



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evaluation de l'utilisation des "compétences non techniques" par le
médecin généraliste lors de l'accompagnement d'un patient en fin
de vie à domicile**

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2025 à 16h00
au Pôle Formation
par **Noémie ALLIOT**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseur :

Monsieur le Docteur Frédéric JAGOSZ

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

AVERTISSEMENT

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

Liste des abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des personnes

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

LLC : Leucémie Lymphoïde Chronique

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PPS : Plan Personnalisé de Soins

RV : Réalité Virtuelle

Table des matières

Remerciements	Erreur ! Signet non défini.
Liste des abréviations.....	4
Table des matières.....	5
Résumé.....	6
Introduction	8
Matériel et méthodes.....	15
I. Le choix de la méthode.....	15
II. Population étudiée	16
III. Elaboration des questionnaires	16
IV. Recueil des données	17
V. Analyse des données	18
VI. Aspects éthiques et juridiques.....	18
Résultats	19
I. Caractéristiques de la population étudiée	19
II. Satisfaction de l'utilisation des Soft Skills.....	22
Discussion.....	24
Conclusion	30
Références bibliographiques	30
Annexes	36

Résumé

Contexte : En raison du vieillissement de la population, de plus en plus de patients reçoivent des soins de fin de vie et la plupart souhaite mourir à domicile. Grâce à leur rôle pivot, les médecins généralistes sont les plus à même de réaliser cette tâche mais ils se heurtent à certains obstacles. Les données de la littérature sur l'accompagnement en fin de vie d'un patient à domicile identifient des pistes d'amélioration. On retrouve la recherche d'un médecin généraliste disponible, doué en communication, qui s'adapte, apporte un soutien psychosocial et sache évaluer les besoins des aidants. Ces exemples font partie des compétences transversales appelées soft skills. Elles commencent à être étudiées dans le domaine médical. Cependant les patients jugent de plus en plus la qualité des soins, l'intérêt est majeur. Les études disponibles concernent les soins infirmiers et les hôpitaux mais pas la médecine générale.

Méthode : Cette étude a été élaborée par une méthode observationnelle, descriptive, transversale, quantitative, à partir d'auto et hétéro-questionnaires d'une dizaine de questions. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur proportion, les variables quantitatives par leur moyenne.

Résultats : Les 9 soft skills ont toutes reçues des notes élevées avec des moyennes allant de 8,4 à 9,8 sur 10. La courtoisie est la compétence la mieux perçue dans son utilisation comparée à la connaissance des besoins du patient qui est la moins bien perçue.

Conclusion : Les soft skills sont globalement utilisées de manière satisfaisante dans la prise en charge de la fin de vie à domicile. La courtoisie semble avoir une importance primordiale dans la relation qui unit le médecin, le patient et l'aidant. La connaissance

des besoins des patients et des aidants, demande une formation plus approfondie des médecins généralistes pour pouvoir y répondre au mieux.

Introduction

En raison du vieillissement croissant de la population et de l'augmentation du nombre de personnes atteintes d'une maladie grave, qu'elle soit maligne ou non, de plus en plus de patients reçoivent des soins palliatifs y compris des soins de fin de vie (1). Le lieu de fin de vie représente une réelle préoccupation pour les patients. Plusieurs revues systématiques de la littérature ont révélé que la plupart des personnes atteintes d'une maladie terminale et ayant une espérance de vie courte souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible et finir par mourir à domicile (2). Ces résultats concordent avec ceux de l'Observatoire National de la Fin de Vie qui atteste que 81% des Français souhaiteraient « passer leurs derniers instants chez eux » (3). Cependant selon un sondage de l'Institut Français d'Opinion Publique réalisé en 2016, 46% des Français estimaient que les patients en fin de vie, tous lieux confondus, étaient « mal pris en charge » (4).

Dans de nombreux pays, le médecin généraliste est l'un des professionnels de santé les plus impliqués au cours des dernières années de vie. Il considère de plus en plus la prise en charge en fin de vie comme une partie intégrante de son travail (5,6). Aux États-Unis, son rôle dans les soins palliatifs a été défendu par le document du National Consensus Project de 2013 intitulé « Clinical practice guidelines for quality palliative care » (7).

Le médecin généraliste est considéré comme multitâche. Il a un rôle de pivot, lui permettant d'assurer la coordination et la continuité des soins avec les autres prestataires de soins. Mais il a surtout un rôle clé dans la pratique clinique holistique en préservant l'autonomie, en promouvant le bien-être physique, psycho-social et

spirituel, et en accompagnant le patient et ses proches en tant que conseiller de confiance jusqu'à la mort (7).

Même si cet engagement est ressenti comme très gratifiant, il est aussi très chronophage et épuisant (5). En effet, il se heurte dans la pratique à certains obstacles.

De nombreuses études antérieures sur les freins rapportés par les médecins généralistes, ont retrouvé un manque de formation et d'expérience dans le domaine des soins, un manque d'organisation ainsi qu'un manque de personnel et de moyen. Le sentiment d'isolement du médecin, des obstacles affectifs de sa part et de celle du patient et de l'aidant rendent leur rôle difficile. L'inadéquation du système de prestation et de paiement ne valorise pas leur place dans cette prise en charge (6,8-13).

Pour pallier à chacune de ces difficultés, des solutions ont été proposées pour avoir une approche globale permettant de développer des modèles de soins qui aident à la fois les médecins généralistes et la famille à fournir des soins à l'endroit préféré des patients.

Les priorités durables sont le développement de la pratique, la mise en service, la formation et la recherche en soins palliatifs primaires (14). Les médecins généralistes et l'équipe de soins primaires, notamment les infirmières, ont besoin de ressources en temps, d'un environnement et de conditions de travail adéquats pour fournir les soins palliatifs de qualité qu'ils souhaitent et dont les patients et les familles ont besoin (2,9-12,15). La nécessité d'une communication fluide, d'un travail efficace en équipe multidisciplinaire et d'une définition des rôles et des responsabilités est constante. Des systèmes de communication, qu'ils soient informatiques ou non, compétents et cohérents, et le partage des dossiers des patients, y compris la transmission

d'informations sur les soins de fin de vie, sont un besoin permanent (2,4,5,15). La création d'un dossier unique au domicile du patient pour tous les intervenants regroupant l'ensemble des informations sur la prise en charge (conduite à tenir (ex : fiche SAMU-PALLIA), directive anticipée, numéros à contacter, prescriptions anticipées...) pourrait être une proposition parmi tant d'autres (3,4). Les défis de l'identification précoce des besoins en soins palliatifs, une planification préalable réussie des soins et la coordination des soins, notamment avec les services hospitaliers, sont reconnus (2,13,15,16). Le besoin d'une formation et d'une éducation plus accessible dans les soins primaires est certain. Les médecins généralistes doivent perfectionner leurs pratiques avec des formations et des informations communes avec les professionnels de santé intrahospitaliers (3-5,9,11,13,15). La diffusion de la culture des soins palliatifs à travers des campagnes communautaires visant à lutter contre les idées fausses, à sensibiliser le public et les patients aux avantages des soins palliatifs sont nécessaires (3,10,13,17). L'évaluation des besoins psychologiques du patient et de son entourage, la promotion et le développement de l'aide aux aidants sont primordiaux (3,4,7,10,17,18).

Lorsque que le patient est en fin de vie et qu'il souhaite un maintien à domicile, il est essentiel de nommer la réalité de la situation mais surtout de vérifier que les proches sont désireux et capables d'assumer et d'assurer les contraintes ainsi que les difficultés du maintien à domicile, d'anticiper les complications susceptibles de survenir et les réponses qui pourront leurs être apportées (3).

Le maintien à domicile ne peut pas se faire sans l'aide d'un entourage solide, l'aidant jouant un rôle essentiel auprès du patient. Leur rôle central est de plus en plus reconnu entraînant la multiplication d'études concernant leurs attentes dans la prise en charge

des patients en fin de vie. On retrouve dans la littérature, une demande de continuité des soins (19).

En participant à la prise en charge de leurs proches, les aidants acquièrent des responsabilités parfois source de stress. Pour réduire cet inconfort, il est essentiel de les inclure dans la prise en charge en leur transmettant les connaissances nécessaires pour effectuer certaines tâches de soins, en partageant des informations claires et simples et en valorisant leur capacité de savoir-faire (20,21). Le maintien d'une communication interprofessionnelle et d'une coordination entre les différents services de soutien médical et social, ainsi que la création d'un plan d'action clair leur apportent un environnement sécurisant (19).

Dans l'exercice de leur rôle, les aidants comptent d'abord et avant tout sur le soutien du médecin généraliste et des équipes infirmières qui sont les gardiens du soin. Ils sont demandeurs d'une continuité personnelle pour créer une relation de confiance, connaître leurs interlocuteurs et avoir des contacts réguliers afin de ne pas se sentir abandonnés. La satisfaction à l'égard du soutien du médecin généraliste était associée aux visites à domicile, à la facilité d'obtenir un rendez-vous, à l'information sur le diagnostic, au temps d'écoute et de discussion, et aux efforts concernant le contrôle des symptômes (18,22). Tout cela demande au médecin une certaine flexibilité mais surtout une reconnaissance des besoins des aidants, et ce même après le deuil.

Une analyse multivariée a montré une association statistiquement significative entre le bien-être émotionnel après le deuil et la collaboration avec le médecin généraliste pendant la prise en charge du proche. Ils ont constaté que les aidants familiaux en deuil ressentent un bien-être émotionnel plus faible dans les deux à six mois suivant le deuil, par rapport à une population moyenne de référence (1). Cela souligne l'importance du soutien post-perte pour les aidants familiaux.

Le patient en soins palliatifs voire en fin de vie a des attentes similaires à celle de l'aidant (16,23). En effet, les études antérieures, montrent l'importance pour le patient d'être considéré comme une personne à part entière et de vouloir mourir dans des conditions décentes. Cela nécessite évidemment des connaissances médicales mais particulièrement une accessibilité et une adaptabilité du médecin généraliste.

Ainsi l'accent des compétences recherchées par les aidants et les patients en fin de vie est surtout mis sur des compétences non techniques appelées « Soft Skills ».

L'expression soft skills, traduit littéralement par compétences douces, est apparue au début des années 1970 aux Etats-Unis dans les documents de formation de l'armée américaine (24). Elle a été utilisée plus tardivement en France, au milieu des années 1990, dans le monde de l'éducation puis du management. L'émergence de son utilisation a entraîné un clivage avec les compétences techniques appelés « Hard Skills ». En effet, elle renvoie à l'ensemble des compétences qui ne relèvent ni des strictes connaissances, ni des compétences techniques ou de métier, c'est-à-dire centrées sur une pratique ou un univers professionnel. Le développement de ces compétences relèverait de l'expérience vécue et leur mise en œuvre combinerait certaines capacités cognitives, conatives, sociales ou émotionnelles (25). Cela conduirait à un comportement adaptatif et positif qui permettrait aux individus de faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne.

Aucun consensus ou aucune vision unifiée du terme n'a été atteint dans la littérature (24,26). Certains auteurs parlent de « savoir-être » (Bellier, 2004 (27); Le Boterf, 2008 (28)), d'autres évoquent des « compétences humaines » (Brasseur et Magnien, 2009 (29)), des « compétences sociales et relationnelles » (Thiberge, 2007 (30)) et même

des « compétences émotionnelles » (Bender et al., 2009 (31)). Ceci dit Riggio et Saggi (2015, p. 282 (32)) affirment que le terme de « soft skills », bien que vague, présente l'avantage de couvrir un large éventail de compétences.

Ces dernières peuvent être regroupées en 3 macro-compétences : les compétences sociales ou interpersonnelles, les compétences personnelles ou intrapersonnelles et les compétences méthodologiques (33). Chacune regrouperait une multitude de compétences telles que la communication, le travail en équipe, la gestion de conflit, la négociation, l'esthétique, le leadership positif, l'auto-évaluation, d'adaptabilité, les compétences analytiques, la créativité, la résolution de problèmes ou encore la capacité d'apprendre à apprendre (24,34,35).

Les soft skills suscitent de plus en plus l'intérêt des entreprises. Pour être recruté et être performant au travail, les compétences techniques seules ne suffisent plus (36). Elles doivent être complétées par le développement de compétences non techniques. Les demandes de formation sur les thématiques du développement personnel ne cessent de croître et arrivent en deuxième position des formations effectuées en 2016 (26). Les recherches sur ces compétences sont de plus en plus abondantes dans la littérature internationale, que ce soit dans les études cognitives, dans l'éducation, dans l'élaboration des politiques, dans les études du marché du travail, dans la gestion, ou en médecine (24).

Dans les soins de santé, des études ont constaté que l'adoption des compétences non techniques a conduit à une augmentation de la sécurité des patients, une amélioration des compétences techniques, de la satisfaction des patients, de l'adhésion au traitement et même des résultats cliniques (37–39). Elles seraient également considérées comme un outil fondamental pour réduire le risque de burn-out ainsi que

les conflits juridiques et les accusations d'incompétence, d'imprudence ou de faute professionnelle.

Les plaintes aujourd'hui en médecine concernent rarement une application incorrecte ou déficiente des connaissances techniques, ou le manque de compétences professionnelles (40). Au contraire, les patients se concentrent de plus en plus sur la qualité des soins qu'ils reçoivent.

Dans la seconde moitié du XXème siècle, la qualité des soins médicaux est devenue un objectif clé de la recherche entraînant l'augmentation de l'intérêt pour la satisfaction des patients. Pour répondre à ce besoin croissant, plusieurs mesures validées de satisfaction des patients concernant divers aspects des soins ont été créées. On peut citer le Questionnaire de Satisfaction des Patients (PSQ) créé en 1976 et largement utilisé dans la recherche et les études d'amélioration de la qualité. Ou encore l'enquête *Press Ganey* couramment utilisée pour évaluer la satisfaction à l'égard de certains aspects des soins hospitaliers (41).

Au milieu des années 1980, Zeithaml, Parasuraman et Berry, trois chercheurs universitaires réputés dans le domaine du marketing des services, ont développé un instrument de recherche par enquête appelé SERVQUAL ou modèle RATER (42). Il permet de mesurer la satisfaction des clients sur différents aspects de la qualité du service : les actifs corporels, la fiabilité, la réactivité, l'assurance et l'empathie. Cet instrument demande aux participants de remplir une série d'échelles qui mesure leurs attentes à l'égard d'une entreprise particulière sur un large éventail de questions de service spécifiques. Ensuite il leur demande d'enregistrer leurs perceptions de la performance de cette entreprise sur ces mêmes caractéristiques. Lorsque les notes

de performance perçues sont inférieures aux attentes, c'est un signe de mauvaise qualité ; l'inverse indique une bonne qualité (43).

Le développement de ce modèle a fourni aux entreprises de service un moyen d'identifier leurs zones de faiblesse afin de mettre en œuvre des stratégies d'amélioration. Il a d'abord été utilisé dans le secteur des banques, des cartes de crédit, des réparations et d'entretien, et des compagnies de téléphone. Plus tard, il a été utilisé ou adapté dans le milieu médical. Les études retrouvées se sont surtout penchées sur les compétences non techniques des infirmières dans les hôpitaux (23,43,44).

Aucune étude n'a semble-t-il été réalisée sur la satisfaction des soins en médecine générale.

L'objectif principal de ce travail est donc d'évaluer l'utilisation des compétences non techniques par le médecin généraliste lors de l'accompagnement d'un patient en fin de vie à domicile.

Matériel et méthodes

Cette étude a été élaborée par une méthode observationnelle, descriptive, transversale, quantitative, à partir d'auto et hétéro-questionnaires d'une dizaine de questions.

I. Le choix de la méthode

La méthode quantitative observationnelle descriptive a été privilégiée pour l'étude. Elle apparaît adaptée pour comparer l'utilisation des soft skills par le médecin généraliste

dans la prise en charge en fin de vie à domicile, selon les points de vue du médecin, du patient et de l'aidant principal.

II. Population étudiée

La population étudiée était constituée de médecins généralistes prenant en charge des patients en fin de vie à domicile dans le Nord-Pas-de-Calais. Les médecins devaient exercer la médecine générale en ambulatoire. Les patients devaient être majeurs et avoir un aidant principal. Les accords du médecin, du patient en fin de vie et de l'aidant principal pour la participation à l'étude étaient requis.

Les critères d'exclusion retenus étaient :

- être médecin généraliste remplaçant ou étudiant en stage
- exercer dans un autre département que le Nord ou le Pas-de-Calais
- refuser de participer à l'étude
- être un patient en fin de vie mineur

III. Elaboration des questionnaires

Les questionnaires (*Annexe 1*) ont été élaborés en prenant en compte neuf soft skills tirés du modèle SERVQUAL. Le choix de ces 9 compétences est parti du fait qu'elles ont été utilisées dans une étude à Singapour explorant comment leurs utilisations par les infirmières étaient perçues par les patients et leur famille.

Chacune des soft skills avaient une question dédiée avec pour réponse une échelle de satisfaction allant de 0 à 10 (du moins au plus satisfait). Des questions

démographiques en fonction de la personne qui remplirait le questionnaire, ont été rajoutées.

Au final, il y avait 3 questionnaires différents : un pour le médecin, un pour le patient et un pour l'aidant. Ils avaient une base commune (les questions sur les soft skills) et des questions divergentes en fonction de leur rôle dans la relation médecin-malade.

IV. Recueil des données

Chaque questionnaire était intitulé et numéroté pour former un trinôme. Par exemple, questionnaire médecin n°1, questionnaire patient n°1 et questionnaire aidant n°1.

Le questionnaire médecin était plié dans une enveloppe préimprimée à destination de ce dernier. Les deux autres questionnaires étaient mis dans la même enveloppe préimprimée pour le patient et l'aidant.

Les deux enveloppes formant un trinôme étaient regroupées avec un trombone.

Les enveloppes ont été distribuées par moi-même aux médecins généralistes, qui avaient des patients en fin de vie et qui étaient susceptibles de vouloir participer à l'étude, lors de mes remplacements. Certaines ont été données à des remplaçants que je croisais et d'autres à des médecins généralistes, qui connaissaient d'autres médecins généralistes potentiellement intéressés.

Pour agrandir mon recrutement, en mai 2024, un texte résumant l'intérêt de ma recherche a été diffusé sur un réseau social au travers du groupe fermé « Les remplaçants boiteux ». Il s'agit d'un groupe permettant de rechercher et trouver des remplacements en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Une relance a été effectuée un mois plus tard.

Ce même texte a été envoyé par mail à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux des Hauts-de-France pour sa diffusion. Malheureusement, ayant eu une réponse tardive, sa diffusion n'a pas eu lieu.

Le recueil a duré de décembre 2023 à décembre 2024.

Pour remplir le questionnaire, le médecin généraliste devait avoir demandé l'accord du patient et de l'aidant pour la participation à l'étude. Une fois l'accord recueilli, il devait effectuer une visite à domicile chez le patient en présence de l'aidant. A la fin de celle-ci, il devait remettre l'enveloppe préimprimée comportant les questionnaires pour le patient et l'aidant. Puis chacun remplissait le questionnaire de son côté et le renvoyait via l'enveloppe à sa disposition.

A noter que l'aidant pouvait aider le patient si ce dernier avait des difficultés.

V. Analyse des données

Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur proportion, les variables quantitatives par leur moyenne.

VI. Aspects éthiques et juridiques

Une autorisation auprès de la CNIL a été validée.

Il n'y a pas eu besoin de demander un avis auprès du CPP.

Aucun conflit d'intérêt n'est à signaler. Cette étude n'a reçu aucun financement.

Résultats

Le taux de réponse était de 32%. Un total de 16 trinômes sur 50 m'est revenu (*Tableau 1*) : 11 étaient complets et 5 ne l'étaient pas. Parmi les incomplets, soit il manquait le questionnaire du patient et de l'aidant (4 incomplets), soit celui du médecin (1 incomplet). A noter également que parmi 2 des questionnaires patients, certaines informations étaient manquantes.

Aucune réponse n'a été rédigée pour la question ouverte en fin de questionnaire.

L'échantillon étant faible, les trinômes incomplets n'ont pas été exclus de l'analyse descriptive.

Numéro triade	Médecins	Patients	Aidants
T1	X	X	X
T2	X	X	X
T3	X	X	X
T7	X	X	X
T8	X	X	X
T11	X	X	X
T12	X	X	X
T15	X	X	X
T21	X	X	X
T22	X		
T23	X		
T31	X		
T32		X	X
T33	X		
T42	X	X	X
T44	X	X	X

Tableau 1. Ensemble des questionnaires qui me sont revenus

I. Caractéristiques de la population étudiée

Une totalité de 15 médecins généralistes ont répondu à mes questionnaires. La moyenne d'âge de ces praticiens était de 51,6 ans, le plus jeune ayant 33 ans et le

plus âgé 66 ans. Les hommes représentaient 60% des répondants, et les femmes 40%. L'intégralité travaillait en libéral, à 73% dans un environnement semi-rural, 20% en rural et 6% dans un milieu urbain. Un tiers d'entre eux exerçaient en MSP, un autre tiers en cabinet de groupe et le dernier tiers dans un cabinet seul. Le premier médecin s'est installé en 1989 et le dernier en 2021. La plupart n'avait que le diplôme de Médecine Générale tandis que 40% avaient une ou plusieurs formations supplémentaires. (Tableau 2)

Médecin	Age (ans)	Genre	Milieu exercice	Type d'activité	Début installation	Autres diplômes
M1	39	F	Semi-rural	Cabinet de groupe	2013	Oui : Hypnose, Plaie et cicatrisation, Dermatoscopie, Soins Palliatifs
M2	43	F	Semi-rural	Cabinet de groupe	2009	Aucun
M3	33	F	Semi-rural	Cabinet de groupe	2021	Aucun
M4	39	M	Semi-rural	Cabinet de groupe	2013	Oui : Micronutrition
M5	52	M	Semi-rural	Seul	2003	Aucun
M6	56	F	Semi-rural	Seule	1999	Oui : Dermatoscopie
M7	56	F	Semi-rural	Seule	1999	Oui : Dermatoscopie
M8	44	M	Rural	Seul	2015	Aucun
M9	65	M	Urbain	MSP	1989	Aucun
M10	65	M	Urbain	MSP	1989	Aucun
M11	65	M	Urbain	MSP	1989	Aucun
M12	66	M	Semi-rural	MSP	1990	Oui : Pédiatrie
M13	37	F	Semi-rural	MSP	2016	Oui : Pédiatrie
M14	56	M	Semi-rural	Seul	2003	Aucun
M15	59	M	Semi-rural	Cabinet de groupe	1995	Aucun

Tableau 2. Caractéristiques des médecins généralistes

Quant aux patients et aux aidants, ils étaient 12 à m'avoir répondu. Leur moyenne d'âge était de 67,6 ans et 57,1 ans respectivement.

Le patient le plus âgé avait 86 ans et le plus jeune 51 ans. Les femmes représentaient 58% de l'effectif et les hommes 42%. Ils vivaient pour 27% d'entre eux à la campagne et 73% en ville. Ils étaient suivis, en moyenne, par leur médecin généraliste depuis 17,5 ans. Le suivi le plus long était de 35 ans contre 3 ans pour le plus court. La majorité souffrait d'un cancer alors que 20% avait une ou plusieurs autres pathologies faisant qu'ils étaient en fin de vie. (*Tableau 3*)

Patient	Age (ans)	Genre	Milieu de vie	Durée de suivi (ans)	Maladie(s)
P1	64	M		10	
P2	72	F	Rural	15	Cancer côlon et sein multi métastaté
P3	70	F	Urbain	3	Séquelles AVC, Polyarthrite rhumatoïde, escarre sacré
P4	86	F	Rural	8	Cancer endomètre multi métastaté
P5	70	M	Urbain	20	Cancer prostate multi métastaté
P6	64	F	Urbain	25	Cancer caecum multi métastaté
P7	51	M	Urbain	25	Cirrhose avec échec transplantation hépatique
P8	71	F	Rural	8	Escarre sacré, LLC
P9	66	M	Urbain	35	Cancer pulmonaire métastaté
P10	72	F	Urbain		
P11	55	F	Urbain	14	Cancer pulmonaire multi métastaté
P12	70	M	Urbain	30	Cancer gorge

Tableau 3. Caractéristiques des patients

Pour ce qui est des aidants, le plus âgé avait 74 ans et le plus jeune 34 ans. On comptait, 83% de femmes et 17% d'hommes avec une durée moyenne d'accompagnement de 4 ans. L'accompagnement le plus long était de 13 ans versus 1 mois pour le plus court. La plupart étaient encore actifs, à hauteur de 67%, tandis

que 33% étaient retraités. Les $\frac{3}{4}$ des aidants bénéficiaient d'aides pour l'accompagnement (IDE libérale ou HAD) et $\frac{1}{4}$ gérait seul. (*Tableau 4*)

Aidant	Age (ans)	Genre	Durée aide (ans)	Activité Professionnelle	Aide pour accompagnement
A1	57	F	6	Actif : aide médico-psychologique	Oui
A2	54	F	3	Actif : agent administratif	Non
A3	74	M	2	Retraité	Oui
A4	58	F	1	Actif : ingénieure	Oui
A5	68	F	13	Retraité	Non
A6	67	M	1	Retraité	Oui
A7	46	F	2	Actif : femme de ménage	Oui
A8	49	F	1	Actif : secrétaire	Oui
A9	34	F	1	Actif : comptable	Oui
A10	64	F	7	Retraité	Oui
A11	49	F	2	Actif : assistante maternelle	Oui
A12	65	F	10	Actif : assistante maternelle	Non

Tableau 4. Caractéristiques des aidants

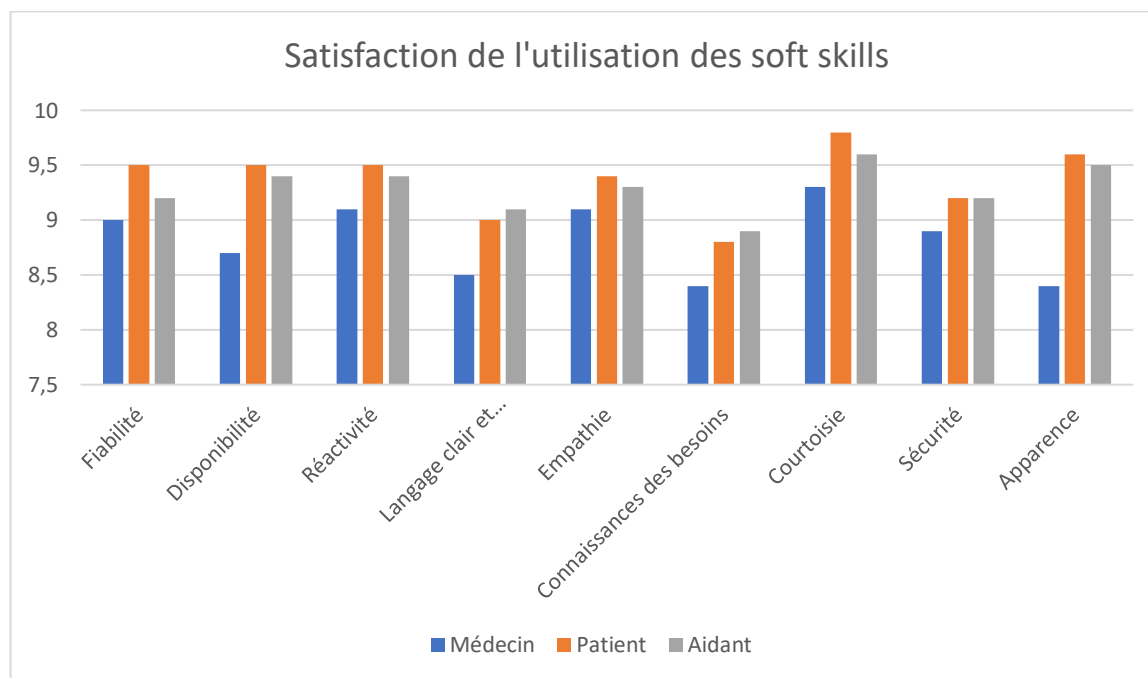
II. Satisfaction de l'utilisation des Soft Skills

Les neuf compétences non techniques ont toutes reçues une note élevée. Les médianes et les modes allaient de 8 à 10. Les moyennes étaient également élevées, comprises entre 8,4 et 9,8 (sur un maximum de 10), comme le montre le tableau 5.

La distribution des résultats est asymétrique gauche.

Moyenne	Fiabilité	Disponibilité	Réactivité	Langage clair et compréhensible	Empathie	Connaissances des besoins	Courtoisie	Sécurité	Apparence
Médecin	9	8,7	9,1	8,5	9,1	8,4	9,3	8,9	8,4
Patient	9,5	9,5	9,5	9	9,4	8,8	9,8	9,2	9,6
Aidant	9,2	9,4	9,4	9,1	9,3	8,9	9,6	9,2	9,5

Tableau 5. Moyennes de satisfaction des soft skills



Graphique 1. Comparaison de la satisfaction d'utilisation des soft skills selon les médecins, les patients et les aidants

Malgré la très faible variation, les données ont révélé que la courtoisie est la compétence, à l'unanimité la mieux perçue dans son utilisation par le médecin généraliste. Cette compétence a reçu le plus grand nombre de satisfaction à 10, soit 25% des réponses (n=26). Le médecin généraliste estime être très courtois lors de ses visites à domicile avec une moyenne de 9,3 sur 10. Les patients et les aidants sont satisfaits par la courtoisie du médecin à hauteur de 9,8 et 9,6 sur 10 respectivement. En revanche, la connaissance des besoins du patient est la compétence, également à l'unanimité, la moins bien perçue dans son utilisation par le médecin généraliste. Elle a reçu le plus grand nombre de moins bonne satisfaction à 7, soit 13% des réponses (n=5). Les patients et les aidants sont satisfaits à 8,8 et 8,9 sur 10 respectivement. Quant au médecin généraliste, il considère être satisfait de ses connaissances sur le besoin du patient à 8,4 sur 10. A moyenne égale, son apparence est aussi la compétence dont il est le moins satisfait. (*Graphique 1*)

Discussion

Dans cette étude, nous avons montré que les compétences non techniques utilisées par le médecin généraliste lors de la prise en charge en fin de vie à domicile sont utilisées globalement de manière satisfaisante selon les médecins, les patients et les aidants. La courtoisie est la compétence qui ressort le plus contrairement à la connaissance sur les besoins du patient qui est celle la moins satisfaite.

Ces résultats sont plutôt surprenants. En effet, j'aurais pensé que les compétences, fiabilité ou empathie auraient été les plus satisfaites car elles me semblent être les plus importantes dans cette relation singulière. En revanche, la courtoisie me semblait moins indispensable et je l'aurais imaginé en dernière position.

Plusieurs explications plausibles peuvent éclaircir ces conclusions. Il est possible que les médecins généralistes se soient sous-estimés ou surestimés sur certaines compétences. L'auto-évaluation n'étant pas objective, on peut parfois être plus exigeant avec soi-même ou au contraire s'estimer performant dans un domaine alors qu'on ne l'est pas. Pareillement, les patients ont pu surestimer leur médecin sur certaines compétences du fait qu'ils les suivent depuis plusieurs années et qu'ils se sentent redevables et ne veulent pas mettre une mauvaise note.

Le manque de temps pour ce type de soins peut expliquer la dernière position des connaissances sur les besoins. Le patient et/ou l'aidant peuvent se sentir pas assez écoutés ou avoir l'impression de ne pas avoir eu le temps d'exprimer toutes leurs inquiétudes/attentes. Ce ressenti peut également être expliqué par le manque de formation du médecin généraliste qui ne sait pas comment aborder certains sujets/questionnements avec le patient et/ou l'aidant. Enfin l'absence de définition des compétences évaluées a pu jouer en défaveur de certaines d'entre-elles. Les patients pouvaient ne pas connaître la signification de certaines compétences comme l'empathie qui est souvent confondue avec la sympathie ou la compassion.

Par ailleurs, la dernière position de la compétence apparence selon les médecins peut révéler qu'ils ne se préoccupent peu de leur tenue vestimentaire alors que celle-ci aurait un impact sur la prise en charge du patient. Il a été démontré qu'elle pouvait influencer l'observance thérapeutique mais également l'aisance et la facilité à se confier (45,46).

Nos résultats ne concordent pas avec les études antérieures réalisées à Singapour et Taiwan qui retrouvent la fiabilité et la réactivité comme compétences les plus importantes (23). Cette discordance peut s'expliquer par le fait qu'il s'agisse d'une

évaluation des soft skills des infirmières et non des médecins, et que cette évaluation a lieu dans le milieu hospitalier comparé à notre étude qui se déroule en ambulatoire. Elle peut également s'expliquer par le fait qu'ils ont un plus grand échantillon que nous, ce qui peut modifier les résultats. En effet, si nous avions eu plus de réponses, nos résultats auraient possiblement été différents.

Etant donné qu'aucune étude sur l'évaluation de la qualité des soins via les soft skills n'a été réalisée en médecine générale, la comparaison ne peut être concluante.

L'originalité du sujet de notre recherche en fait sa force première. Sa seconde force vient de la confrontation entre l'auto-évaluation du médecin et l'hétéroévaluation des patients et des aidants. Le fait de comparer leurs points de vue permet au médecin d'avoir un feedback lui donnant l'occasion de réaliser une introspection (47). Il acquière ainsi une meilleure connaissance et une plus grande prise de conscience de ses attitudes et comportements, ce qui lui permet d'améliorer sa pratique. Ce débriefing multi-source permet à chacun d'apporter une perspective différente et importante (48).

Cette méthode d'apprentissage est utilisée dans l'enseignement supérieur et notamment chez les étudiants en médecine via des jeux de rôles, des Expériences Cliniques Structurées par Objectifs de Groupe (GOSCE) ou encore des Multiples Mini Exams (MME) qui sont des exercices de simulation (48,49). Le feedback personnalisé qui en ressort influence les comportements avec une meilleure conscience de soi et une modification des performances améliorant ainsi les compétences en communication. D'autres méthodes d'enseignement ont également fait leur preuve dans le développement des soft skills. La classe inversée est une stratégie pédagogique permettant d'avoir une explication théorique avant le cours pour que le

temps de ce dernier soit consacré à la résolution de problèmes, la compréhension approfondie et l'application de concepts (50). Elle permet également aux étudiants de regarder le cours à leur rythme, de revenir sur des concepts difficiles et d'arriver en cours mieux préparés (51). Par conséquent elle améliore la motivation, l'engagement et le développement de compétences comme la pensée critique et la résolution de problèmes.

La réalité virtuelle (RV) est, quant à elle, un domaine prometteur dans l'enseignement avec un apprentissage expérimental immersif efficace. Elle est utilisée en chirurgie avec l'outil de simulation OSSO VR qui est une plateforme de formation et d'évaluation par simulation chirurgicale en RV (52). Elle peut également être employée via un appareil de RV incarné par le patient. Dans ce cadre elle influence les attitudes et les comportements des personnes de manière implicite et explicite via l'effet Proteus qui est un phénomène où l'avatar devient l'autoreprésentation des utilisateurs. Elle permet ainsi une prise de conscience et une motivation intrinsèque à en apprendre davantage sur le langage et la communication (53).

Il n'existe pas d'accord ni de réglementation dans le système éducatif sur la manière d'enseigner et d'apprendre les compétences en communication. Elles semblent s'acquérir dans l'environnement professionnel comme un « programme caché » où les médecins apprennent par l'expérience ou le mimétisme des pairs (53). Cependant le développement de leur formation pour les étudiants en médecine est devenu une priorité dans l'enseignement médical dans de nombreux pays. Une revue parapluie a décrit la nécessité d'une formation axée sur les soins centrés sur la personne combinée au développement de « l'identité professionnelle, de la conscience du stress et de l'autoréflexion » (54). Pour cela, il est essentiel d'utiliser une combinaison de

méthodes d'enseignement qui cible les attitudes, les connaissances, les compétences et le comportement des participants pour accomplir un véritable changement (55).

Notre étude a un faible effectif et c'est sa principale limite. Diverses raisons peuvent expliquer ce recrutement difficile. Comme vu dans l'introduction, la plupart des décès en fin de vie ont encore lieu à l'hôpital. Par conséquent, les médecins généralistes sont rarement confrontés à ce type de prise en charge.

De plus, certains font face à des obstacles dans la communication en soins palliatifs. D'une part, le manque de temps dans leur routine pour aborder le sujet ou le fait de ne pas savoir quel langage utilisé, ni si le patient souhaite connaître la vérité, freinent l'initiation d'une conversation. D'autre part, ils préfèrent éviter ce type de conversation par peur de générer des conséquences négatives telles que causer du tort aux patients ou détruire l'espoir (56). Cette crainte de détruire l'espoir peut passer par un retard d'orientation en soins de fin de vie, par la peur de ne pas réussir à soulager ou apaiser la souffrance, ou encore par l'omission de fournir les bonnes informations sur le pronostic de la maladie (57). C'est ce que l'on appelle la stratégie de régulation émotionnelle de l'évitement (58).

L'une des raisons qui peut amener un médecin à utiliser cette stratégie est liée à la fausse croyance selon laquelle ces situations nécessitent une maîtrise de l'art de la psychothérapie. Une autre raison peut être qu'elle permet au médecin de se tenir à distance d'émotions qu'il juge lui-même indésirables. Or il est essentiel que les médecins généralistes travaillent leur conscience de soi afin de tendre vers des stratégies de régulation émotionnelle d'acceptation plutôt que d'évitement (58). Ils seraient ainsi dotés d'une intelligence émotionnelle plus élevée leur permettant de

reconnaitre les besoins émotionnels des patients et ainsi créer des opportunités de conversations sur la fin de vie.

L'initiation de ces conversations permet aux patients et à leurs familles de communiquer sur leurs valeurs de fin de vie et de les soutenir dans l'exploration de leurs préoccupations et de leurs émotions concernant les soins de fin de vie (59).

En découle la Planification Préalable des Soins (PPS), c'est-à-dire la définition des objectifs et des préférences du patient pour les traitements et soins médicaux futurs, l'enregistrement et la révision de ces préférences si nécessaire. Elle permet de préparer les patients et leurs proches à prendre les meilleures décisions possibles en matière de soins sur le moment avec leur médecin généraliste. Des recherches antérieures ont montré que la PPS permettait d'améliorer la communication entre le trinôme médecin/patient/aidant, la communication sur les objectifs de soin et la satisfaction global à l'égard des soins de fin de vie. Elle permettrait également de réduire la détresse psychologique et le deuil compliqué pour les familles et elle donnerait aux patients un sentiment de contrôle et de soulagement. Il est important qu'elle soit initiée le plus tôt possible dans les soins pour pouvoir y consacrer du temps (59).

Certains pays ont élaboré des stratégies pour améliorer les soins palliatifs en médecine générale. Le Royaume-Uni, par exemple, a développé des outils comme le « Gold Standards Framework » ou le programme « Preferred Place of Care » (5). Il pourrait être intéressant de réaliser une étude sur l'impact de ce type d'outil à l'initiation des conversations sur la fin de vie.

Conclusion

Les soft skills sont globalement utilisées de manière satisfaisante dans la prise en charge de la fin de vie à domicile. La courtoisie semble avoir une importance primordiale dans la relation qui unit le médecin, le patient et l'aidant. La connaissance des besoins des patients et des aidants, demande une formation plus approfondie des médecins généralistes pour pouvoir y répondre au mieux.

Références bibliographiques

1. Matthys O, Dierickx S, Deliens L, Lapeire L, Hudson P, Van Audenhove C, et al. Is pre-bereavement collaboration between family caregivers and healthcare professionals associated with post-bereavement emotional well-being? A population-based survey. *Patient Educ Couns*. 1 mai 2023;110:107654.
2. Danielsen BV, Sand AM, Rosland JH, Førland O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 18 juill 2018;17(1):95.
3. Rapport de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) – Mars 2013 - APHP DAJDP [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-de-lobservatoire-national-de-la-fin-de-vie-onfv-mars-2013/>
4. GRIMBERT Justine. Proposition d'optimisation de la prise en charge de la fin de vie à domicile sur le territoire du Douaisis : technique du groupe nominal [Internet]. 2020 [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM113.pdf
5. Geiger K, Schneider N, Bleidorn J, Klindtworth K, Jünger S, Müller-Mundt G. Caring for frail older people in the last phase of life – the general practitioners' view. *BMC Palliat Care*. 2 juin 2016;15(1):52.
6. Ding J, Saunders C, Cook A, Johnson CE. End-of-life care in rural general practice: how best to support commitment and meet challenges? *BMC Palliat Care*. 25 juin 2019;18(1):51.

7. Green E, Knight S, Gott M, Barclay S, White P. Patients' and carers' perspectives of palliative care in general practice: A systematic review with narrative synthesis. *Palliat Med.* avr 2018;32(4):838-50.
8. Brezis M, Lahat Y, Frankel M, Rubinov A, Bohm D, Cohen MJ, et al. What can we learn from simulation-based training to improve skills for end-of-life care? Insights from a national project in Israel. *Isr J Health Policy Res.* 6 nov 2017;6(1):48.
9. Astier C. Quels sont les besoins et les attentes des médecins généralistes dans l'aide à la mise en place de soins palliatifs à domicile? :64.
10. Sansoucy É. Facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale: vécu des aidants naturels. :191.
11. Dromer C. Les facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale: vécu des médecins généralistes. :97.
12. Cueille V. Le médecin généraliste face à la fin de vie à domicile: connaissances, compétences et limites. État des lieux auprès des médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure. :114.
13. Delivery and outcomes of end-of-life care in the Australian context: Experiences and reflections of general practitioners - Ding - *Health & Social Care in the Community* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.13931>
14. Mitchell S, Loew J, Millington-Sanders C, Dale J. Providing end-of-life care in general practice: findings of a national GP questionnaire survey. *Br J Gen Pract.* sept 2016;66(650):e647-53.
15. MARTEL Laura. Rôles et attentes des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en fin de vie à domicile [Internet]. 2015 [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2015_Medecine_MartelLaura.pdf
16. Bailly-Dantan H. Les attentes des patients, en soins palliatifs, pris en charge au domicile, vis à vis de leur médecin généraliste. :63.
17. DECOSTER Catherine. Etat des lieux et perspectives d'amélioration de la prise en charge d'un patient relevant de soins palliatifs à domicile par le médecin généraliste [Internet]. 2013 [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2013/LIL2_STME_2013_119.pdf
18. Johnson CE, Senior H, McVey P, Team V, Ives A, Mitchell G. End-of-life care in rural and regional Australia: Patients', carers' and general practitioners' expectations

of the role of general practice, and the degree to which they were met. *Health Soc Care Community*. nov 2020;28(6):2160-71.

19. Seamark D, Blake S, Brearley SG, Milligan C, Thomas C, Turner M, et al. Dying at home: a qualitative study of family carers' views of support provided by GPs community staff. *Br J Gen Pract*. déc 2014;64(629):e796-803.

20. Pinault L. Intérêt d'une formation spécifique pour les aidants naturels de patients en fin de vie à domicile: étude rétrospective auprès de 53 familles. :79.

21. Tourteau A, Michel-Leitao A. Quel est le vécu positif de l'aidant principal ayant accompagné un proche en fin de vie à domicile? :42.

22. Valued aspects of primary palliative care: content analysis of bereaved carers' descriptions | *British Journal of General Practice* [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: <https://bjgp.org/content/54/507/772.long>

23. Ng LK. The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: A research study. *Nurse Educ Today*. 1 févr 2020;85:104302.

24. Touloumakos AK. Expanded Yet Restricted: A Mini Review of the Soft Skills Literature. *Front Psychol*. 4 sept 2020;11:2207.

25. DU ROSCOAT Briec, SERVAJEAN-HILST Romaric, BAUVET Sébastien, LALLEMENT Rémi. Les soft skills pour innover et transformer les organisations [Internet]. 2022 [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2022-dt-soft_skills-mai.pdf

26. Theurelle-Stein D, Barth I. Les soft skills au cœur du portefeuille de compétences des managers de demain. *Manag Avenir*. 2017;95(5):129-51.

27. BELLIER Sandra. Le savoir-être dans l'entreprise - Utilité en gestion des ressources humaines. 2ème. VUIBERT; 2004. 210 p. (Vital Roux).

28. Le Boterf G. Repenser la compétence: pour dépasser les idées reçues quinze propositions. Paris: Eyrolles-Éd. d'Organisation; 2008. (Collection Ressources humaines).

29. Brasseur M.,Magnien L. Quel est le rôle de l'apprentissage dans la diffusion de la pratique exemplaire, *Revue internationale de Psycho-sociologie*. 2009;p327-355.

30. Thiberge Bruno. La question des compétences sociales et relationnelles : point de vue de praticiens. Edition L'Harmattan. 2007. 220 p. (Questions Contemporaines).

31. Bender AF, Dejoux C, Wechtler H. Carrières nomades et compétences émotionnelles. 2009;(73):p19-36.

32. Riggio RE, Saggi K. Incorporating “Soft Skills” Into the Collaborative Problem-Solving Equation. 2015;8(2):p281-284.
33. AUNEGe. Document de référence sur les soft skills [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://aunege.fr/statics/c2/files/c2-aunege-referentiel-commun.pdf>
34. Continisio GI, Serra N, Guillari A, Simeone S, Lucchese R, Gargiulo G, et al. Evaluation of soft skills among Italian healthcare rehabilitators: A cross sectional study. *J Public Health Res.* 17 mai 2021;10(3):2002.
35. Abel M. Soft skills - référentiel. :4.
36. Dreamjob.ma. Dreamjob.ma. 2022 [cité 19 oct 2022]. Soft Skills : Définition et Liste Complète. Disponible sur: <https://www.dreamjob.ma/coaching-emploi/soft-skills/>
37. Sancho-Cantus D, Cubero-Plazas L, Botella Navas M, Castellano-Rioja E, Cañabate Ros M. Importance of Soft Skills in Health Sciences Students and Their Repercussion after the COVID-19 Epidemic: Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 10 mars 2023;20(6):4901.
38. Alexandrino H, Martinho B, Ferreira L, Baptista S. Non-technical skills and teamwork in trauma: from the emergency department to the operating room. *Front Med.* 5 déc 2023;10:1319990.
39. Lluch AM, Lluch C, Arregui M, Jiménez E, Giner-Tarrida L. Peer Mentoring as a Tool for Developing Soft Skills in Clinical Practice: A 3-Year Study. *Dent J.* 17 mai 2021;9(5):57.
40. Iorio S, Cilione M, Martini M, Tofani M, Gazzaniga V. Soft Skills Are Hard Skills—A Historical Perspective. *Medicina (Mex).* août 2022;58(8):1044.
41. Wollney EN, Vasquez TS, Fisher CL, Armstrong MJ, Paige SR, Alpert J, et al. A systematic scoping review of patient and caregiver self-report measures of satisfaction with clinicians’ communication. *Patient Educ Couns.* 1 déc 2023;117:107976.
42. Fripp G. THE Marketing Study Guide. 2013 [cité 23 avr 2023]. SERVQUAL’s 22 Questions. Disponible sur: <https://www.marketingstudyguide.com/servquals-22-questions/>
43. Cheng Lim P, Tang NKH. A study of patients’ expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *Int J Health Care Qual Assur.* 1 janv 2000;13(7):290-9.
44. Chou SM, Chen TF, Woodard B, Yen MF. Using SERVQUAL to Evaluate Quality Disconfirmation of Nursing Service in Taiwan. *J Nurs Res.* juin 2005;13(2):75.

45. Guilbert PT. Impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur la relation médecin-malade : revue de la littérature.
46. MEKEDDEM Walid. Relation entre la tenue vestimentaire des médecins généralistes et l'observance thérapeutique de leurs patients : étude quantitative observationnelle transversale menée en région Nord Pas-de-Calais [Internet]. 2020 [cité 12 mars 2025]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/RESTREINT/Th_Medecine/2020/2020LILUM478.pdf
47. Givron H, Deseilles M. Longitudinal study: Impact of communication skills training and a traineeship on medical students' attitudes toward communication skills. *Patient Educ Couns*. 1 avr 2021;104(4):785-91.
48. Konopasek L, Kelly KV, Bylund CL, Wenderoth S, Storey-Johnson C. The Group Objective Structured Clinical Experience: Building communication skills in the clinical reasoning context. *Patient Educ Couns*. 1 juill 2014;96(1):79-85.
49. Behavioral assessment of soft skill development in a highly structured pre-health biology course for undergraduates. *J Microbiol Biol Educ* [Internet]. 8 juill 2024 [cité 9 mars 2025];25(2). Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/org/science/article/pii/S1935787724000364>
50. Elkhalladi J, Sefrioui A. Teachers' knowledge of soft skills and flipped classrooms: Nursing and health technologies. *Heliyon*. 30 août 2024;10(16):e35668.
51. Elkhalladi J, Sefrioui A. The Impact of the Flipped Classroom on the Development of Radiology Students' Soft Skills. *J Radiol Nurs*. 1 juin 2024;43(2):142-6.
52. Cobianchi L, Mas FD, Verde JM, Garcia-Vazquez A, Martellucci J, Swanstrom L, et al. Why non-technical skills matter in surgery. New paradigms for surgical leaders. *Discov Health Syst* [Internet]. 2022 [cité 15 janv 2024];1(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9466332/>
53. Hoek KB, van Velzen M, Sarton EY. Patient-embodied virtual reality as a learning tool for therapeutic communication skills among anaesthesiologists: A phenomenological study. *Patient Educ Couns*. 1 sept 2023;114:107789.
54. Menezes P, Guraya SY, Guraya SS. A Systematic Review of Educational Interventions and Their Impact on Empathy and Compassion of Undergraduate Medical Students. *Front Med* [Internet]. 8 nov 2021 [cité 26 mars 2025];8. Disponible sur: <https://www.frontiersin.orghttps://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2021.758377/full>

55. Byrne M, Campos C, Daly S, Lok B, Miles A. The current state of empathy, compassion and person-centred communication training in healthcare: An umbrella review. *Patient Educ Couns.* févr 2024;119:108063.
56. Saretta M, Doñate-Martínez A, Alhambra-Borrás T. Barriers and facilitators for an effective palliative care communication with older people: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 1 août 2022;105(8):2671-82.
57. Qama E, Diviani N, Grignoli N, Rubinelli S. Health professionals' view on the role of hope and communication challenges with patients in palliative care: A systematic narrative review. *Patient Educ Couns.* 1 juin 2022;105(6):1470-87.
58. Givron H, Desseilles M. The role of emotional competencies in predicting medical students' attitudes towards communication skills training. *Patient Educ Couns.* 1 oct 2021;104(10):2505-11.
59. De Vleminck A, Craenen L, Stevens J, Lemaigre V, Pype P, Deliëns L, et al. Emotional cues and concerns of patients with a life limiting, chronic illness during advance care planning conversations in general practice. *Patient Educ Couns.* 1 févr 2023;107:107563.

Annexes

Questionnaire médecin n°



Chère consœur, Cher confrère,

Je m'appelle Noémie ALLIOT, je suis interne en dernier semestre de Médecine Générale et effectue ma thèse sur l'évaluation de l'utilisation des « compétences non techniques » par le Médecin Généraliste lors de l'accompagnement d'un patient en fin de vie à domicile.

Selon l'Observatoire National de la Fin de Vie, 81% des Français veulent mourir à domicile mais seulement 25,5% des décès y surviennent. Les données de la littérature sur l'accompagnement en fin de vie d'un patient à domicile, identifient des pistes d'amélioration dont la plupart font partie de « compétences non techniques » appelées « soft skills ». Ces dernières commencent juste à être étudiées dans le domaine médical alors que les patients jugent de plus en plus la qualité des soins.

L'objectif est de confronter les points de vue du Médecin Généraliste, du patient et de l'aidant principal afin de savoir dans quelle proportion sont utilisées ces compétences dans l'accompagnement de la fin de vie à domicile.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Vous devez vous rendre en visite à domicile avec les 3 questionnaires (le vôtre, celui du patient et celui de l'aidant).

Une fois la visite terminée, vous devez remplir chacun votre questionnaire de votre côté. Par exemple pour vous, dans votre voiture ou lorsque vous êtes retourné à votre cabinet.

Pour compléter le questionnaire, il vous suffit de cocher ou entourer un des chiffres allant de 0 à 10 (du moins au plus satisfaisant). Les dernières questions sont rédactionnelles.

Une fois que vous avez répondu, vous pouvez glisser votre questionnaire dans l'enveloppe pré-timbrée à votre disposition.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail et des quelques minutes que vous y avez accordé.

Si vous souhaitez avoir plus d'informations concernant l'étude, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : noemie.alliot.etu@univ-lille.fr

1. A quel point pensez-vous être fiable (digne de confiance, loyal) pour votre patient ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. A quel point pensez-vous être disponible pour votre patient ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. A quel point pensez-vous être réactif pour votre patient ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. A quel point votre langage est facile et clair à comprendre pour votre patient ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. A quel point pensez-vous être empathique avec votre patient ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. A quel point pensez-vous connaître les besoins de votre patient ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. A quel point pensez-vous être courtois avec votre patient ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. A quel point pensez-vous que votre patient se sente en sécurité (ait confiance en vos gestes et actions) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. A quel point pensez-vous avoir une apparence adaptée à la situation de prise en charge ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Quel âge avez-vous ?

11. Etes-vous une femme ou un homme ?

12. Quel est votre milieu d'exercice ? Rural Urbain Semi-rural

13. Quel est votre mode d'exercice ? Libéral Salarié

14. Quel est votre type d'activité ? Seul Cabinet de groupe MSP

15. Depuis quand exercez-vous ?

16. Avez-vous d'autres diplômes ou formations ?

17. Avez-vous d'autres remarques ou commentaires à ajouter ? (Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier le patient ou le proche. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé).

Questionnaire patient n°



Bonjour,

Je m'appelle Noémie ALLIOT, je suis interne en dernier semestre de Médecine Générale et effectue ma thèse sur l'évaluation de l'utilisation des « compétences non techniques » par le Médecin Généraliste lors d'une visite à domicile.

Il existe dans la relation médecin malade des « compétences non techniques » appelées « soft skills ». Ces dernières commencent juste à être étudiées dans le domaine médical

alors que les patients jugent de plus en plus la qualité des soins.

L'objectif est de confronter les points de vue du Médecin Généraliste, du patient et de l'aidant principal pour savoir dans quelle proportion sont utilisées ces compétences dans la relation médecin malade à domicile.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Votre médecin traitant vous l'a remis à la fin de la visite qu'il a effectuée.

Vous ne devez pas le remplir en sa présence.

Vous pouvez vous faire aider par votre proche si besoin.

Pour le compléter, il vous suffit de cocher ou entourer un des chiffres allant de 0 à 10 (du moins au plus satisfait). Les dernières questions sont rédactionnelles.

Une fois que vous avez répondu, vous pouvez glisser les questionnaires (le vôtre et celui de votre aidant) dans l'enveloppe pré-timbrée pour me les renvoyer.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail et des quelques minutes que vous y avez accordé.

Si vous souhaitez avoir plus d'informations concernant l'étude, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : noemie.alliot.etu@univ-lille.fr

1. A quel point votre médecin traitant a été fiable (digne de confiance, loyal) avec vous ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. A quel point votre médecin traitant a été disponible pour vous ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. A quel point votre médecin traitant a été réactif pour vous ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. A quel point votre médecin traitant a utilisé un langage facile et clair à comprendre pour vous ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. A quel point votre médecin traitant a été empathique avec vous ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. A quel point votre médecin traitant connaît vos besoins ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. A quel point votre médecin traitant a été courtois avec vous ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. A quel point vous êtes-vous senti en sécurité avec lui (ait confiance en ses gestes et actions) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. A quel point votre médecin traitant avait une apparence adaptée à votre prise en charge ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Quel âge avez-vous ?

11. Etes-vous une femme ou un homme ?

12. Où vivez-vous ? En ville A la campagne

13. Quel métier avez-vous exercé ?

14. Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre médecin traitant ?

15. Quelle maladie avez-vous ?

16. A ce jour, dans quel état d'esprit êtes-vous par rapport à votre état de santé ?

17. Avez-vous des remarques ou commentaires à ajouter ? (Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier votre proche ou le médecin généraliste. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé).

Questionnaire aidant n°



Bonjour,

Je m'appelle Noémie ALLIOT, je suis interne en dernier semestre de Médecine Générale et effectue ma thèse sur l'évaluation de l'utilisation des « compétences non techniques » par le Médecin Généraliste lors d'une visite à domicile.

Il existe dans la relation médecin malade des « compétences non techniques » appelées « soft skills ». Ces dernières commencent juste à être étudiées dans le domaine médical alors que les patients jugent de plus en plus la qualité des soins.

L'objectif est de confronter les points de vue du Médecin Généraliste, du patient et de l'aidant principal afin de savoir dans quelle proportion sont utilisées ces compétences dans la relation médecin malade à domicile.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Le médecin de votre proche vous l'a remis à la fin de la visite qu'il a effectuée et à laquelle vous avez assisté. Vous ne devez pas le remplir en sa présence.

Vous pouvez aider votre proche à remplir son questionnaire s'il a besoin.

Pour le compléter, il vous suffit de cocher ou entourer un des chiffres allant de 0 à 10 (du moins au plus satisfait). Les dernières questions sont rédactionnelles.

Une fois que vous avez répondu, vous pouvez glisser les questionnaires (le vôtre et celui de votre proche) dans l'enveloppe pré-timbrée pour me les renvoyer.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail et des quelques minutes que vous y avez accordé.

Si vous souhaitez avoir plus d'informations concernant l'étude, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : noemie.alliot.etu@univ-lille.fr

1. A quel point le médecin traitant a été fiable (digne de confiance, loyal) avec votre proche ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. A quel point le médecin traitant a été disponible pour votre proche ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. A quel point le médecin traitant a été réactif pour votre proche ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. A quel point le médecin traitant a utilisé un langage facile et clair à comprendre pour votre proche ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. A quel point le médecin traitant a été empathique avec votre proche ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. A quel point le médecin traitant connaît les besoins de votre proche ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. A quel point le médecin traitant a été courtois avec votre proche ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. A quel point avez-vous senti votre proche en sécurité avec lui (confiance en ses gestes et actions) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. A quel point le médecin traitant avait une apparence adaptée à la prise en charge de votre proche ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Quel âge avez-vous ?

11. Etes-vous une femme ou un homme ?

12. Depuis combien de temps êtes-vous l'aidant de votre proche ?

13. Etes-vous actif ou à la retraite ?

14. Quel est ou était votre métier ?

15. Bénéficiez-vous d'aide pour l'accompagnement ?

16. Avez-vous des remarques ou commentaires à ajouter ? (Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier le médecin traitant ou votre proche. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé).

AUTEURE : Nom : ALLIOT

Prénom : Noémie

Date de soutenance : 16 mai 2025

Titre de la thèse : Evaluation de l'utilisation des "compétences non techniques" par le médecin généraliste lors de l'accompagnement d'un patient en fin de vie à domicile

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : End-of-life ; carer ; general practice ; point of view ; soft (service) skills

Résumé :

Contexte : En raison du vieillissement de la population, de plus en plus de patients reçoivent des soins de fin de vie et la plupart souhaite mourir à domicile. Grâce à leur rôle pivot, les médecins généralistes sont les plus à même de réaliser cette tâche mais ils se heurtent à certains obstacles. Les données de la littérature sur l'accompagnement en fin de vie d'un patient à domicile identifient des pistes d'amélioration. On retrouve la recherche d'un médecin généraliste disponible, doué en communication, qui s'adapte, apporte un soutien psychosocial et sache évaluer les besoins des aidants. Ces exemples font partie des compétences transversales appelées soft skills. Elles commencent à être étudiées dans le domaine médical. Cependant les patients jugent de plus en plus la qualité des soins, l'intérêt est majeur. Les études disponibles concernent les soins infirmiers et les hôpitaux mais pas la médecine générale.

Méthode : Cette étude a été élaborée par une méthode observationnelle, descriptive, transversale, quantitative, à partir d'auto et hétéro-questionnaires d'une dizaine de questions. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur proportion, les variables quantitatives par leur moyenne.

Résultats : Les 9 soft skills ont toutes reçues des notes élevées avec des moyennes allant de 8,4 à 9,8 sur 10. La courtoisie est la compétence la mieux perçue dans son utilisation comparée à la connaissance des besoins du patient qui est la moins bien perçue.

Conclusion : Les soft skills sont globalement utilisées de manière satisfaisante dans la prise en charge de la fin de vie à domicile. La courtoisie semble avoir une importance primordiale dans la relation qui unit le médecin, le patient et l'aidant. La connaissance des besoins des patients et des aidants, demande une formation plus approfondie des médecins généralistes pour pouvoir y répondre au mieux.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseur : Monsieur le Docteur Frédéric JAGOSZ

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sabine BAYEN