)

Cette conversation vise à guider les personnes au changement par elles-mêmes en se fondant sur leurs croyances, valeurs et non pas de les obliger à cela et non pas les contraindre à cela.(45)

#### **4. L'effet pygmalion**

Aussi appelé « prophétie auto-réalisatrice », l'effet pygmalion est un phénomène qui stipule qu'en croyant qu'une chose va se réaliser, elle peut devenir réelle.(46)

C'est une relation descendante d'une personne avec une autorité vers un personne subordonnée qui a comme spécificité la modification de comportement de façon à ce que les attentes envers le subordonné se réalisent. L'atteinte de ces prédictions peut s'expliquer par l'engagement complet vers la réalisation de la prophétie ou par l'autorité.(47)

Ainsi Robert Rosenthal et Leonore Jacobson ont montré que les espérances des maîtres sur le succès de leurs élèves ont une influence non négligeable sur leurs résultats.(48)

L'effet pygmalion représente les espérances du médecin vis à vis des capacités de changement du patient.(49)

### **D. Mise en confiance et compréhension du patient**

#### **1. L'utilisation de l'humour**

Les médecins généralistes donnent à l'humour une place importante dans la relation médecin-patient notamment pour l'accueil du patient.(50)

#### **2. L'utilisation d'une conversation sociale**

Malgré la satisfaction et la grande liberté d'expression ressentie, les patients attendent de leur médecin traitant une écoute plus ouverte sur leurs problèmes psychosociaux. (51)

## **IV. Autres techniques de communication d'influence**

### **A. L'amorçage**

Des stimuli préparatoires peuvent déclencher plus rapidement des comportements normalement attendus d'un stimulus ultérieur. L'utilisation de ceux-ci fait appel à la technique d'amorçage.

Pour la technique d'amorçage, il est intéressant de faire une requête demandant un faible effort à la personne pour influencer son comportement.

Ce comportement aura été influencé par un acte préparatoire soit visuellement, émotionnellement soit par l'audition et que la mémoire aura retenu implicitement.

Une étude montre l'effet de l'amorçage avec une diminution des performances dans la réalisation d'anagrammes, préalablement amorcée par la lecture des participants de situations non contrôlables.(52)

Une autre étude a démontré une augmentation de la consommation du plat principal chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer lors de la diffusion d'une odeur de viande préalablement au déjeuner.(53)

### **B. Le pied dans la porte**

C'est une technique qui consiste à requérir peu avant de demander beaucoup. Des comportements préparatoires très courants sont utilisés lors de cette technique et sont suffisants pour augmenter la probabilité de la réalisation d'un autre comportement plus coûteux allant dans la même direction.(25)

Il existe deux types de cette technique : le pied dans la porte classique et le pied dans la porte avec demande implicite.

Cette technique de pied dans la porte consiste à extorquer à la personne un comportement préparatoire de coût très faible, généralement accepté dans un contexte de consentement libre et éclairé ce qui permet un engagement fort du patient. Le taux d'acceptation de cette première requête est souvent proche de cent pour cent.(54)

Puis une nouvelle demande portant sur un comportement plus coûteux est formulé à la personne.

La personne va alors plus souvent accepter d'agir dans le sens du deuxième comportement plus coûteux car il y a un effet de persévération de la décision antérieure.

La technique du pied dans la porte est efficace même lors de requête avec des conditions problématiques et comportements déviants du manipulateur.(55)

Une étude a montré que l'association de technique du pied dans la porte et d'un message persuasif était plus efficace que l'utilisation d'une de ces techniques isolément.(56)

Une étude a également montré que l'utilisation d'un double pied dans la porte était plus efficace sur le comportement d'arrêter de fumer que l'utilisation de cette technique seule.(57)

De plus, un fort engagement dans l'acte préparatoire du pied dans la porte augmenterait le pourcentage de réalisation de l'acte attendu.(58) Mais cette étude n'a pas été corroboré par une étude française qui montre que les différences culturelles peuvent modifier l'efficacité de cette technique.(59)

Le pied dans la porte fonctionne également par l'intermédiaire d'internet et méls pour la réalisation de dons pour les organisations humanitaires.(60)

### **C. L'acquiescement répété**

C'est une technique de soumission librement consentie qui consiste en un acquiescement répété, qui conduit la personne à répondre par l'affirmative « oui » à plusieurs questions à la suite avant de proposer le comportement attendu. Il suffit de quatre questions pour obtenir un effet. Cet effet est issu du positionnement de la personne dans une dynamique globale d'approbation.(61)

### **D. La technique de la porte au nez**

C'est une technique qui propose d'utiliser un acte préparatoire à la prise de décision. Il s'agit de demander un comportement extrêmement coûteux pour demander par la suite le comportement attendu qui devient alors une alternative très acceptable.

La première demande est souvent trop onéreuse pour être acceptée et amène la deuxième requête sur le comportement attendu qui est moins coûteuse. Le refus initial de la première demande est le fondement de la dynamique de cette stratégie. Ce refus initial quasi systématique permet d'augmenter les chances de réalisation du comportement attendu de la deuxième requête par rapport à la demande du comportement attendu uniquement. On demande beaucoup pour obtenir moins. C'est une technique utilisée dans le commerce depuis très longtemps.(25)

La personne qui fait les requêtes doit idéalement être le même et il est préférable qu'il fasse ses requêtes en face à face.

Néanmoins il peut faire appel à un deuxième intervenant seulement si celui-ci est présent durant l'interaction initiale entre le requérant et la personne dont le comportement est attendu.(62)

Les techniques de pied dans la porte et de porte au nez ne montrent pas de différence significative en terme d'efficacité selon une méta-analyse.(63)

## **E. Crainte et soulagement**

Cette technique a pour but de diminuer brutalement une crainte qui a été initialement créée pour provoquer un soulagement. Cet effet de soulagement améliore l'acceptation d'une demande ultérieure.

Le concept demande de faire très peur à la personne puis de le rassurer, lui affirmant que ce qui lui avait provoqué cette grosse frayeur n'allait pas se produire.

Dans les études menées, le nombre d'acceptation de requête en cas d'utilisation de cette technique est beaucoup plus important que dans la condition contrôle.(64)

## **F. La technique d'étiquetage**

Dire à un patient lors d'une consultation qu'il est quelqu'un de bien, qu'il est une bonne personne va augmenter les chances d'agir de façon altruiste et morale. Etudiée plutôt dans l'enseignement, cette technique est assez proche de l'effet pygmalion. (65)

Un patient aurait un pronostic moins favorable s'il est annoncé comme difficile à une équipe médicale par rapport à un patient annoncé comme volontaire au soin.

Une étude a montré que les personnes qui pratiquent le don de leur sang sont en plus grand nombre disposées à donner leur sang si dans le courrier adressé pour appel au don on fait référence à un « *labelling* » ou étiquetage social ou fonctionnel associé à cet acte.(66)

## **G. La technique du toucher**

Toucher l'épaule ou l'avant-bras d'une personne pourrait avoir des effets comme l'inciter à avoir confiance, à avoir une impression plus chaleureuse de la personne en face.

Cela peut aussi améliorer l'humeur de la personne touchée, de réduire son stress. Il permet aussi une amélioration des performances à l'école.

Il existe néanmoins une difficulté dans cette technique qui est invasive de l'espace intime de la personne. De plus, il peut exister une ambiguïté vis à vis de la perception de ce toucher de la part du soignant et du patient surtout dans des études amenant des infirmières à utiliser cette technique d'action incursive.

Une étude montre que le patient trouve son médecin plus chaleureux et plus digne de confiance si celui-ci a établi un contact physique léger avec lui.

L'étude de Witcher et Fischer en 1979 prouve que le stress du patient est diminué par une simple pression du bras de la part du chirurgien avant une intervention.(67)

## **H. Le *mirroring* ou isopraxisme**

Le *mirroring* est une sorte de mimétisme. Imiter un autre personne affecte le comportement et le jugement envers l'autre. Le *mirroring* se rencontre lorsqu'une personne se met à imiter inconsciemment le ton de la voix, les gestes, le comportement de la personne avec qui il converse.

Il s'agit ici de générer une attitude positive chez la personne, essayer de contrôler inconsciemment son comportement.

Il existe d'autres noms à cette technique : l'effet caméléon, l'imitation, l'isopraxisme, et la synchronisation.

Le *mirroring* est généralement inconscient, on imite les gestes de l'autre. C'est une façon de créer des liens et d'améliorer la compréhension de l'autre.

Le bâillement et le sourire sont des formes de *mirroring*. Même la lecture seule du mot « bâillement » ou « bailler » est susceptible de faire bailler le lecteur.

Il s'agit d'un comportement automatique et les sujets n'ont pas conscience et n'ont pas de souvenirs de ces comportements émis par l'interlocuteur.(68)

## DISCUSSION

La revue systématique réalisée est la première concernant les techniques de communication d'influence qui pourrait être utilisées en médecine générale.

Cette revue systématique montre qu'un nombre important de techniques de communication sont déjà utilisées dans le domaine de la santé.

La plupart de ces techniques semblent réalisables en cabinet médical au niveau du minutage.

Les médecins généralistes utilisent probablement des techniques de communication d'influence inconsciemment durant leurs consultations.

La composante du temps d'apprentissage de la communication n'est pas étudiée dans cette revue systématique et nécessiterait une formation du médecin généraliste. Les études démontrent l'efficacité de ces techniques dans le milieu médico-psychosocial mais peu strictement dans la médecine générale et lors de la consultation chez le médecin généraliste. Ces techniques de communication d'influence n'ont pas été validées en médecine générale pour la plupart d'entre elles et nécessiteraient la réalisation d'études complémentaires. Elles permettraient de connaître leurs différentes caractéristiques pour en permettre l'optimisation. La technique du pied dans la porte est la technique spécifique pour laquelle on retrouve le plus d'études et qui a été le plus profondément analysée dans la littérature.

Les limites de l'étude est le faible nombre d'études réalisées strictement en médecine générale. De nombreuses études ont montré l'efficacité de ses techniques dans l'addictologie, la psychologie, la psychiatrie, la gériatrie, le médico-social, la requête de dons. Il existe d'autres techniques de communication d'influence utilisant le mensonge qui n'ont pas été traitées dans cette revue systématique dans un souci d'éthique dans la pratique de médecine générale. Compte tenu du très grand nombre de techniques de communication existantes, leur recensement exhaustif n'aurait pas permis d'en faire leur description.

Un élargissement de la recherche a été réalisé dans certaines bases de données par absence de résultats en première recherche.

Le choix d'approfondir certaines techniques et de ne pas approfondir d'autres a été réalisé sur les notions de thèses existantes sur le sujet afin d'apporter de la nouveauté. Il était important de définir les différentes notions et il a été choisi d'approfondir certaines techniques de communication qui semblaient peu chronophages et utilisables en cours de



consultation de médecine générale.

Les différentes techniques ont été hiérarchisées en fonction de leur simplicité et de l'allongement probable du temps de la consultation lors de leur utilisation.

Ainsi nous avons regroupé les techniques considérées comme simples et courtes. La technique d'étiquetage et la technique du toucher en font partie mais il est très important de porter attention au risque d'ambiguïté concernant cette dernière. La technique de crainte puis soulagement et le sentiment de liberté sont des techniques peu chronophages lors de la consultation nécessitant seulement l'ajout d'une phrase lors de la consultation. La technique de la porte au nez, la technique du pied dans la porte et l'utilisation de l'humour sont simples et courtes. L'effet pygmalion est peu chronophage et est simple d'utilisation.

Les techniques courtes mais plus compliquées à appliquer sont l'acquiescement répété et le *mirroring* qui respectivement nécessitent de l'anticipation et de l'adaptation de la part du médecin généraliste.

Les techniques longues et simples sont l'utilisation d'une conversation sociale qui met en confiance le patient et l'écoute active.

Les techniques longues et plus complexes comprennent la technique de l'amorçage car sa mise en place est plus difficile, l'entretien motivationnel et la programmation neurolinguistique.

Toutes ces techniques permettent inconsciemment d'améliorer la prise de conscience des patients à être acteurs de leur propre santé car elles engendrent un engagement responsable d'un changement de comportement soit par la prise de décision, soit par l'acceptation de la demande désirée initialement, soit par leur sentiment de libre choix.

## **CONCLUSION**

Nos résultats ont montré que de nombreuses techniques de communication existent et sont efficaces sans être chronophages et pourraient être utilisées au cours de la consultation en médecine générale. Néanmoins, le manque d'étude réalisée sur ce sujet dans le domaine de la médecine générale nécessiterait d'autres explorations.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Sante Publique (Bucur)*. 2007;Vol. 19(5):413-25.
2. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. CRC Press; 2016. 317 p.
3. Guide pratique de la communication avec le p... | Elsevier Masson [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/guide-pratique-de-la-communication-avec-le-patient-9782294701450.html>
4. Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université Paris 7 Diderot [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: <https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences>
5. MILLETTE B, LUSSIER M-T, GOUDREAU J. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académiques prioritaire. [Internet]. 2004 [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.unige.ch/medecine/udrem/files/7314/2678/6048/Millette\\_2004\\_5\\_p110-126.pdf](https://www.unige.ch/medecine/udrem/files/7314/2678/6048/Millette_2004_5_p110-126.pdf)
6. LANGEWITZ. La communication dans la medecine au quotidien- un guide pratique [Internet]. 2013 [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: [http://www.chu-rouen.fr/page/doc/DOC\\_77175](http://www.chu-rouen.fr/page/doc/DOC_77175)
7. Recueillir le consentement de mon patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>
8. Thu-Thon É, Charles R, Froger P, Meyrand B, Paré É, Trombert B. Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal. *Sante Publique (Bucur)*. 2013;Vol. 25(6):775-83.
9. Bary LG-D. Quelles sont les compétences acquises lors des enseignements à la communication pour les étudiants en santé: revue narrative de la littérature. 2018. 108 p.
10. Zaugg V, Savoldelli V, Sabatier B, Durieux P. Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des revues systématiques. *Sante Publique (Bucur)*. 5 déc 2014;Vol. 26(5):655-67.
11. Adner N. Evolution de la relation médecin patient à l'heure de la transition épidémiologique. Comment s'y former? [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01721998/document>
12. Michel A. Docteur, écoutez ! - Anne Revah-Levy, Laurence Verneuil [Internet]. [cité 14 sept

- 2020]. Disponible sur: <https://www.albin-michel.fr/ouvrages/docteur-ecoutez-9782226323507>
13. Arveiller J-P, Tizon P. Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? *Prat En Sante Ment*. 27 juin 2016;62e année(2):2-2.
  14. JAKOBSON R. Closing Statement: Linguistic and Poetics [Internet]. 1960 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: [https://monoskop.org/images/8/84/Jakobson\\_Roman\\_1960\\_Closing\\_statement\\_Linguistics\\_and\\_Poetics.pdf](https://monoskop.org/images/8/84/Jakobson_Roman_1960_Closing_statement_Linguistics_and_Poetics.pdf)
  15. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Med Care Res Rev*. 1 août 2013;70(4):351-79.
  16. (PDF) How Does Communication Heal? Pathways Linking Clinician-Patient Communication to Health Outcomes [Internet]. ResearchGate. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/23797296\\_How\\_Does\\_Communication\\_Heal\\_Pathways\\_Linking\\_Clinician-Patient\\_Communication\\_to\\_Health\\_Outcomes](https://www.researchgate.net/publication/23797296_How_Does_Communication_Heal_Pathways_Linking_Clinician-Patient_Communication_to_Health_Outcomes)
  17. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales [Internet]. 2013 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/130423\\_Arrete\\_1er\\_2eme\\_cycles.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/130423_Arrete_1er_2eme_cycles.pdf)
  18. Pouplin S. Le médecin généraliste picard face aux vaccinations en 2016. 20 oct 2016;53.
  19. OMS. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre [Internet]. 2013 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre\\_la\\_promotion\\_pharmaceutique\\_et\\_y\\_repondre\\_-\\_un\\_manuel\\_pratique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf)
  20. NOLLET TASSIN I. Exposition des internes de médecine générale aux techniques de promotion médicamenteuse au cours de leurs stages [Internet]. [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: [http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/Tassin-these\\_.pdf](http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/Tassin-these_.pdf)
  21. Vigneron N. Etude de l'influence des relations professionnelles de l'interne en médecine générale dans sa décision d'installation en médecine libérale: enquête qualitative à partir de 12 entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2014.
  22. CELLA A. L'éthique médicale dans la pratique de médecin généraliste: Identification des conflits éthiques et de l'utilité d'une aide [Internet]. 2015 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/899/1/2015TOU31060docx.pdf>
  23. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1994.
  24. Laurens S. Les relations d'influence et leurs représentations. *Rev Eur Sci Soc Eur J Soc Sci*. 27 nov 2014;(52-2):43-71.
  25. Joule R-V, Beauvois J-L. Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. Grenoble, France: Presses universitaires de Grenoble, impr. 2014; 2014. 317 p.

26. Jacquemet N, Joule R-V, Luchini S, Malézieux A. Engagement et incitations: Comportements économiques sous serment. *Actual Économique*. 2016;92(1-2):315-49.
27. Koenig-Robert R, Pearson J. Decoding the contents and strength of imagery before volitional engagement. *Sci Rep*. 5 mars 2019;9(1):3504.
28. (PDF) L'engagement comme source de modifications à long terme [Internet]. ResearchGate. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/283536686\\_L'engagement\\_comme\\_source\\_de\\_modifications\\_a\\_long\\_terme](https://www.researchgate.net/publication/283536686_L'engagement_comme_source_de_modifications_a_long_terme)
29. The Psychology of Commitment: Experiments Linking Behavior to Belief par Kiesler, Charles A.: VG+ Hard Cover (1971) | Bookfeathers, LLC [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.abebooks.fr/Psychology-Commitment-Experiments-Linking-Behavior-Belief/2918947454/bd>
30. Joule R-V. Trois applications de la théorie de l'engagement. In: Guingouain G, Le Poulitier F, éditeurs. *À quoi sert aujourd'hui la psychologie sociale ? : Demandes actuelles et nouvelles réponses* [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2019. p. 11-22. (Psychologies). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/48266>
31. Guingouain G, Le Poulitier F, éditeurs. *À quoi sert aujourd'hui la psychologie sociale ? : Demandes actuelles et nouvelles réponses* [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 1994. XVI-185 p. (Psychologies). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/48253>
32. S M, M D, N G, B V. Door-in-the-Face and But-You-Are-Free: Testing the Effect of Combining Two No-Pressure Compliance Paradigms [Internet]. *Psychological reports*. 2016 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27381413/>
33. Ansel D. Incertitude et escalade d'engagement. Quand coopérer devient risqué. *Cah Int Psychol Soc*. 2005;Numéro 65(1):3-12.
34. GIRANDOLA F. L'engagement comme source de modification à long terme [Internet]. 2003 [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/profile/Fabien\\_Girandola/publication/283536686\\_L'engagement\\_comme\\_source\\_de\\_modifications\\_a\\_long\\_terme/links/595ce4cf0f7e9b3aefaddf05/Lengagement-comme-source-de-modifications-a-long-terme.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fabien_Girandola/publication/283536686_L'engagement_comme_source_de_modifications_a_long_terme/links/595ce4cf0f7e9b3aefaddf05/Lengagement-comme-source-de-modifications-a-long-terme.pdf)
35. Joule R-V, Beauvois J-L. Mini traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.psycho-ressources.com/bibli/mini-traite-de-manipulation.pdf>
36. La PNL [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.livres-medicaux.com/la-pnl.html>
37. La pnl - Un méthode de psychologie appliquée pour s'exprimer avec... - Librairie Eyrolles

- [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/la-pnl-9782212558999/>
38. MILLOT J-B. Apports de la programmation neurolinguistique en clientèle vétérinaire [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <http://theses.vet-alfort.fr/telecharger.php?id=149>
39. Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne | Cairn.info [Internet]. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2008-2-page-50.htm>
40. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Saint-Denis La Plaine [Internet]. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce\\_dommage\\_associe\\_aux\\_soins\\_guide](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide)
41. L'écoute active atelier de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs [Internet]. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: [http://www.sfap.org/system/files/atelier\\_-\\_lecoute\\_active\\_0.pdf](http://www.sfap.org/system/files/atelier_-_lecoute_active_0.pdf)
42. Beauvais C. L'entretien motivationnel : une aide pour améliorer l'adhésion thérapeutique. *Rev Rhum.* 1 juill 2019;86(4):319-21.
43. L'entretien motivationnel 2ème édition [Internet]. 2019 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/entretien-motivationnel-aider-personne-engager-changement-0>
44. Fortini C, Daeppe J-B. L'entretien motivationnel : développements récents. *Psychotherapies.* 17 oct 2011;Vol. 31(3):159-65.
45. Deneuille J-P, Deville G. Entretien motivationnel. *Kinésithérapie Rev.* 1 févr 2018;18(194):21.
46. BEAUVAIS F. A travers le miroir - Au delà de la « mémoire de l'eau ». Lulu.com; 170 p.
47. Trouilloud D, Sarrazin P. Les connaissances actuelles sur l'effet Pygmalion : Processus, poids et modulateurs. *Rev Fr Pédagogie.* 2003;(145):89-119.
48. ROSENTHAL R. L'effet Pygmalion [Internet]. 1964 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.iforep.fr/wp-content/uploads/2019/03/Robert-Rosenthal-leffet-Pygmalion.pdf>
49. FOND G. Entretien motivationnel: quelques concepts simples pour la pratique [Internet]. 2014 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.unaformec.org/uploads/EM\\_Concepts.pdf](https://www.unaformec.org/uploads/EM_Concepts.pdf)
50. CARASSUS C. Intérêt et place de l'humour dans la relation médecin-patient en médecine générale. 2004.
51. RABBANI C. A l'écoute du patient. 2003.
52. Légal J-B, Meyer T. Lorsque la perte de contrôle d'autrui est contagieuse : effet de l'amorçage d'un contexte de perte de contrôle sur les performances. *Bull Psychol.* 2007;195-210.

53. Gaillet-Torrent M. Quels apports des méthodologies issues de la psychologie cognitive pour comprendre le comportement alimentaire ? : impact d'un amorçage olfactif [Internet] [phdthesis]. Université de Bourgogne; 2013 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00995273>
54. Dufourcq-Brana M, Pascual A, Gueguen N. Déclaration de liberté et pied-dans-la-porte. *Rev Int Psychol Soc.* 2006;Tome 19(3):173-87.
55. Guéguen N, Pascual A. Foot-in-the-door technique and problematic implicit request for help. *Swiss J Psychol.* 2015;74(2):111-4.
56. Michelik F, Girandola F, Joule R-V, Zbinden A, Souchet L. Effects of the binding communication paradigm on attitudes. *Swiss J Psychol.* 2012;71(4):227-35.
57. N G, F S, M D. The effect of the two feet-in-the-door technique on tobacco deprivation [Internet]. *Psychology & health.* 2016 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892708/>
58. Uranowitz SW. Helping and self-attributions: A field experiment. *J Pers Soc Psychol.* 1975;31(5):852-4.
59. A P, N G. Cultural differences in altruistic behavior: quasi replication of Uranowitz's « foot-in-the-door with implicit demand » [Internet]. *Psychological reports.* 2004 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15217024/>
60. N G, C J. Fund-raising on the web: the effect of an electronic foot-in-the-door on donation [Internet]. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society.* 2001 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11800178/>
61. MARCHAND M, HALIMI-FALKOWICZ S. L'acquiescement répété: une nouvelle procédure de soumission librement consentie au service de la privation de tabac. [Internet]. 2007 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <http://cnriut09.univ-lille1.fr/articles/Articles/Fulltext/179a.pdf>
62. (PDF) Door-in-the-face: Is it really necessary that both requests be made by the same requester? [Internet]. *ResearchGate.* [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/260561268\\_Door-in-the-face\\_Is\\_it\\_really\\_necessary\\_that\\_both\\_requests\\_be\\_made\\_by\\_the\\_same\\_requester](https://www.researchgate.net/publication/260561268_Door-in-the-face_Is_it_really_necessary_that_both_requests_be_made_by_the_same_requester)
63. (PDF) Foot-in-the-door and door-in-the-face: A comparative meta-analytic study [Internet]. *ResearchGate.* [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/7910927\\_Foot-in-the-door\\_and\\_door-in-the-face\\_A\\_comparative\\_meta-analytic\\_study](https://www.researchgate.net/publication/7910927_Foot-in-the-door_and_door-in-the-face_A_comparative_meta-analytic_study)
64. Dolinski D, Nawrat R. « Fear-Then-Relief » Procedure for Producing Compliance: Beware

When the Danger Is Over. *J Exp Soc Psychol.* 1 janv 1998;34(1):27-50.

65. Davidson OB, Eden D. Remedial self-fulfilling prophecy: Two field experiments to prevent Golem effects among disadvantaged women. *J Appl Psychol.* 2000;85(3):386-98.

66. Sénémeaud C, Georget P, Guéguen N, Callé N, Plainfossé C, Touati C, et al. Labeling of previous donation to encourage subsequent donation among experienced blood donors. *Health Psychol.* 2014;33(7):656-9.

67. SALA B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient [Internet]. 2018 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01996482/document>

68. Gueguen N, Martin A. L'effet de l'imitation sur l'évaluation d'autrui : une expérimentation dans un contexte de séduction. *Rev Int Psychol Soc.* 2008;Tome 21(4):5-24.



**AUTEUR : Nom :** Arias

**Prénom :** Benoît

**Date de soutenance :** 14/09/2021

**Titre de la thèse :** Quelles techniques de communication d'influence pourraient être utilisées par les médecins généralistes

**Thèse - Médecine - Lille « Année »** 2021

**Cadre de classement :** *Médecine générale*

**DES + spécialité :** *Médecine générale*

**Mots-clés :** techniques de communication, médecine générale, manipulation, influence, pied dans la porte, *mirroring*, porte au nez

**Résumé :**

**Contexte :** L'alliance thérapeutique est primordiale dans la relation médecin-patient et est recherchée par le médecin généraliste en vue de valider ses objectifs de santé. L'observance thérapeutique du patient est essentielle pour parvenir à ses résultats. Les praticiens manquent de formation universitaire selon eux pour améliorer leur communication avec le patient, les perspectives étaient d'améliorer, de renforcer l'apprentissage de la communication verbale et non verbale.

**Méthode :** Une revue systématique de la littérature a été réalisée pour résumer les outils de communication et d'influence disponibles.

**Résultats :** La majorité des techniques n'ont pas été étudiées en médecine générale, mais en psychologie sociale. Pourtant, il existe de nombreuses techniques de communication d'influence et moyens d'analyse de communication. Théorie de l'engagement, programmation neurolinguistique, pied dans la porte, porte au nez, *mirroring*, etc.

**Conclusion :** De nombreuses techniques semblent efficaces sans être chronophages et pourraient être utilisées au cours de la consultation. Néanmoins, le manque d'études réalisées dans le domaine de la médecine générale nécessiterait d'autres explorations.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur BEUSCART Jean-Baptiste

**Assesseurs :** Professeur BAYEN Marc, Docteur CALAFIORE Matthieu, Docteur CUNIN Michel

**Directeur de thèse :** Docteur CUNIN Michel