



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2020

Thèse N°022

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 07/02/2020

PAR

MLLE LARAKI YASSMINE

Né le 26/11/1994 à Casablanca

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Communication - relation patient/médecin-langage

JURY

Mr. H.AMMAR Professeur d'Otho-rhino-laryngologie	PRESIDENT
Mr. A.ABOUCHADI Professeur de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale	RAPPORTEUR
Mme. H.RAIS Professeur d'Anatomie Pathologie	} JUGES
Mr. Y.QAMOUSS Professeur d'Anesthésie Réanimation	
Mr. K.MOUFID Professeur d'Urologie	



{ قالوا سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إنك أنت العليم الحكيم }

صدق الله العظيم
سورة البقرة " آية 32 "

Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



Liste des Professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie

ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUI Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation

BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- reanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- reanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- Clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- reanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virology
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - reanimation

ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation

EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHRI Anass	Histologie– embyologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

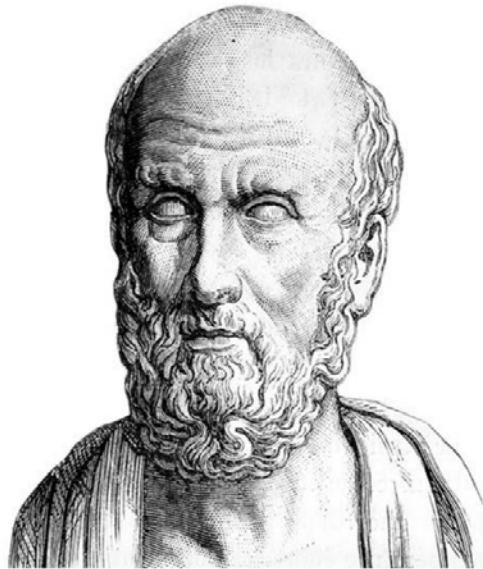
Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie reanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro–entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio–organique
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie Clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie –Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale

BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie Clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

« Ars longa, vita brevis, occasio praeceps, experimentum
periculosum, iudicium difficile »

« L'art est long, la vie est courte, l'occasion éphémère, l'expérience
dangereuse, le jugement difficile »



Hippocrate



Dédicaces



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 

À mes très chers parents :

Vous nous avez élevés dans l'honneur, la droiture et la dignité. Je souhaite que cette thèse vous apporte la joie de voir aboutir vos espoirs et j'espère avoir été digne de votre confiance. Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que vous avez consentis pour notre éducation et notre bien être.

وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْنِي
كَمَا رَبَّيْتَنِي صَغِيرًا

سورة الاسراء 24



À maman

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études. Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements. Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. Je t'aime maman...

À papa

À celui qui m'a tout donné sans compter, à celui qui m'a soutenu toute ma vie, à celui à qui je dois ce que je suis et ce que je serai. De tous les pères, tu as été le meilleur, tu as su m'entourer d'attentions. Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que tu n'as cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. Tu as cru en moi quand j'ai perdu espoir, tu m'as hissée vers le haut quand j'ai baissé mes bras. Cher papa, tu es un homme de cœur, je ne suis pas la seule à l'affirmer. Tu m'as entourée d'attentions, orientée dans la vie ; tu m'as chérie et protégée. Je t'ai regardé en œuvres, papa, depuis toute petite J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offert, mais une vie entière ne suffirait aucunement. Ce modeste travail qui est avant tout le tien, n'est que la consécration de tes grands efforts, ton rêve le plus cher, le fruit de tes encouragements et tes immenses sacrifices. J'espère pouvoir t'honorer un jour et faire ta fierté comme tu as fait la mienne. Puisse Dieu tout-puissant te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et t'accorder une longue et heureuse vie. Je t'aime très fort, mon très cher papa, et j'espère que tu seras toujours fier de moi.

À la mémoire de mon arrière grand-mère : Mui fatna

La lumière que ne s'éteint jamais. Que dieu te bénisse et t'accueille dans son éternel paradis. Ce travail est pour moi le fruit de tes prières. J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi. Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour.

À la mémoire de mes deux grands pères

J'espère vous avoir rendue fiers. En sachant que de là-haut vous veillez constamment sur nous, puisse vos âmes reposer en paix.

À mes deux grands-mères Mui lala et Mamie

Ce travail est pour moi le fruit de vos prières. C'est à travers vos encouragements que j'ai opté pour cette noble profession. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour infini.

À mes frères Larakî, Hamza et Youssef

Quoi que je dise, je ne saurais exprimer l'amour et la tendresse que j'ai pour vous. Je vous remercie, pour votre support, votre dévouement et indéfectible soutien, et vous dédie ce travail, pour tous les moments de joie, de complicité, et de taquinerie qu'on a pu partager ensemble. Vous êtes la joie de ma vie. L'affection et l'amour fraternel que vous me portez m'ont soutenu durant mon parcours. J'espère que vous êtes fiers de votre sœur et que vous trouverez dans cette thèse l'expression de mon affection pour vous. Puisse Dieu le tout-puissant vous préserver du mal, vous combler de santé et de bonheur, et vous tracer le chemin que vous souhaitez. Que l'amour et la fraternité nous unissent à jamais. Je vous aime énormément.

À ma sœur de cœur Yasmine Hicham

Voilà déjà 9 ans qu'on se connaît. Tu étais et tu resteras à jamais ma sœur et ma confidente. Nous avons traversé beaucoup de moments ensemble, les bons comme les plus difficiles. Tout est gravé dans le plus profond de ma mémoire, témoin de notre amour et complicité. Malgré la distance, tu étais à mes cotés pendant toutes les étapes de ma vie et je t'en suis très reconnaissante.. Je te dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en souvenirs de notre indéfectible union qui s'est tissé au fil des jours. Puisse dieu te protéger, garder et renforcer notre fraternité et notre amour inconditionnel.

À tout mes oncles et mes tantes, cousins et cousines, petits et grands :

J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom. J'ai une chance inestimable d'être née dans une famille si aimante et si généreuse. Merci pour vos encouragements, votre soutien tout au long de ces années. En reconnaissance à la grande affection que vous me témoignez et pour la gratitude et l'amour sincère que je vous porte

À mes très chers amis : M. Jiddi , O.Mansouri , S.Jourani , A.Lahrougui , I.Zoubir , H.Baali :

Sans vous les études médicales n'auraient pas été les mêmes. Nos soirées, nos fous-rires et notre bonne humeur ont su faire face à toutes les épreuves imposées par ce parcours en médecine, et pour cela, merci. Je sais que je pourrais toujours compter sur vous, aussi bien à l'hôpital qu'en dehors. Nous avons passé la majeure partie de notre chemin ensemble, et je sais que le meilleur reste à venir. Je dédie ce travail à notre grande amitié, qui je l'espère sera éternelle.

*À mes amis et collègues : M.Elkiassi , S.Rachda , N.Nouidi , S.Bounhar , K.Amrani ,
A.Lahouaoui , H.Loulida , S.Haddouga , Z.Zbiri , A.Tichira :*

En témoignage de tous nos moments, de l'amitié qui nous unit et des souvenirs que nous avons passés ensemble, à toutes les nuits blanches, les longues journées de travail et de durs labeurs. A tous nos éclats de rires. Je vous dédie ce travail en mémoire de tout ce qu'on a traversé que nul ne comprendra mieux que vous. Que notre fraternité reste éternelle.

À vous M.Belkaïsh et S.Bni :

On m'a toujours dit que nos camarades de médecine deviennent une seconde famille que l'on voit plus souvent que la vraie. Je confirme aujourd'hui cette rumeur : vous êtes ma seconde famille et je pense que ce lien est éternel Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté et vous souhaite le meilleur dans la vie. Avec tout mon respect et toute mon affection .

À mes amis d'enfance : Y.Benjelloune , R.Anrar , R.Aitdaoud , I.Dourayi

A tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

*À tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.
À tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin dans la réalisation de ce travail. Qu'ils trouvent ici
l'expression de mon profond respect, ma reconnaissance et mon estime pour l'encouragement et
l'aide qu'ils m'ont accordée.*



Remerciements



A NOTRE MAITRE, PRESIDENT DE THESE MONSIEUR LE
Professeur Ammar Haddou

Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE, RAPPORTEUR DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR Abdeljalil Abouchadi

Il m'est impossible de dire en quelques mots ce que je vous dois. Par votre rigueur, votre dynamisme et votre passion dans l'exercice de votre métier, vous avez su me communiquer le désir d'offrir le meilleur de moi-même. Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier la responsabilité de ce travail. Je vous en remercie profondément. Je vous suis très reconnaissante pour tout le temps et les sacrifices que vous avez dû faire aux dépens de votre travail et de vos obligations, pour tous vos efforts incomparables, pour toutes ces informations si précieuses, gratuitement livrées, ainsi que pour vos encouragements inlassables, vos conseils judicieux, et vos remarques hors-paires. Veillez trouver ici, cher maître, le témoignage de ma vive gratitude, de mes sentiments les plus distingués et de ma plus haute considération

A NOTRE MAITRE,
JUGE DE THESE Madame Hanane Raïs

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour votre simplicité avec laquelle vous m'avez accueilli. Votre présence constitue pour moi un grand honneur. De votre enseignement brillant et précieux, je garderai les meilleurs souvenirs. Par votre modestie, vous m'avez montré la signification morale de notre profession. Je vous remercie de votre gentillesse. Femme de grandes valeurs, vous nous avez toujours marqué par vos qualités professionnelles et humaines, ainsi que par votre grande bienveillance et humilité. Qu'il me soit ainsi permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de mon grand respect et l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE, JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR QAMOUSS YOUSSEF**

Aucune expression ne saurait témoigner de notre gratitude et de la grande estime que nous portons à votre personne. Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi ce jury. Vos encouragements, votre disponibilité et votre gentillesse, ne peuvent que solliciter de notre part sincère reconnaissance et admiration. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE, JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR Moufid Kamal**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire part de cet honorable jury et je vous remercie de la confiance que vous avez bien voulu m'accorder. Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité ma profonde admiration. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma reconnaissance et l'assurance de mes sentiments respectueux.

*A toute l'équipe du service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'hôpital militaire
Avicenne de Marrakech
A tous les enseignants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
A tout le personnel de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
A tous ceux qui ont aidé de loin ou de près à l'élaboration de ce travail*



*LISTE DES FIGURES
& DES TABLEAUX*



Listes des figures :

Figure 1 : Les différentes nominations de la mandibule selon les médecins

Figure 2 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 3 : Les différentes nominations de l'os zygomatique selon les médecins.

Figure 4 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 5 : Les différentes nominations du condyle selon les médecins

Figure 6 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 7 : Les différentes nominations de la gencive selon les médecins

Figure 8 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 9 : Les différentes nominations de l'articulation temporo-mandibulaire selon les médecins

Figure 10 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 11 : Les différentes nominations de la douleur selon les médecins

Figure 12 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 13 : Les différentes nominations de la paresthésie selon les médecins

Figure 14 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 15 : Les différentes nominations de la paralysie selon les médecins

Figure 16 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 17 : Les différentes nominations de tuméfaction selon les médecins

Figure 18 : Le degré de compréhension de la terminologie attribué par les médecins

Figure 19 : Les différentes nominations de la plaie pénétrante selon les médecins

Figure 20 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 21 : Les différentes nominations de la plaie non pénétrante selon les médecins

Figure 22 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 23 : Les différentes nominations de l'ecchymose selon les médecins

Figure 24 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 25 : Les différentes nominations de la fracture non déplacée selon les médecins

Figure 26 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 27 : Les différentes nominations de la fracture déplacée selon les médecins

Figure 28 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 29 : Les différentes nominations du lavage selon les médecins

Figure 30 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 31 : Les différentes nominations des sutures selon les médecins

Figure 32 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 33 : Les différentes nominations de l'antibiotique selon les médecins

Figure 34 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 35 : Les différentes nominations de l'hygiène buccodentaire selon les médecins

Figure 36 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 37 : Les différentes nominations de la sonde nasogastrique selon les médecins

Figure 38 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 39 : Les différentes nominations de la fixation intermaxillaire selon les médecins

Figure 40 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 41 : Les différentes nominations des plaques selon les médecins

Figure 42 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 43 : Les différentes nominations de l'ankylose temporo-mandibulaire selon les médecins

Figure 44 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 45 : Les différentes nominations de la pseudarthrose selon les médecins

Figure 46 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 47 : Les différentes nominations de la cicatrice vicieuse selon les médecins

Figure 48 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 49 : Les différentes nominations de l'ectropion selon les médecins

Figure 50 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 51 : Les différentes nominations de l'infection selon les médecins

Figure 52 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

Figure 53 : différences des scores d'empathie affective et cognitive au cours des années
d'études de médecine

Figure 54 : Règle des 7-38-55 d'Albert Mehrabian

Liste des tableaux :

TABLEAU I : comparaison des différents modèles de relation médecin – patient retenus par Emmanuel et Emmanuel (1992)

Tableau II : langues utilisées dans les facultés de médecine dans différents pays .



Plans



INTRODUCTION	2
MATERIELS ET METHIODES	4
RESULTATS	7
I. Anatomie	8
1. Mandibule (الفك السفلي)	8
2. Os zygomatic (العظم الوجني)	9
3. Condyle (لقمة الفك السفلي)	10
4. Gencive (اللثة)	11
5. Articulation temporo-mandibulaire (المفصل الفكي الصدغي)	12
II. Symptomatologie	13
1. Douleur (ألم)	13
2. Paresthésie (تتمل)	14
3. Paralyse (شلل)	15
4. Tuméfaction (تورم)	16
III. Pathologie	17
1. Plaie pénétrante (جرح عميق)	17
2. Plaie non pénétrante (جرح غير عميق)	18
3. Ecchymose (كدمة)	19
4. Fracture non déplacée (كسر غير منفصل)	20
5. Fracture déplacée (كسر منفصل)	21
IV. Traitement	22
1. Lavage (غسيل)	22
2. Sutures (الغرز)	23
3. Antibiotique (مضاد حيوي)	24
4. Hygiène buccodentaire (صحة الفم والأسنان)	25
5. Sonde nasogastrique (لأنبوب الأنفي المعدي)	26
6. Fixation intermaxillaire (تثبيت بين الفكين)	27
7. Plaques (صفيحة الوجه)	28
V. Évolution et pronostic	29
1. Ankylose temporo-mandibulaire (قسط المفصل الفك الصدغي)	29
2. Pseudarthrose (عدم التئام الكسر)	30
3. Cicatrice vicieuse (ندب مشوهة)	31
4. Ectropion (شتر خارجي)	32
5. Infection (عدوى)	33
DISCUSSION	34
I. Communication	35
1. Le contexte	36
2. Le contact	37
3. Le message	37
4. Le code	37
II. Relation patient-médecin	38
1. Modèles de relation patient médecin	38
2. L'empathie	40

III. Composantes de la communication	41
1. Communication verbale	41
2. Communication non verbale	43
IV. La formation initiale en communication	45
V. Enseignement et anglais	47
VI. Les langues parlées au Maroc	48
1. L'arabe dialectal	49
2. Le berbère	50
3. Le français	51
VII. Le niveau de littératie de la population marocaine	52
VIII. Qu'en est-il des autres pays ?	54
RECOMMANDATION	56
CONCLUSION	59
RESUMES	62
ANNEXES	68
BIBLIOGRAPHIE	88

« Parce que l'homme est fait pour s'exprimer, Il doit exprimer. Ce qui est à l'intérieur doit être extériorisé. Par la bouche si possible, mais dans tous les cas il s'agit d'une extériorisation. Sur une pierre avec des signes que personne ne pourra jamais comprendre, pictogrammes, hiéroglyphes sculptés : runiques, crétois, aztèques, caraïbes. Dans le monde entier et de tous temps, l'homme parle. Sur son lit de mort, balbutiant et murmurant, il cherche encore à s'exprimer. Et le suicidé laisse toujours une lettre ... »

Guy Endore, Detourthrough Devon.



Introduction



Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

Une bonne communication entre patient et médecin éviterait la plupart des problèmes qui surviennent dans notre pratique courante. « La qualité des premiers contacts, les informations que le patient inquiet attend sur sa maladie, son traitement, son avenir, la confiance qu'il porte à son médecin ne dépendent que de la qualité de cette dernière.» [1]

La communication est l'action de communiquer, de transmettre des informations ou des connaissances à quelqu'un ou, s'il y a échange, de les mettre en commun. C'est le moyen qui permet d'établir un rapport entre les hommes, elle est donc par cela même, le fondement de la civilisation humaine.

Dans le domaine médical, elle se définit comme un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci ou un autre professionnel de la santé. « C'est elle qui donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité, à condition qu'on ne la réduise pas au statut de marchandise, objet d'enjeux économique » [1]

Or , cette composante est souvent négligée dans la formation du médecin ce qui peut constituer une véritable barrière en matière des soins, puisqu'elle est associée à une connaissance insuffisante du système de santé, à une utilisation médiocre des programmes de prévention, au recours fréquent aux services des urgences à une augmentation du nombre d'hospitalisations et à un risque élevé de mortalité.

A cet égard, la communication représente un levier de réforme du système de santé visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de l'accompagnement et de la sécurité des usagers et des patients.

La présente étude a été menée pour remédier à l'absence de données ou études similaires dans le contexte marocain, d'où son originalité. Elle se propose de mener une étude prospective pour explorer la qualité et le niveau de communication entre les patients et les médecins au service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech, et aussi les facteurs qui pourraient l'influencer.



Matériels et méthodes



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective étalée sur une période de 6 mois (de Mai 2019 à Octobre 2019) réalisée au service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.

II. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude :

- Les médecins dentistes , spécialistes ou en cours de formation en chirurgie maxillo-faciale au CHU de Marrakech ou à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.
- Les patients hospitalisés au service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.
- Les patients vus en consultation de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.
- Les patients marocains, qui parlaient et comprenaient l'arabe.
- Les patients entre 18 et 70 ans.

III. Critères d'exclusion :

- Les étrangers qui ont consulté au service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.
- Les patients qui ont été vus aux urgences.
- Les marocains qui ne parlaient pas arabe (patients berbères).

IV. Méthode d'échantillonnage :

Notre échantillon était constitué de 32 médecins et 65 patients. Il s'agit d'un échantillonnage aléatoire simple, les patients et les médecins ont pu participer à notre étude de manière libre et anonyme.

V. Instrument ou questionnaire : (Annexe1) (Annexe 2)

Pour notre étude, nous avons eu recours à un formulaire et un questionnaire. Le formulaire a été distribué aux médecins maxillo-faciaux et dentistes. Les médecins étaient amenés à traduire, en arabe (dialectal ou classique selon les termes qu'ils utilisaient lors des consultations) une liste de mots que nous avons déterminés au préalable. Nous avons ensuite collecté et analysé les données sur Word et Excel. Ces mêmes formulaires nous ont servi comme donnée de base pour établir un questionnaire destiné aux patients hospitalisés ou vus en consultation au service de chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech. Ces derniers étaient amenés à répondre par oui ou non à la question : (est ce que vous avez compris ce que les médecins ont dit ?) lors des entretiens individuels réalisés entre Juin et Octobre 2019 et pratiqués en tête à tête avec chaque participant. L'intégralité des entretiens a été retranscrite au format Word et analysée sur Excel.

- L'entretien le plus long a duré 15 minutes.
- L'entretien le plus court a duré 5 minutes et 30 secondes.

Les patients recrutés pour cette étude ont consulté ou étaient hospitalisés au service de chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech et pouvaient donc avoir une meilleure connaissance des termes maxillo-faciaux que la population générale.



Résultats



Nous allons présenter les réponses des médecins et des patients en face à face pour comparer les différents résultats.

Les camemberts montrent ce que les médecins ont répondu, et les histogrammes reflètent le niveau de compréhension des patients.

I. ANATOMIE

1. Mandibule (الفك السفلي) :

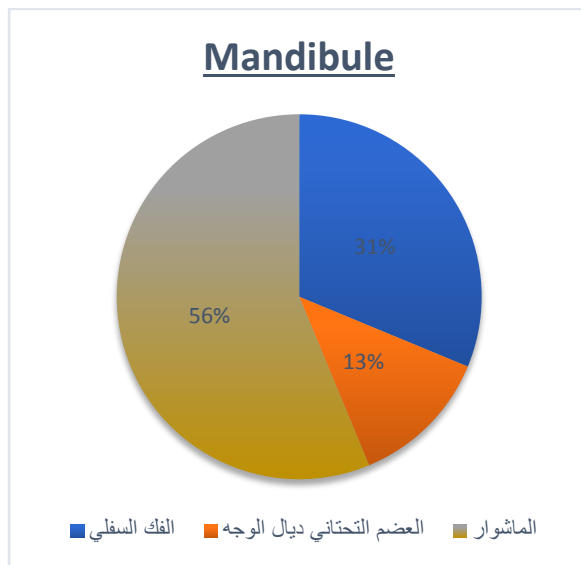


Figure 1 : Les différentes nominations de la mandibule selon les médecins

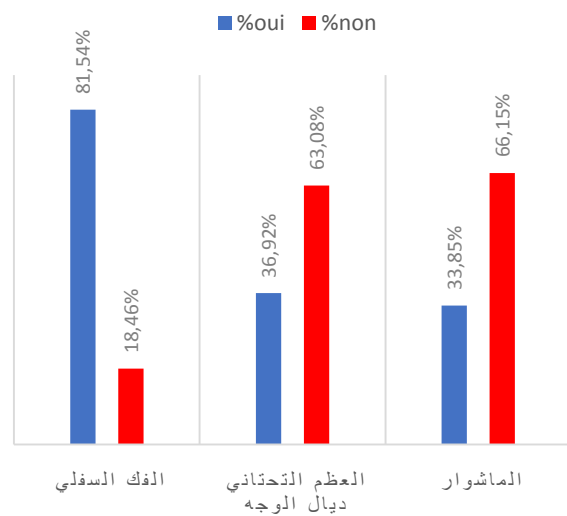


Figure 2 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- Parmi les 32 médecins ayant répondu au formulaire, 56% ont traduit la mandibule comme étant "المشوار". Parmi les 65 patients interrogés, 66,15% n'ont pas compris ce terme.
- Le terme le plus compris par les patients était "الفك السفلي" avec un taux de compréhension de 81,54%. Ce terme a été utilisé par 31% des médecins.

2. Os zygomatique (العظم الوجني) :

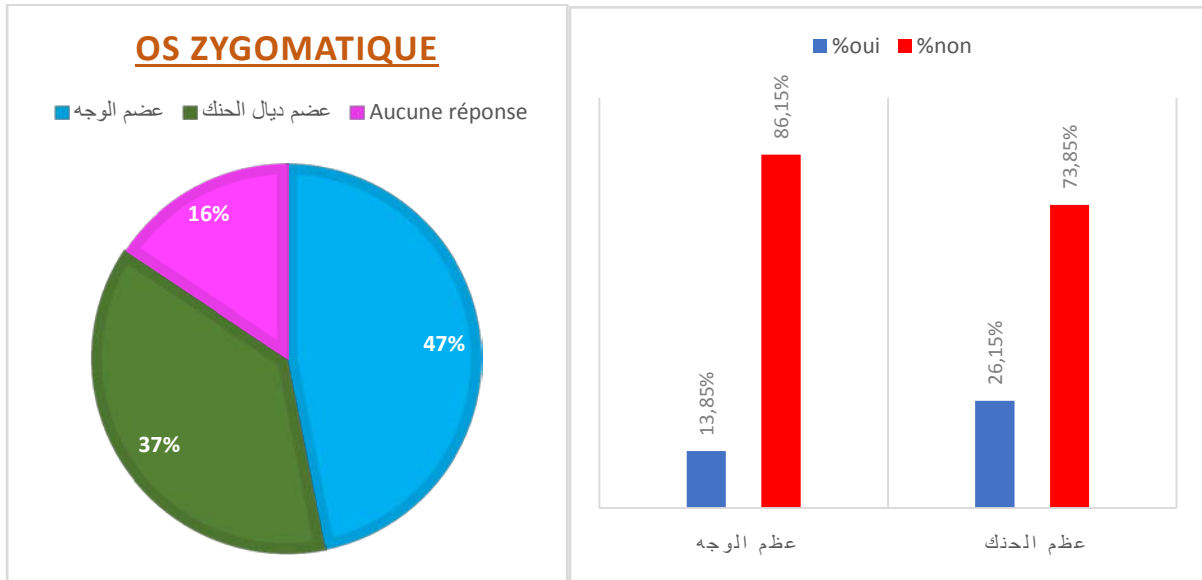


Figure 3 : Les différentes nominations de l'os zygomatique selon les médecins

Figure 4 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- La moitié des médecins ont traduit l'os zygomatique comme étant "عظم الوجه". Parmi les patients interrogés, 86,15% n'ont pas compris ce terme.
- 1/3 des médecins l'ont traduit comme étant "عظم الحنك" 73,85% des patients n'ont pas compris ce terme.
- Le quart des médecins n'ont attribué aucune traduction à ce mot.
- Aucun médecin n'a utilisé le terme correcte pour traduire l'os zygomatique.

3. Condyle : (لقمة الفك السفلي)

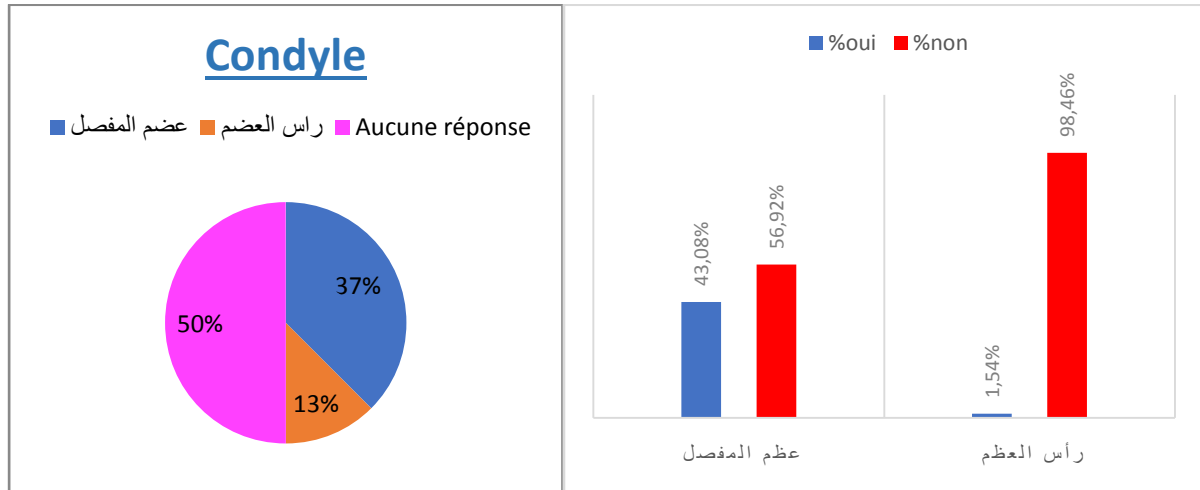


Figure 5 : Les différentes nominations du condyle selon les médecins

Figure6 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- La moitié des médecins n'ont attribué aucune traduction au condyle.
- 37% des médecins ont traduit le condyle comme étant "عضم المفصل". Parmi les patients interrogés, 56,92% n'ont pas compris ce terme.
- Le reste des médecins ont utilisé le terme "رأس العظم" pour traduire le mot condyle. Presque aucun patient n'a compris ce terme.
- Aucun médecin n'a utilisé le terme correcte pour traduire le condyle.

4. Gencive (اللثة) :

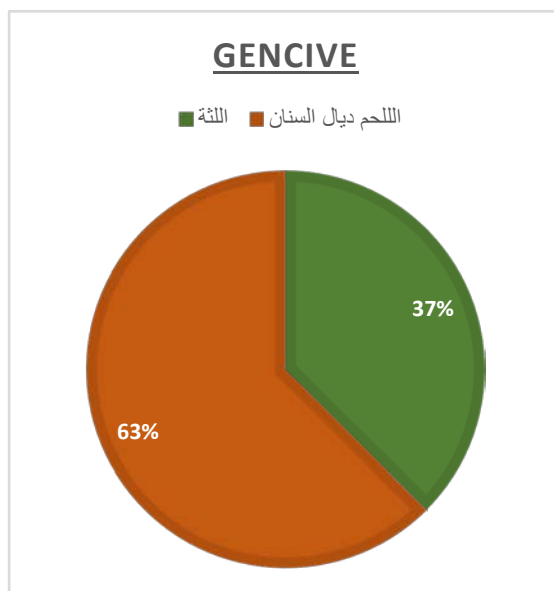


Figure 7 : Les différentes nominations de la gencive selon les médecins

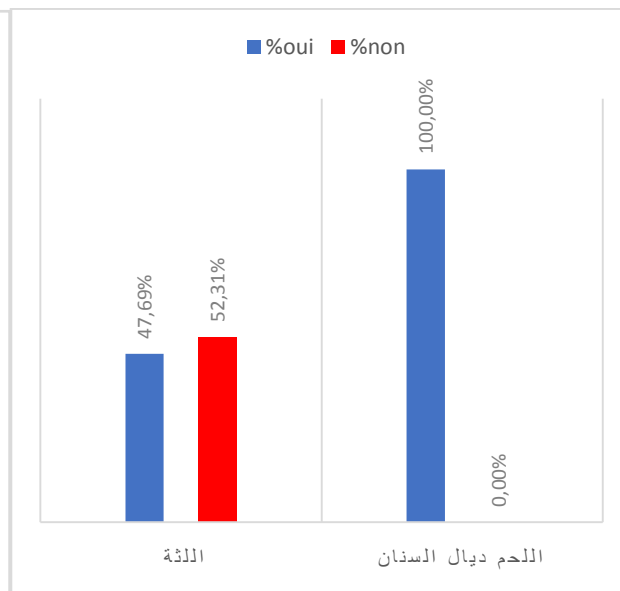


Figure 8 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- Les 2/3 des médecins ont utilisé le terme "اللحم ديال السنان" pour signifier la gencive. Tous les patients ont compris ce terme.
- Par contre, moins de la moitié des patients ont compris le terme "اللثة" utilisé dans 1/3 des cas par les médecins.

5. Articulation temporo-mandibulaire (المفصل الفكي الصدغي) :

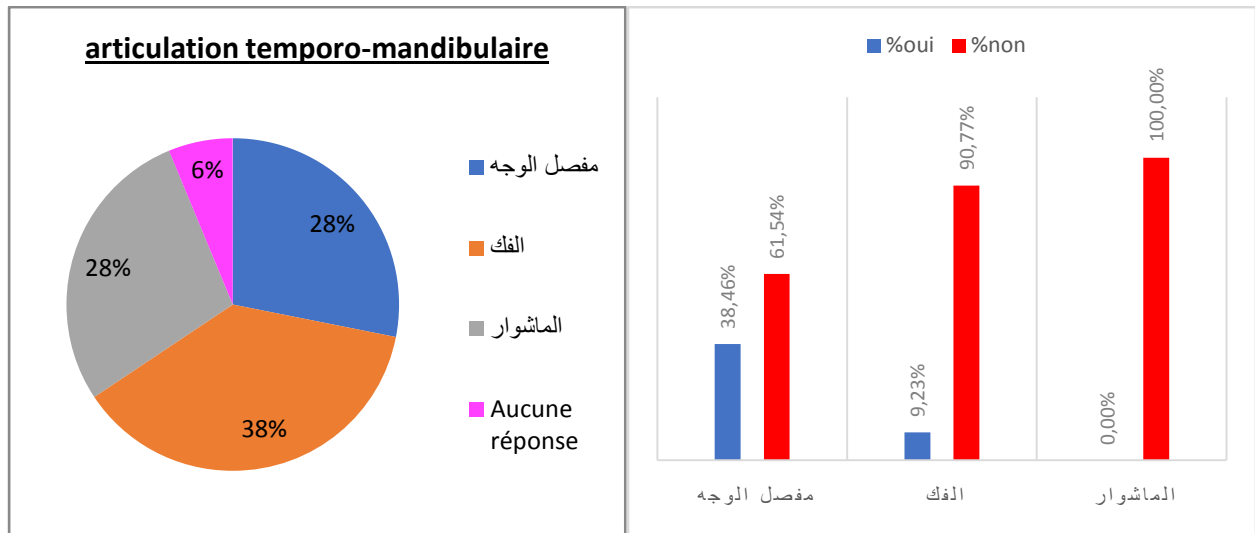


Figure 9: Les différentes nominations de la mandibule selon les médecins

Figure 10 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 38% des médecins ont utilisé le terme “الفك” pour traduire l’articulation temporo-mandibulaire. Parmi les patients interrogés, plus de 90% n’ont pas compris ce terme.
- Aucun patient n’a compris le terme “المشوار” utilisé par 28% des médecins pour désigner l’articulation temporo-mandibulaire.
- Aucun médecin n’a utilisé le terme correcte pour traduire l’articulation temporo-mandibulaire.

II. Symptomatologie

1. Douleur (ألم) :

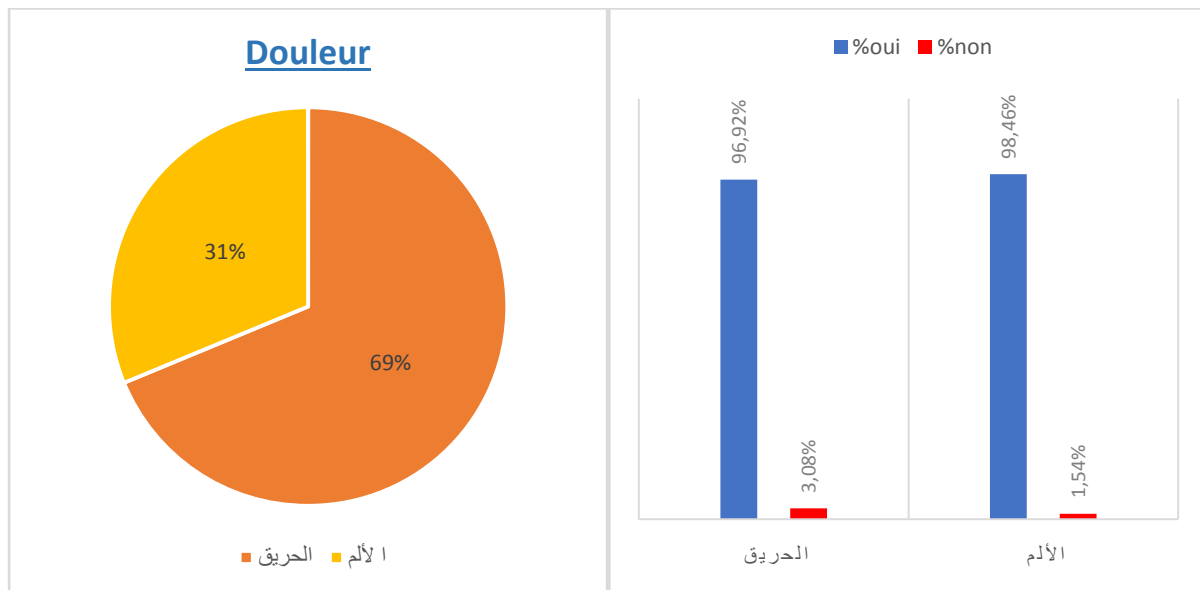


Figure 11 : Les différentes nominations de la douleur selon les médecins

Figure 12 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- Les médecins ont utilisé deux termes pour se référer à la douleur : “ الحرق ” dans 69% des cas et “ الألم ” dans 31% des cas. En général, il semblerait que presque tous les patients auraient compris cette terminologie.

2. Paresthésie (تنمل):

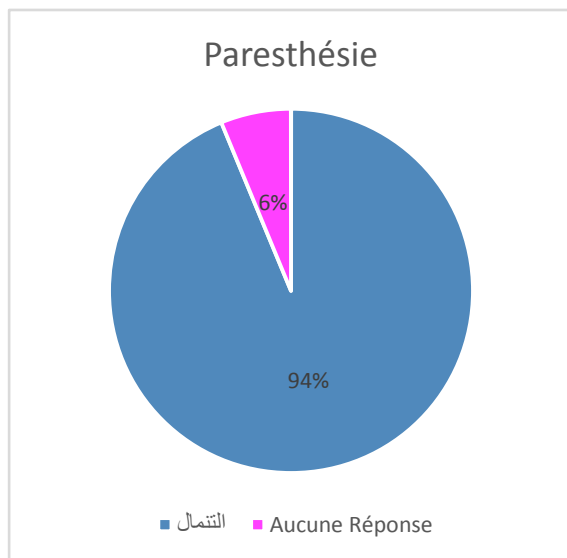


Figure 13 : Les différentes nominations de la paresthésie selon les médecins

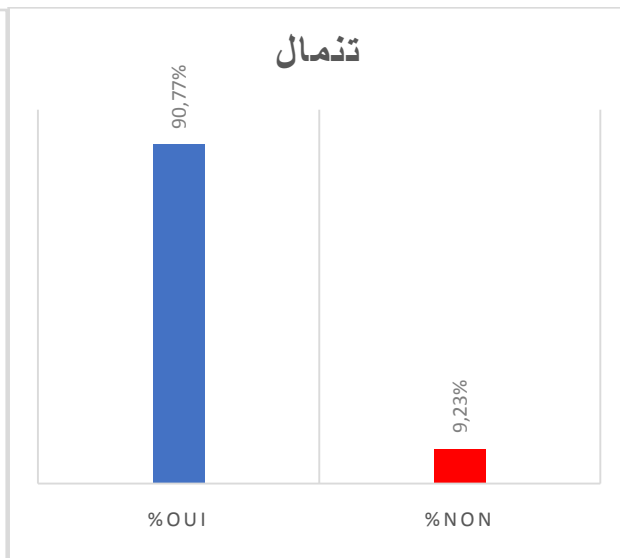


Figure 14 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- Les médecins étaient unanimes quant à la traduction du mot paresthésie. Ils lui ont tous attribué le terme "التنمل" qui a été compris par plus de 90% des patients.

3. Paralyse (شلل) :

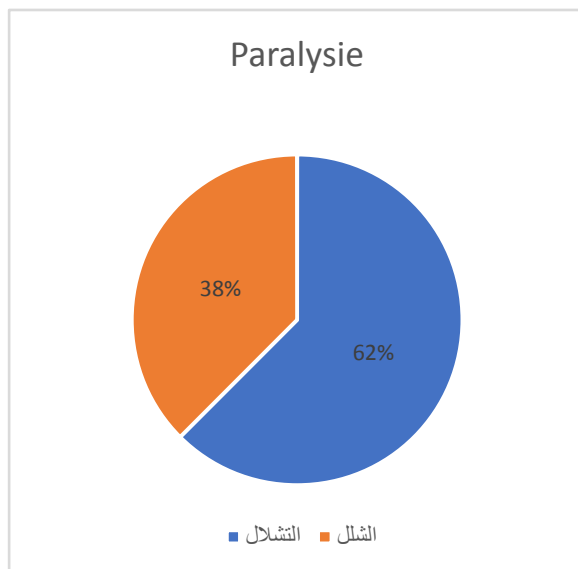


Figure 15 : Les différentes nominations de la paralyse selon les médecins

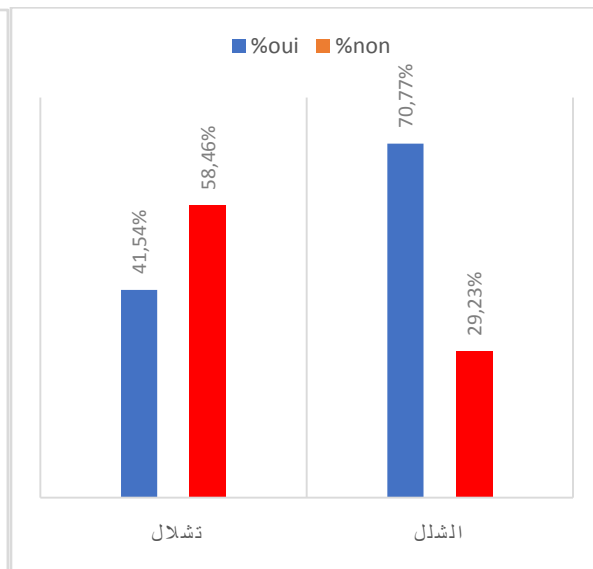


Figure 16 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 62% des médecins ont traduit la paralyse comme étant "تشلال". 58,46% des patients n'ont pas compris ce terme.
- Le terme "الشلل" a été utilisé par 38% des médecins. 70,77% des patients ont compris ce que voulais dire ce terme.

4. Tuméfaction (تورم):

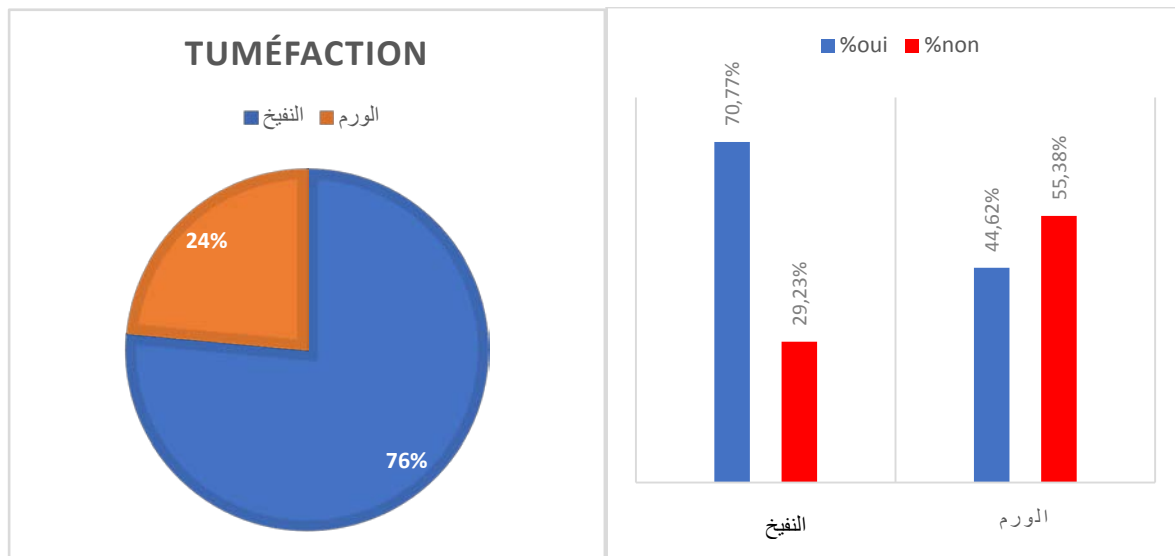


Figure 17 : Les différentes nominations de la tuméfaction selon les médecins

Figure 18 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- Le terme "النفيخ" a été utilisé par 76% des médecins pour traduire la tuméfaction. 70,77% des patients ont compris ce terme.
- 53,38% des patients n'ont pas compris le terme "الورم" employé par 24% des médecins.

III. Pathologie :

1. Plaie pénétrante (جرح عميق)

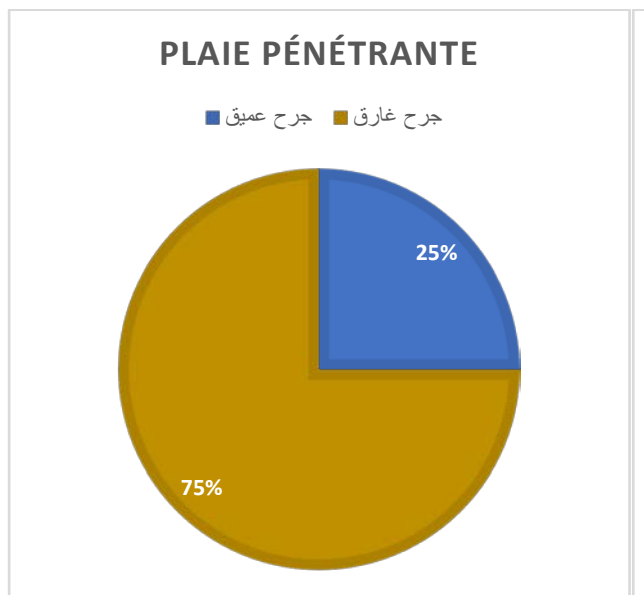


Figure 19 Les différentes nominations de la plaie pénétrante selon les médecins

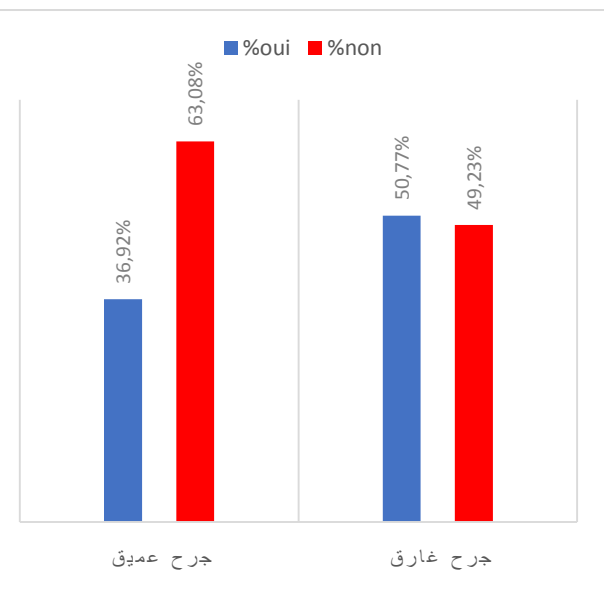


Figure 20 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 75% des médecins ont traduit la plaie pénétrante comme étant “جرح غارق”
“Presque la moitié des patients n’ont pas compris ce que les médecins voulaient dire.
- 63,08% des patients n’ont pas compris le terme “جرح عميق” utilisé par 25% des médecins.

2. Plaie non pénétrante (جرح غير عميق) :

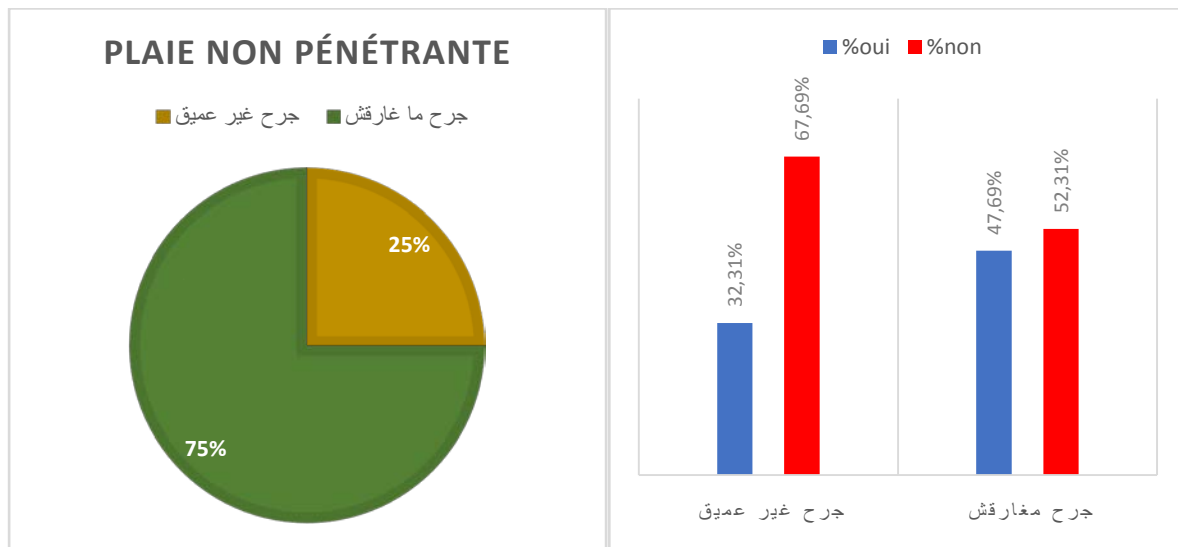


Figure 21 : Les différentes nominations de la plaie non pénétrante selon les médecins

Figure 22 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 75% des médecins ont traduit la plaie pénétrante comme étant " جرح ما غارکش ". Plus que la moitié des patients n'ont pas compris ce que les médecins voulaient dire.
- 67,69% des patients n'ont pas compris le terme " جرح غير عميق " utilisé par 25% des médecins.

3. Ecchymose (كدمة) :

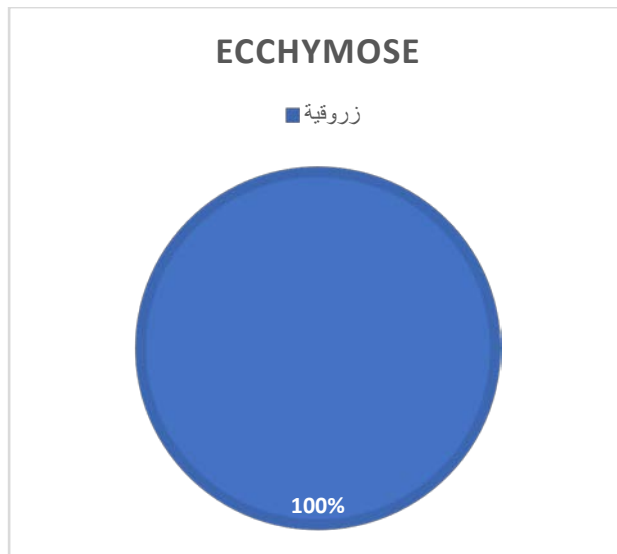


Figure 23 : Les différentes nominations de l'ecchymose selon les médecins

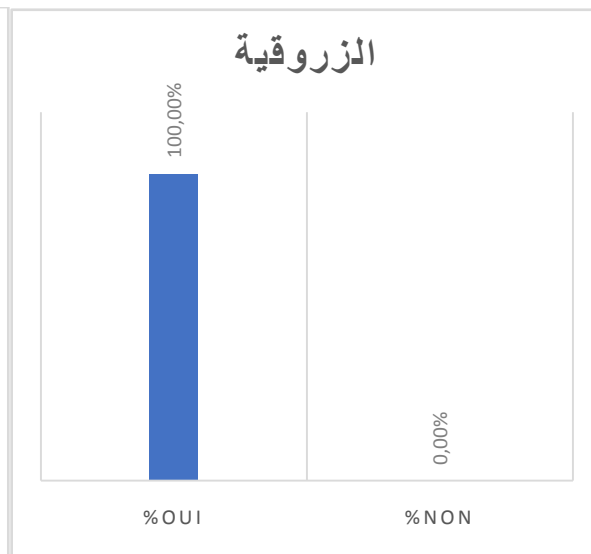


Figure 24 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- Tous les médecins ont utilisé le terme "زروقية" pour se référer à l'ecchymose. Ce terme a été compris par tous les patients.

4. Fracture non déplacée (كسر غير منفصل) :

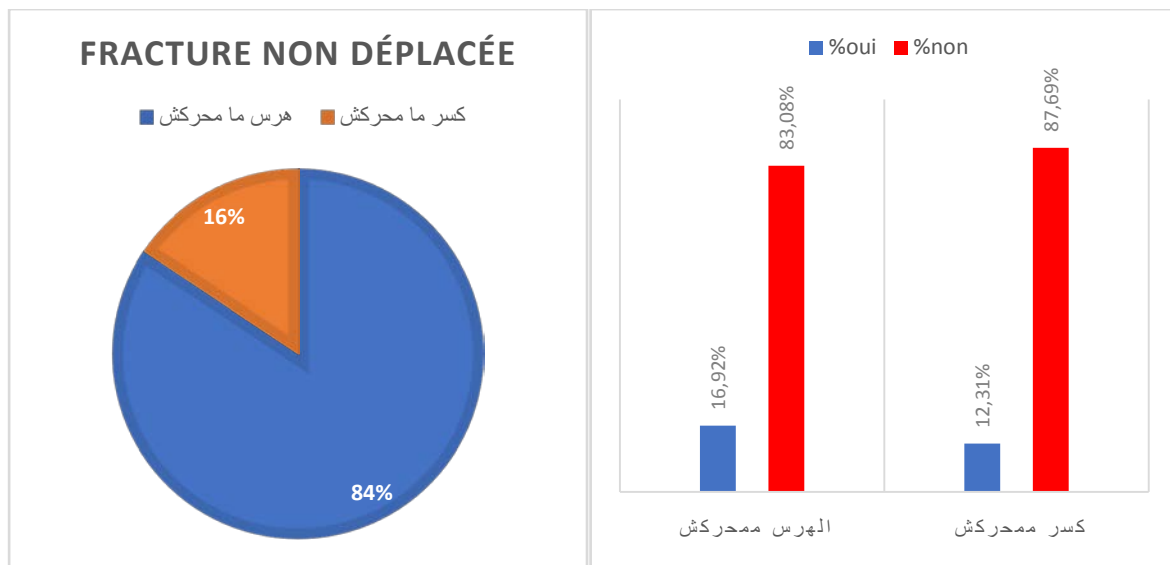


Figure 25 : Les différentes nominations de la fracture non déplacée selon les médecins

Figure 26 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- Le terme "هرس ما محرکش" a été utilisé par 84% des médecins pour traduire la fracture non déplacée. 83,08% des patients n'ont pas compris ce terme.
- Le terme "كسر غير محرك" utilisé par 16% des médecins n'a été compris que par 12,31% des patients.

5. Fracture déplacée (كسر منفصل) :

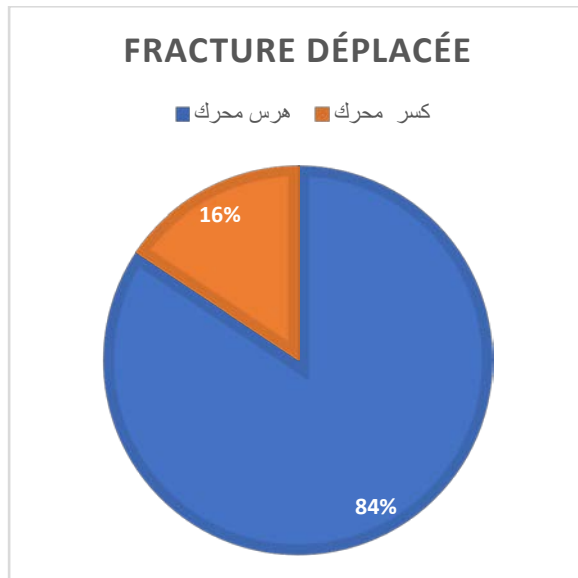


Figure 27: Les différentes nominations de la fracture déplacée selon les médecins

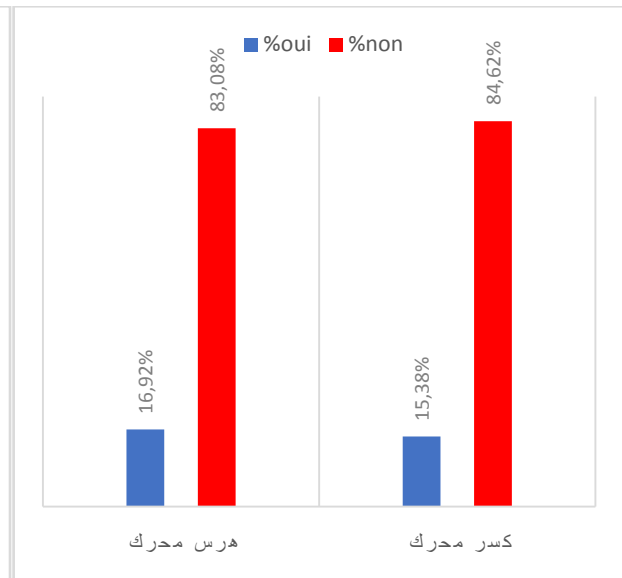


Figure 28 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- Le terme "هرس محرك" a été utilisé par 84% des médecins pour traduire la fracture déplacée. 83,08% des patient n'ont pas compris ce terme.
- Le terme "كسر محرك" utilisé par 16% des médecins n'a été compris que par 15,38% des patients.

IV. Traitement :

1. Lavage (غسيل) :

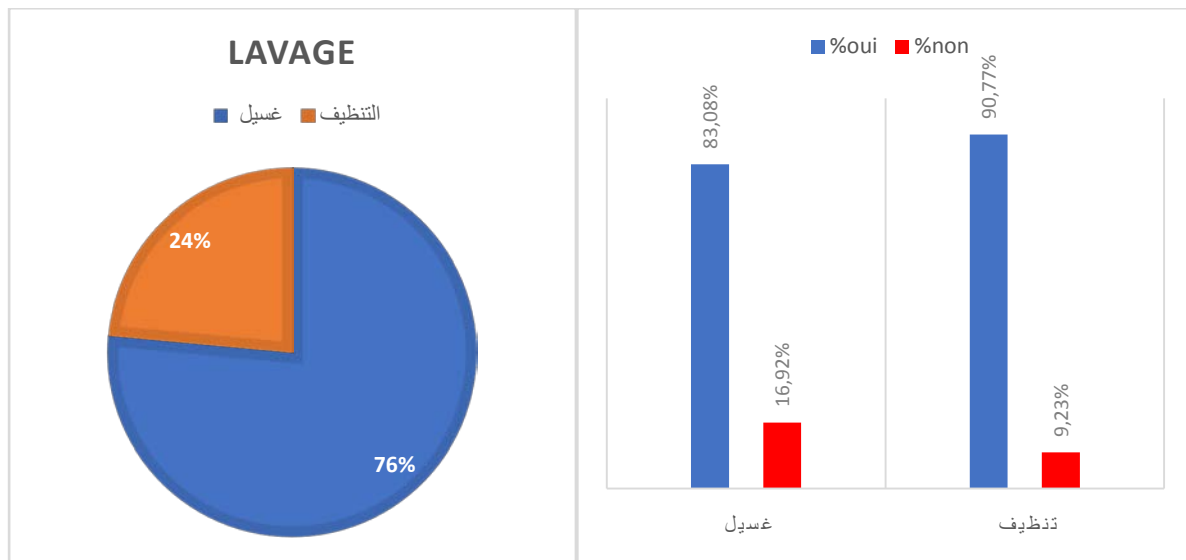


Figure 29 : Les différentes nominations du lavage selon les

figure 30 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 76% des médecins ont utilisé le terme "غسيل" pour traduire le mot lavage. Ce terme a été compris par 83,08% des patients.
- Quant au terme "التنظيف" utilisé par 24% des médecins, il a été compris par 90,77% des malades.

2. Sutures (الغرز):

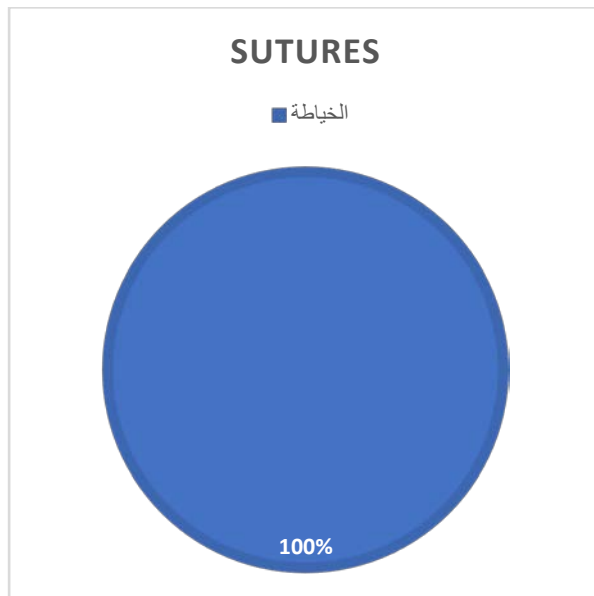


Figure 31 : Les différentes nominations des sutures selon les médecins

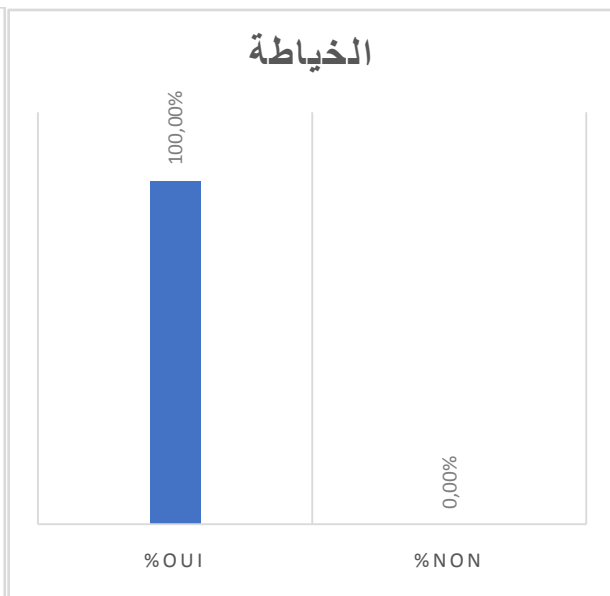


Figure 32 : Le degré de compréhension de la terminologie attribué par les médecins

- Tous les médecins ont répondu de façon unanime quant à la traduction du mot "sutures". Ils lui ont tous attribué le terme "الخيطة". Ce terme a été compris par tous les patients.

3. Antibiotique (مضاد حيوي) :

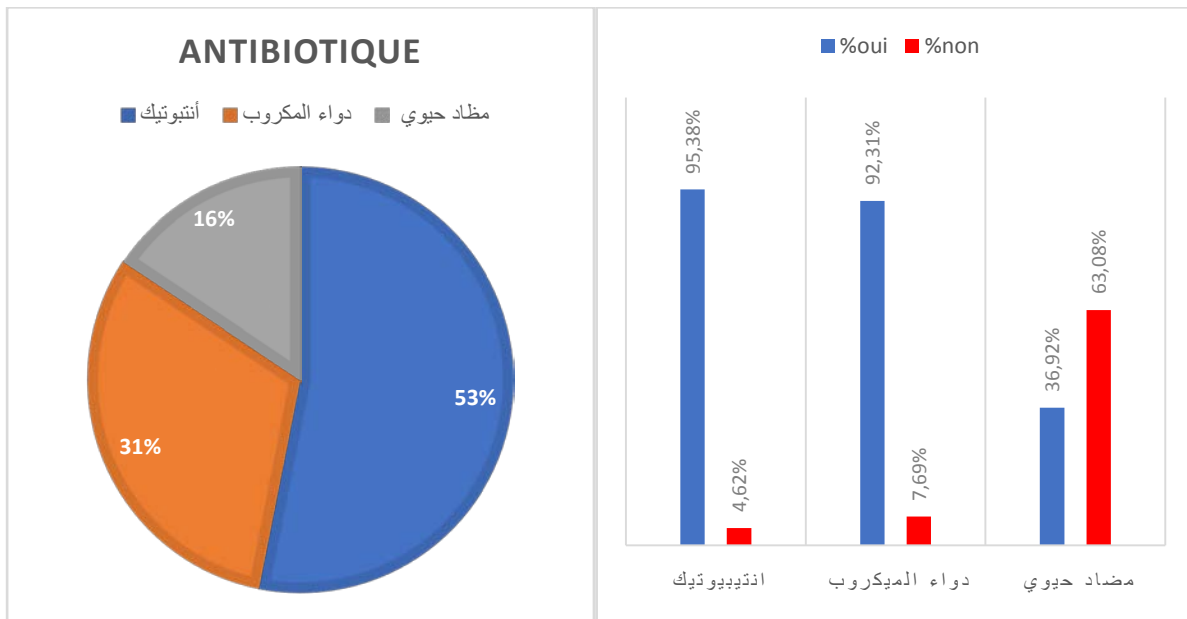


Figure 33 : Les différentes nominations de l'antibiotique selon les médecins

Figure 34 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 53% des médecins ont traduit l'antibiotique comme étant " أنتيبوتيك ". Ce terme a été compris par 95,38% des patients.
- Le terme que les patients semblent avoir le moins compris était " مضاد حيوي ". En effet, 63,08% n'ont pas compris ce terme, utilisé par 16% des médecins.

4. Hygiène buccodentaire (صحة الفم والأسنان) :

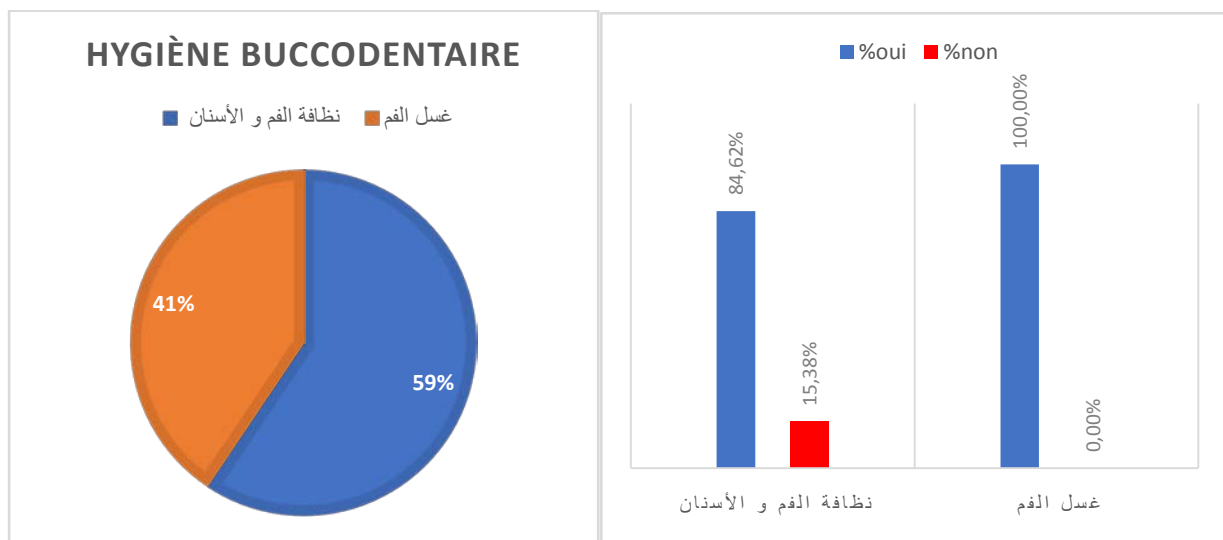


Figure 35 : Les différentes nominations de l'hygiène buccodentaire selon les médecins

Figure 36 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 59% des médecins ont traduit l'hygiène buccodentaire comme étant " نظافة الفم " والأسنان. " Ce terme a été compris par 84,62% des patients.
- Tous les patients ont compris le terme غسل الفم utilisé par 41% des médecins

5. Sonde nasogastrique (الأنبوب الأنفي المعدي) :

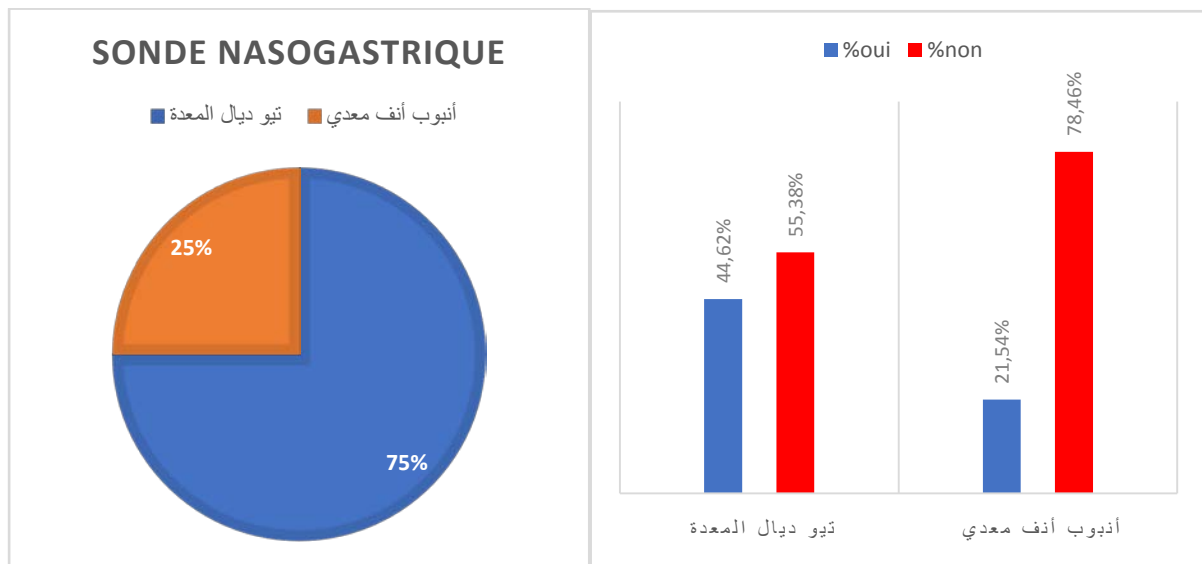


Figure 37 : Les différentes nominations de la sonde nasogastrique selon les médecins

Figure 38 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 75% des médecins ont traduit la sonde naso-gastrique comme étant “تيو ديال المعدة”.
- 55,38 % des patients n’ont pas compris ce terme.
- Quant au terme “أنبوب أنف معدي” utilisé par 25% des médecins, il n’a pas été compris par 78,46% des patients.

6. Fixation intermaxillaire : (تثبيت بين الفكين)

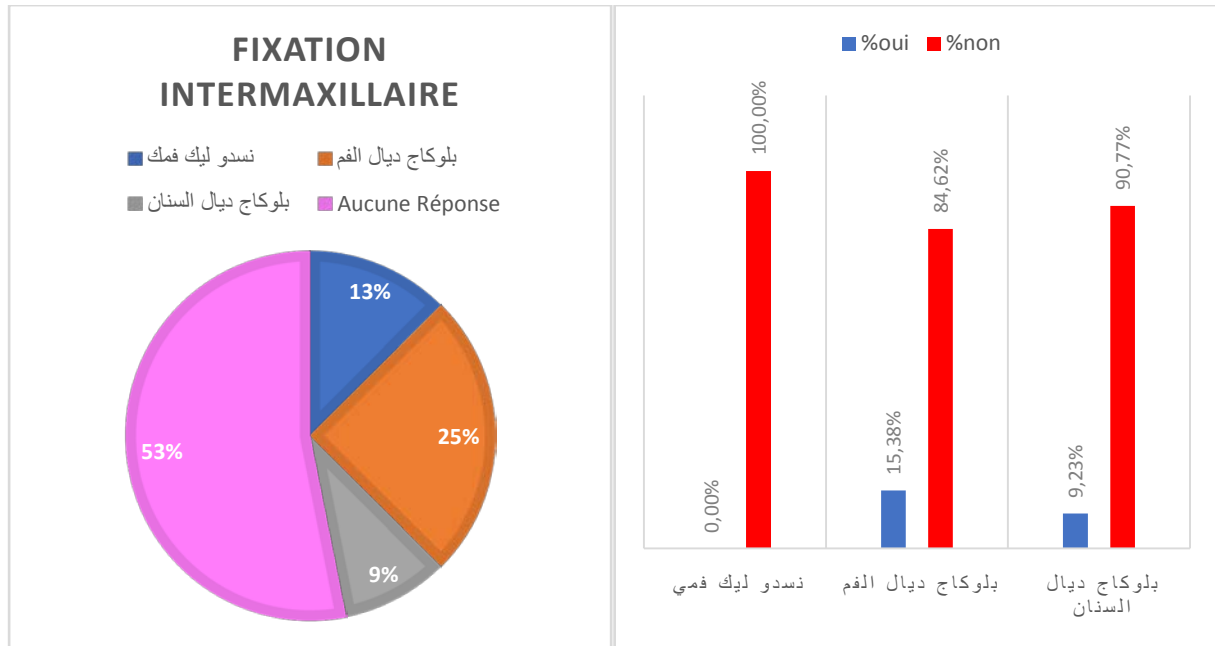


Figure 39 : Les différentes nominations de la fixation intermaxillaire selon les médecins

Figure 40 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 53% des médecins n'ont attribué aucune traduction au terme fixation intermaxillaire.
- Aucun patient n'a compris le terme "نسدو ليك فمك" utilisé par 13% des médecins.
- Quant au terme "بلوكاج ديال الفم" utilisé par 25% des médecins, il n'a pas été compris par 84,62% des patients.

7. Plaques (صفحة الوجه):

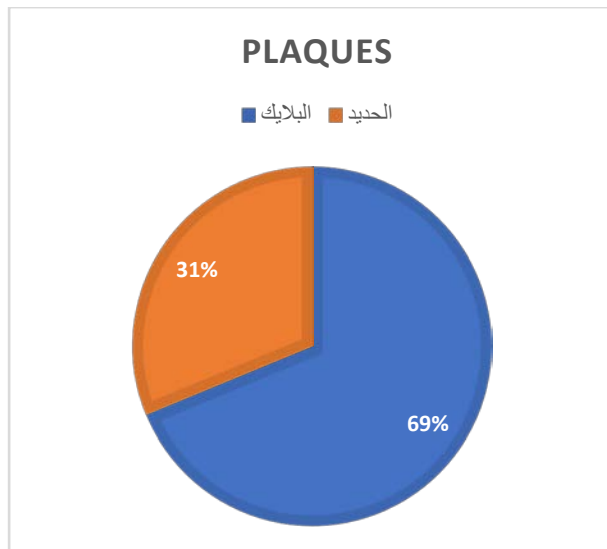


Figure 41 : Les différentes nominations des plaques selon les médecins

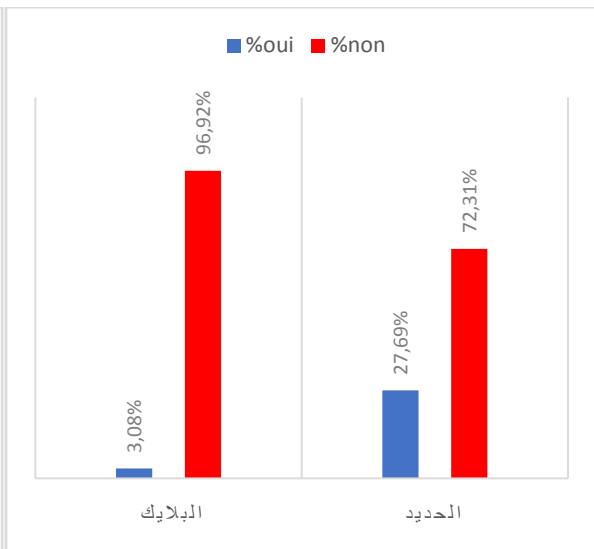


Figure 42 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 69% des médecins ont utilisé le terme “البلايك” pour traduire “les plaques”.
- 96,62% des patients n’ont pas compris ce terme.
- Le terme “الحديد” utilisé par 31% des médecins n’a pas été compris par 72,31% des patients.

V. Évolution et pronostic :

1. Ankylose temporo-mandibulaire (قسط المفصل الفك الصدغي) :

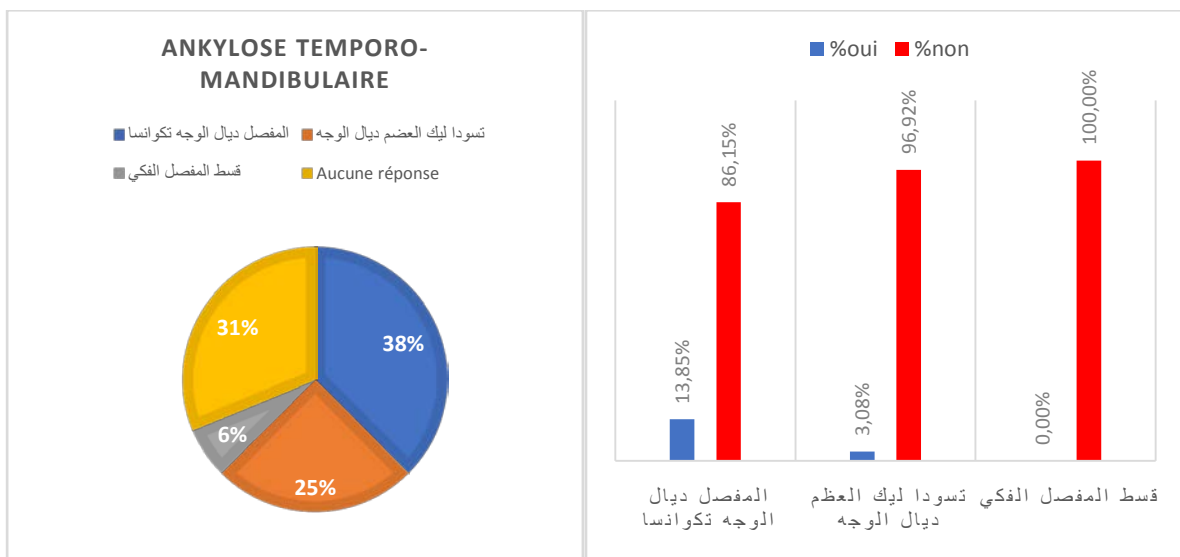


Figure 43 : Les différentes nominations de l'ankylose temporo-mandibulaire selon les médecins

Figure 44 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 31% des médecins n'ont attribué aucune traduction au terme "Ankylose temporo-mandibulaire"
- 38% des médecins l'ont traduite comme étant "المفصل ديال الوجه تكوانسا". Ce terme n'a pas été compris par 86,15% des malades.
- Les termes employés par les médecins pour l'ankylose temporo-mandibulaire n'ont pas été compris par plus de 90% des patients.

2. Pseudarthrose : (عدم التئام الكسر)

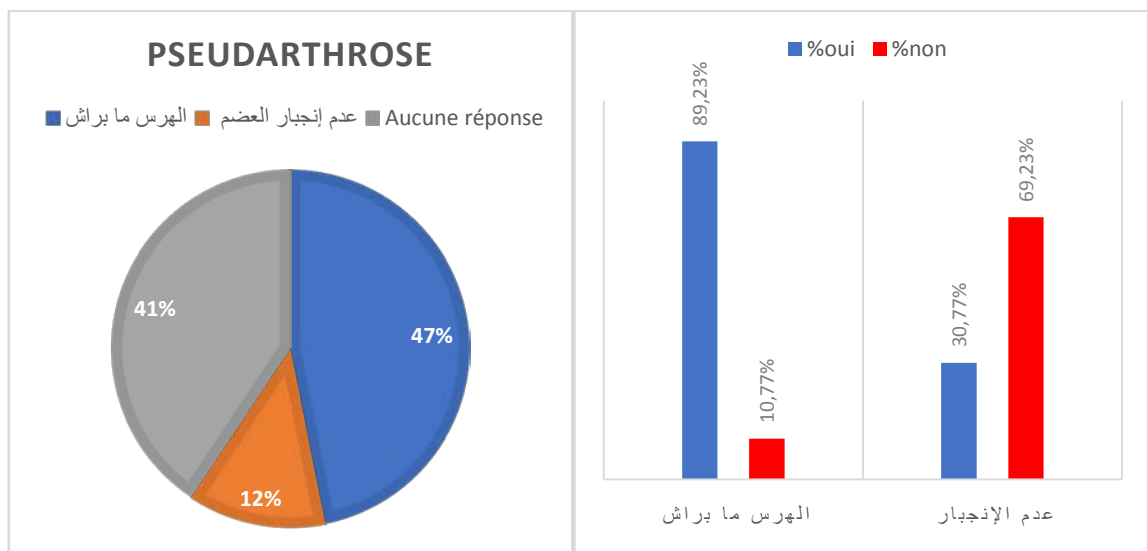


Figure 45 : Les différentes nominations de la pseudarthrose selon les médecins

Figure 46 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 41% des médecins n'ont attribué aucune traduction au terme pseudarthrose.
- Le terme "الهريس ما براش" utilisé par 47% des médecins a été compris par plus de 85% des patients.
- Seulement 30% des patient ont compris le terme "عدم الإنجبار" utilisé par 12% des médecins.

3. Cicatrice vicieuse : (ندبة مشوهة)

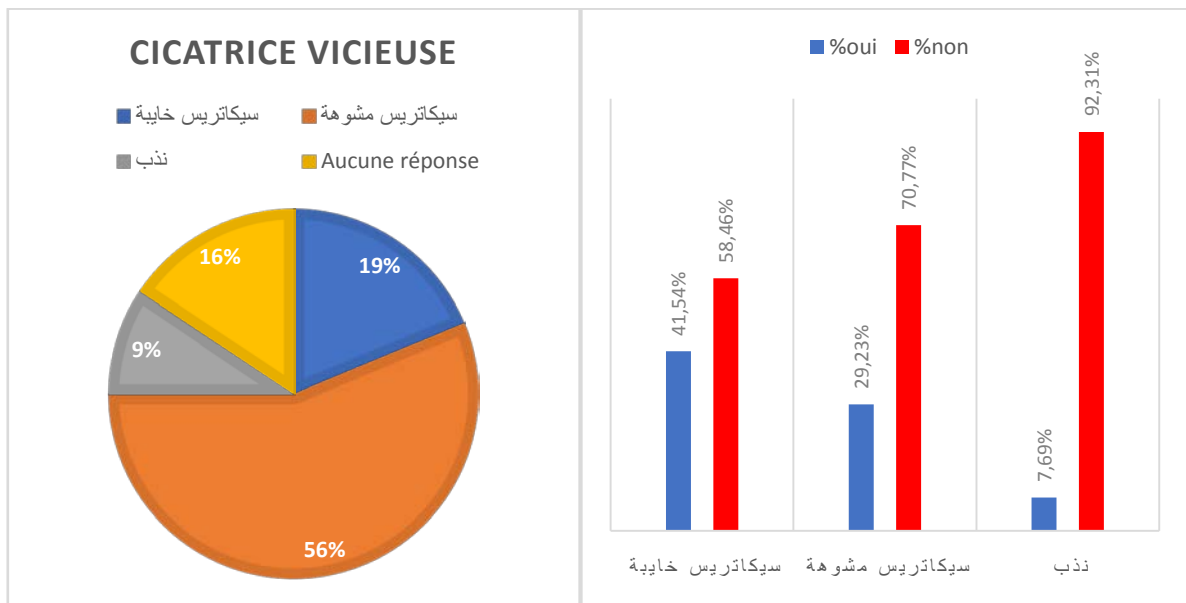


Figure 47 : Les différentes nominations de la cicatrice vicieuse selon les médecins

Figure 48 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- Le terme le plus utilisé par les médecins pour traduire la cicatrice vicieuse était
- "سيكاتريس مشوهة". Il a été utilisé par plus de la moitié des médecins, mais il semblerait que moins de la moitié des patients l'avaient compris.
- Le terme le moins compris par les malades était "ندب" avec un taux de compréhension inférieur à 8%.

4. Ectropion (شتر خارجي) :

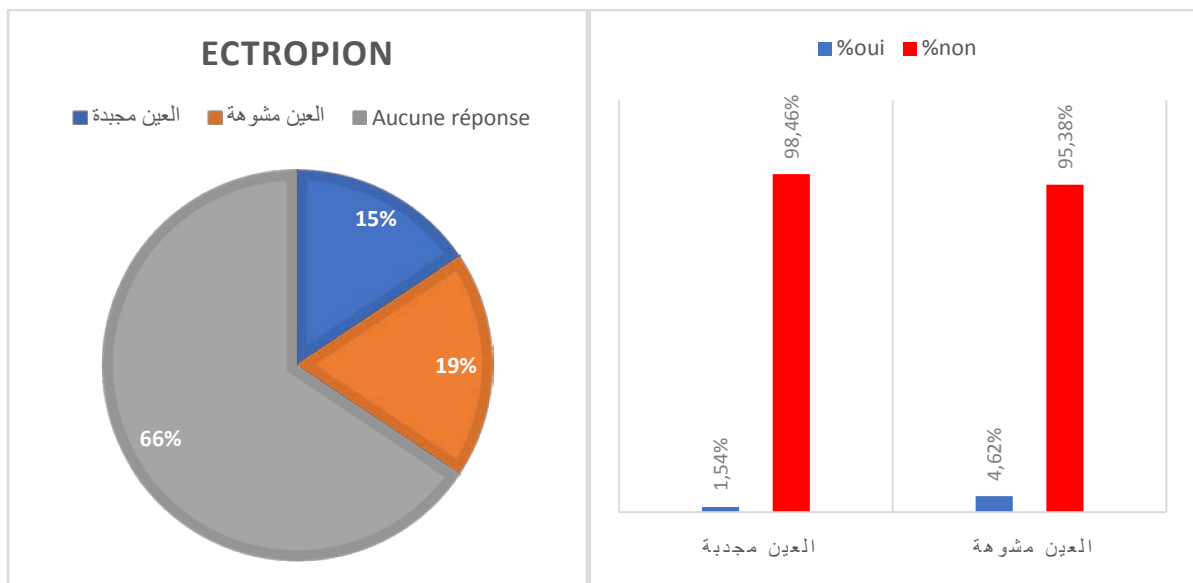


Figure 49 : Les différentes nominations de l'ectropion selon les médecins

Figure 50 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- 66% des médecins n'ont attribué aucune terminologie au mot ectropion.
- Le reste des médecins lui ont attribué des termes qui n'ont pas été compris par plus de 95% des patients .

5. Infection (عدوى)

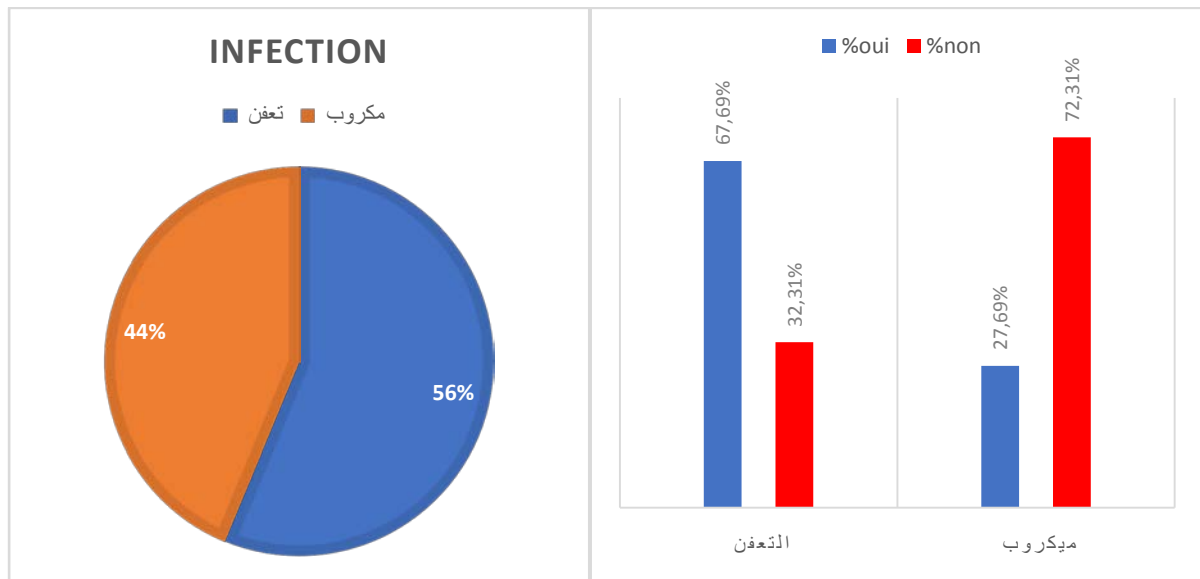


Figure 51 : Les différentes nominations de l'infection selon les médecins

Figure 52 : Le degré de compréhension de la terminologie attribuée par les médecins

- Le mot infection était traduit comme étant التعفن par 56% des médecins. Ce terme a été compris par 67,69% des patients.
- Quant au terme مكروب utilisé par 44% des médecins, il n'a été compris que par 27,69% des patients.



Discussion

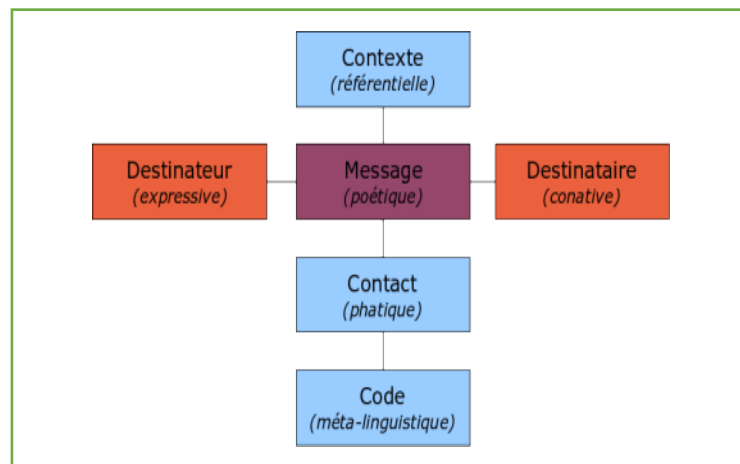


I. Communication

La communication est l'une des fonctions les plus complexes que peut réaliser l'être humain. Pour aboutir à la maîtrise de cette fonction, des années de pratique sont nécessaires. La communication passe, naturellement, par plusieurs étapes : le nouveau né communique par reflexe. À l'âge de 1 an l'enfant commence à déchiffrer le langage et prononce ses premiers mots, À l'âge de 2 ans, l'enfant commence à élaborer des phrases et le développement du langage est en plein essor. À l'âge de 3 ans l'enfant peut faire des phrases plus longues et complexes et il est désormais en mesure de soutenir une conversation. Donc la communication passe par un stade où elle se fait spontanément, à un stade où elle devient réfléchie et maîtrisée.

Si un médecin veut comprendre la ou les causes d'une respiration difficile il doit avant tout connaître l'anatomie et la physiologie des appareils circulatoire et respiratoire. De la même façon, si l'on veut comprendre les difficultés et les échecs du processus de la communication il faut en connaître les mécanismes et les composantes. [2]

Ce schéma résume les mécanismes et composantes de la communication. Il comprend un destinataire et un destinataire, reliés par un message, lui-même en interaction avec trois éléments : le contexte, le contact et le code. C'est du jeu harmonieux de ces différentes composantes que naît un climat de confiance réciproque. [3]



1. Le contexte :

Pour lever toute confusion et pour que la discussion soit dirigée et que le patient comprenne de quoi on parle, il faudra sans cesse préciser pourquoi on pose telle question et pourquoi on transmet tel message. Sortie de son contexte l'information n'a plus aucune valeur. Un patient qui vient consulter pour une fracture de la mandibule, ne comprend pas pourquoi le médecin lui poserait-il une question en rapport avec ses allergies ? C'est en dirigeant la discussion et en expliquant au patient que sa fracture pourrait nécessiter un traitement chirurgical et donc une anesthésie générale, et que cette anesthésie utilise des produits qui sont potentiellement allergisants, que le patient saisit la pertinence de la question, et c'est à ce moment-là qu'il est susceptible de comprendre et s'investir dans la communication .

Dans notre étude par exemple, plus de 80% des patients n'ont pas compris les termes en arabe relatifs aux fractures déplacées et non déplacées même si les termes nous paraissent évidents. S'agit-il vraiment d'une incompréhension ou est-ce une confusion vu que les termes utilisés ne sont pas dans un contexte défini ?

Ce qui nous amène encore à souligner que le contexte est important pour véhiculer tout message.

2. Le contact :

Reflète les conditions de communication : celui-ci peut être direct comme par exemple au cabinet médical, puisqu'il y a littéralement contact entre le praticien et son patient. Ou il peut se faire indirectement via communication téléphonique ou autre (e-mail , réseaux sociaux ..) [3]. Quand le contact est direct, il y'a une interaction entre deux personnes, le médecin utilise la gestuelle, il peut interpréter la mimique faciale du patient, il peut reformuler la question et cela lui permet d'évaluer la compréhension du patient et le cas échéant d'adapter et clarifier son discours. La communication est donc véhiculée par les cinq sens des protagonistes. Mais quand le contact est indirecte, il n'y a pas moyen de savoir si le message est réellement passé ou non, et c'est à ce moment-là que la communication devrait être précise plus que jamais, et le médecin devrait utiliser des termes qui ne sèment pas le doute ou l'ambiguïté.

3. Le message :

Est à la fois le produit de la communication et le ciment de la relation.

4. Le code :

Revoit au langage utilisé. Le langage est la capacité d'utiliser et de combiner des symboles pour exprimer un vaste éventail de faits, concepts et sentiments.

« C'est l'instrument dont disposent les êtres humains pour communiquer entre eux. Les animaux ne possèdent pas de langage semblable au notre, mais cela ne signifie pas qu'ils ne peuvent pas communiquer [4]. La majeure partie d'entre eux possèdent des systèmes de communication non verbale intra spécifique et interspécifique. La communication n'est donc pas une propriété de l'espèce humaine mais un processus biologique général. Mais chez l'homme, le langage est utilisé pour développer des réflexions sur des pensées intérieures. Exemple : Certains singes peuvent apprendre à distinguer sans erreurs l'élément différent d'ensemble constitué par trois objets. Mais ce qu'aucun singe n'a appris à faire, c'est après avoir été soumis à cette expérience psychologique, d'enseigner au singe suivant comment il faut exécuter l'exercice » [2]

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

Donc si le contexte est primordial pour pouvoir diriger la discussion et éviter que le patient soit dans la déroute, et que le contact est important qu'il soit direct ou indirecte, le langage reste au centre de la communication.

Il semble alors important de mentionner le fait que la communication est la substance de toute interaction entre les individus et qu'elle a pour effet de rendre possible les relations humaines. Communiquer avec une personne ne veut pas juste dire transmettre une information, mais est un acte dont l'information est le produit. Tout autour de cette information se construit un contexte, se mettent en œuvre des comportements (verbaux, non-verbaux, para-verbaux) afin de véhiculer un message [5]. La linguistique fait partie de ce système englobant la communication. Elle peut empêcher que les deux interlocuteurs ne se comprennent et créer ainsi des quiproquos et des doubles sens. La transmission du message ne pourra alors pas se faire. La relation avec le patient sera entravée et pourra avoir des conséquences sur la qualité des soins. De plus, les caractéristiques identitaires du patient, de sa personnalité ainsi que ceux du médecin sont des éléments qui influencent l'interaction entre le soignant et le patient.

II. Relation patient-médecin

1. Modèles de relation patient-médecin

La relation patient-praticien a constamment évolué à travers les âges [6]. Jusqu'à ces vingt dernières années en médecine, la relation de soins prédominante consistait pour le patient à demander de l'aide à un médecin, et à suivre silencieusement ses décisions. Dans ce modèle paternaliste, le médecin utilise ses compétences pour prendre les décisions nécessaires à l'amélioration de la santé du patient. Ce n'est que récemment en médecine que cette relation asymétrique a été remise en question. D'autres modèles (interprétatif, informatif, délibératif), davantage axés sur l'autonomie du patient, la diminution de l'autorité médicale, et donc la participation mutuelle et équilibrée des deux protagonistes, ont vu le jour [7].

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

L'approche centrée sur la personne a été décrite comme une tentative pour le médecin de "rentrer dans le monde de son patient, et de voir la maladie à travers ses yeux" [6]

TABLEAU I : comparaison des différents modèles de relation médecin – patient retenus par Emmanuel et Emmanuel (1992)

Modèle	Paternaliste	Informatif	Interprétatif	Délibératif
Valeurs du patient	Objectives, partagées pas le médecin et le patient	Définies, fixée et communiquées au patient	Conflictuelles et en construction parfois totalement inconnues du patient. Nécessite une élucidation par le médecin	Ouvertes à un développement et a une révision a travers un débat moral
Devoir du médecin	Promouvoir le bien être du patient ne tient pas comptes de ses préférences	Fournir une information pertinente. Mettre en œuvre l'intervention choisie pas le patient	Elucider, interpréter les valeurs utiles du patient et mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirable. Informer le patient et mettre en œuvre l'intervention choisie
Conception de l'autonomie du patient	Assentiment a des valeurs objectives	Choix et contrôle du soin	Compréhension de soi utile au soin	Auto développement moral utile au soin médical
Conception du rôle du médecin	Gardien, tuteur	Expert technique compétent	Conseiller	Conseiller
Degré de contrôle exercé par le patient	Très faible voir nul	De fort à très fort	De faible à moyen	De moyen à fort

2. L'empathie :

“ La médecine est un métier pour les humains plein d'humanisme” Prof Abouchadi

Le médecin doit savoir gérer la bonne distance et contrôler l'empathie. On peut définir l'empathie comme étant «la capacité de perception intuitive d'autrui, de ses sentiments et de ses émotions » [8]. L'empathie est une attitude (et non une technique) qui consiste, pour le soignant, à éprouver ce que ressent le patient sans que ses propres émotions n'interfèrent avec celles du patient. Il s'agit de communiquer avec lui sur ses sentiments afin qu'il se sente reconnu dans sa souffrance, dans sa pathologie [9] L'objectif visé est l'aide et le soutien du soigné. Le soignant doit apprendre à trouver la « bonne distance » relationnelle à l'autre : ni trop distant car la relation devient artificielle et froide, ni trop proche pour ne pas souffrir avec le patient et ne pas dériver vers une trop grande familiarité.

Or de nombreuses études scientifiques ont montré que l'empathie décline durant les études médicales. En effet elle décroît significativement en troisième années des études médicales et elle diminue encore plus durant l'internat de médecine. [10]

Les médecins oublient que l'empathie est une dimension essentielle de la relation de soins. Elle permet au soignant et au patient d'être plus satisfaits, elle participe à humaniser l'interaction entre le soignant et le soigné et centre la relation sur le patient [11] . Elle contribue à établir une relation de confiance et améliore en conséquence les résultats thérapeutiques.

Si elle est indispensable dans une approche centrée sur le patient, elle n'est pas suffisante. En effet, si le soignant témoigne de l'empathie pour ses patients et s'il veut leur apporter du soutien, il doit aussi être capable de communiquer ses intentions. Une intention n'a pas d'effet si elle n'a pas les moyens de son expression.

III. COMPOSANTES DE LA COMMUNICATION

Étant donné que le moyen de communication le plus utilisé est le langage et que nous commençons tous à parler dès les toutes premières années de notre vie, beaucoup de gens pensent que la communication est une capacité innée qui de ce fait ne doit pas être enseignée. Mais cela n'est pas vrai. En premier lieu parce que le langage, si important soit-il n'est que l'un des moyens de communication. En deuxième lieu parce que le langage spontané peut suffire pour la transmission des messages simples et ordinaires, mais non pour la transmission de messages plus complexes, par exemple l'annonce d'une maladie . En troisième lieu parce que la communication verbale ne peut être efficace que si celui qui parle , c'est-à-dire celui qui émet le message , parvient à l'adapter à la personnalité et aux capacités de celui qui doit le recevoir . Enfin parce que la communication ne se fait pas uniquement par le langage parlé ou écrit (communication verbale) mais également par la mimique, du visage , les attitudes et les gestes (communication non verbale) [5] .

1. COMMUNICATION VERBALE

La communication verbale passe par l'intermédiaire de mots, qui sont en général véhiculés par l'expression orale [12]. Les bases de la communication orale avec un patient nécessitent des mécanismes et des temps d'adaptation différents qui permettront à la communication de s'établir de manière la plus satisfaisante possible dans les deux sens.

Dans un entretien médical, il y a des temps d'écoute où le médecin laisse parler le patient, des temps d'interrogatoires plus dirigistes où le médecin a besoin de préciser des éléments sémiologiques indispensables à la bonne prise en charge du patient. Dans tous ces différents temps de la communication orale médecin/patient, il faut absolument que le médecin adapte son langage c'est-à-dire les mots qu'il utilise au niveau socioculturel du patient. **Qu'en est-il de notre contexte marocain ?** Comment un médecin qui ne parle qu'arabe et qui a fait ses études en français pourrait-il adapter son langage à un berbère ?

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

Les jeunes médecins, tout au long de leurs cursus universitaires, sont amenés à étudier exclusivement en français, l'exposition au dialecte marocain ne se fera que plus tard au niveau des hôpitaux. Cette confrontation avec les patients ne dépend que de l'expérience de tout un chacun, et en général elle se fait de manière autonome et anarchique sans un réel encadrement académique. Le médecin se retrouve alors dans des situations qu'il n'est pas prêt à gérer, il se sent impuissant devant le malade et sa famille, non pas par manque de compétence ou de raisonnement clinique, mais plutôt par manque de moyens de communication.

Il est inconcevable que dans un pays où l'arabe dialectal est parlé par la grande majorité des Marocains, les études médicales se fassent exclusivement en français.

Le patrimoine historique, culturel et social du Maroc ont fait qu'une richesse linguistique s'est installée au fil des années. Mais le système éducatif n'a pas su trouver un équilibre entre la langue maternelle, et la langue d'enseignement qui est le français, ce qui a laissé place au paradoxe de l'enseignement.

Pour mieux comprendre, un étudiant marocain fait ses études en arabe jusqu'au baccalauréat. Admis aux études médicales, il doit tout étudier en français. Cette maîtrise du français se fait au dépend de l'arabe, et l'étudiant se trouve contraint d'abandonner sa langue maternelle ou plutôt son arabo-francophonie. Au final il se retrouve dans un triangle sans issue, un triangle où l'étudiant perd son identité, et où il ne maîtrise ni le français ni l'arabe ni l'anglais.

Et l'exemple type dans notre thèse est que pour le terme "Condyle" 50% des médecins ne lui ont attribué aucune traduction en arabe, en d'autres termes, si un patient était admis pour une fracture du condyle, un médecin sur deux ne saurait lui communiquer son diagnostic.

Quant au risque lié à cette même fracture et qui est l'ankylose temporo-mandibulaire, la grande majorité des médecins (38%) lui ont attribué un terme en arabe (الفك) qui n'a pas été compris par 90% patients. Il s'agit là, d'un véritable discours de sourds entre un médecin qui

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

ne sait pas nommer un diagnostic , et un patient qui ne comprend pas les conséquences lié au diagnostic que le médecin n'a pas su lui expliquer à la base .

Ce qui nous amène à dire que le fait d'introduire la langue nationale dans le cursus universitaire ne veut pas forcément dire se renfermer et n'a jamais été un frein à l'évolution. Et la preuve est que dans les pays les plus développés en médecine, comme l'Allemagne, La Corée, Le Japon, la Chine, la Russie, Israël et beaucoup d'autres , les études se font en langue nationale. Le médecin est formé pour être médecin d'une population déterminée qui parle une langue déterminée. [13] [14][15][16]

Tableau II : langues utilisées dans les facultés de médecine dans différents pays.

Liste des pays	1 ^{ère} langue étrangère parlé	Langue avec laquelle se font les études médicales
Maroc	Français	Français
Danemark	Anglais	Danois
Finlande	Anglais	Finnois
Norvège	Anglais	Norvégien
Japon	Mandarin/Anglais	Japonais
Allemagne	Anglais	Allemand
Corée du Sud	Anglais	Coréen
Israël	Anglais	Hébreu

2. COMMUNICATION NON-VERBALE

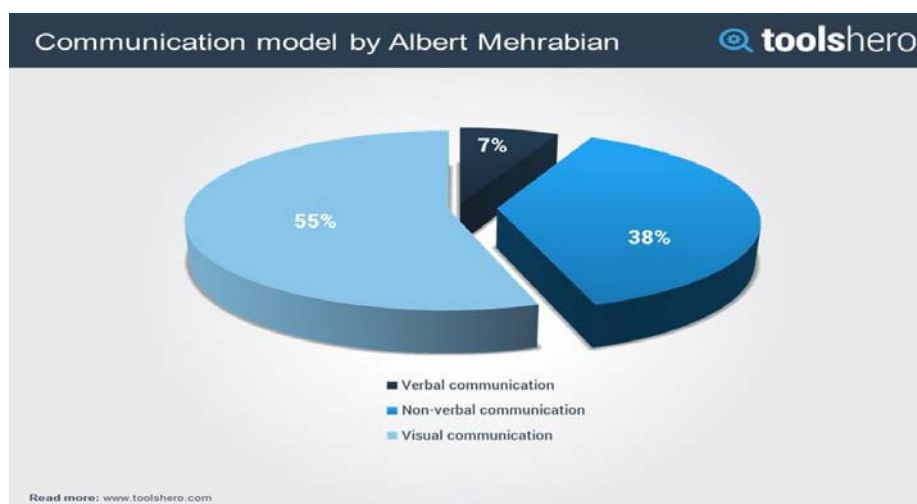
La définition la plus large du non verbal est un mode de communication qui n'a pas recours aux mots. Dans la relation de soins, elle représente près de 80 % de la communication. La communication non verbale et le paralangage englobant les silences, gestes, postures, expressions faciales, la voix avec ses variations de ton, de débit, de volume, le rythme de l'élocution, vêtements, coiffure, environnement (agencement du cabinet, disposition des meubles, éclairage, température). Ces composantes peuvent être des encouragements ou à

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

l'inverse peuvent bloquer l'interaction selon qu'elles sont positives ou négatives pour la relation. Par exemple, un soignant prenant un ton ferme sans être agressif peut inspirer de la confiance chez le patient. A l'inverse un ton bas sans conviction peut conduire à une perte de confiance du patient [17]

Cette communication renforce et crédibilise le message verbal lorsqu'elle est adaptée, mais peut décrédibiliser ce même message si elle est inadaptée. [5] Autant dire que le médecin doit maîtriser au mieux certaines de ses réactions pour ne pas, sans le vouloir, modifier le message verbal qu'il doit adresser à son patient. A l'opposé le patient qui s'adresse à un médecin le fait avec son langage, avec sa problématique, avec ses bases socioculturelles, son angoisse. De ce fait, il n'exprime pas toujours par les mots la réalité de sa plainte ou de sa souffrance. Le médecin doit donc tenir compte de ces éléments pour écouter, interpréter, décoder le langage du patient. Il est bien connu que certaines demandes, certaines plaintes ne sont exprimées que tout à fait à la fin d'une consultation, et il faut savoir les entendre, ne pas les minimiser, et les prendre en compte.

L'importance du langage non verbal a été mise en évidence par Albert Mehrabian chercheur à l'Université de Californie[12] Sur la base de deux études effectuées en 1967, il prétend que : -L'importance des gestes, du langage non verbal, est majoritaire (55%) -Vient ensuite le langage para-verbal (38%) -Enfin le langage verbal (7%) .



IV. LA FORMATION INITIALE EN COMMUNICATION :

Au cours de sa carrière, un médecin effectue entre 160 000 et 200 000 consultations [18] durant lesquelles il doit communiquer avec le patient. Il paraît donc essentiel qu'il ait une formation à cette compétence. Beaucoup de praticiens considèrent que cette qualité s'acquiert avec l'expérience et ne peut être enseignée. Mais comment savoir, sans intervenant extérieur, si les habitudes prises par le médecin au cours des années en matière de communication sont bonnes ou mauvaises ? L'expérience seule, sans rétroaction, entraîne rarement des changements de comportements. Sans intervention, les compétences du médecin stagnent au même niveau que celui de la fin de l'internat [19]. Kurtz. K. Aspegren, dans sa revue de la littérature [20] concluait que les compétences communicationnelles peuvent être enseignées et apprises.

En 2003, une étude comparative randomisée a évalué l'impact d'une formation à la communication médecin-patient sur les compétences des étudiants en médecine dans 3 écoles de médecine des États-Unis. Pour cela, elle suivait deux groupes d'étudiants sur 3 ans, l'un ayant une formation à la communication et l'autre non. Une évaluation initiale et finale a permis de mettre en évidence une amélioration significative des compétences en communication médecin-patient dans le groupe ayant suivi une formation par rapport au groupe témoin [21].

Donc le médecin doit avoir une bonne compétence au niveau de la communication.

« Mais qui enseigne aux étudiants la technique très complexe et périlleuse de l'approche du malade difficile, du chronique sans rémission, du condamné à la mort la plus désespérée ? dans les programmes des cours, chaque année plus surchargés d'ultra spécialisation, il n'y a personne » (*Speciani*)

On parle beaucoup de relations humaines avec le malade mais on oublie que celles-ci ne peuvent être établies et maintenues que si les médecins se trouvent en mesure de communiquer efficacement avec le malade [22]. Les enseignants pensent que leurs élèves ont

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

une capacité innée de communiquer efficacement avec les malades. En outre on confond souvent la communication avec la relation, oubliant que le comportement au niveau de la communication verbale et non verbale, ne représentent qu'un moyen, l'unique moyen de parvenir à une fin qui est la relation.

A l'heure actuelle où la maîtrise de la compétence de communication professionnelle en médecine devrait reposer sur des assises scientifiques reconnues dans les domaines de la communication et de la pédagogie, aucun suivi, aucun contrôle des connaissances ou de savoir-faire dans ce domaine n'est mis en place dans les facultés marocaines.

« Dans de nombreux pays, l'enseignement des compétences de communication dans la formation médicale a été reconnu comme essentiel et même basique. En conséquence, cet enseignement et l'évaluation des habiletés de communication ont été incorporés dans les programmes de médecine de ces pays [23]. »

En France, Certaines facultés ont mis en place des formations basées sur des jeux de rôle pour faire prendre conscience aux étudiants des difficultés relationnelles qui peuvent exister [24] [25]

En Amérique du Nord, les recommandations actuelles de l'association américaine des facultés de médecine mettent l'accent sur l'aspect essentiel d'un entraînement aux techniques de communication au cours de la formation.[26] [27]

En Belgique, en Suisse, en Allemagne, on retrouve également de nombreux programmes d'apprentissages des techniques de communication et d'évaluation des capacités relationnelles. [28] [29]

Des études rapportent également un intérêt économique à l'instauration d'une formation par les universités : un faible coût de mise en place pour d'importants bénéfices en terme de santé et donc en terme d'économie de la santé. [30]

V. Enseignement et anglais :

L'anglais est devenu durant le dernier siècle la 1^{ère} langue scientifique. À en juger par le nombre de revues médicales publiées à travers le monde, il semblerait que ce soit le cas : en 2010, on dénombrait 114 revues publiées en anglais contre 24 en d'autres langues. Les revues les plus reconnues sont également publiées en anglais, The Lancet pour la Grande-Bretagne ou The New England Journal of Medicine pour les États-Unis, mais d'autres sont publiées en d'autres langues, malgré un impact moins fort sur la communauté médicale. Ainsi, il apparaît que l'anglais est, en effet, la langue « universelle » pour la médecine, et il paraît compréhensible de former les étudiants à la maîtrise de cette langue. Dans ce sens, la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech a introduit un cours d'anglais médical dans le cursus universitaire des étudiants.

Certes nous avons besoin de l'anglais pour pouvoir démocratiser l'accès aux connaissances, aux dernières recommandations et aux articles récents.

Mais est-ce que le fait d'étudier en anglais est suffisant pour améliorer la qualité des soins et la communication avec les patients ?

L'arabe dialectal est parlée par tout le marocains et la langue Amazighe, a été introduite comme langue officielle de l'état selon **l'article 5 de la constitution de 2011** en tant que patrimoine commun à tous les Marocains sans exception [31] et plus de 40% de la population au Maroc , soit autour de 12millions de personnes sur une population de 30 millions , sont berbérophone et aucune étude n'a été faite dans ce sens pour traduire la médecine en amazighe ni en arabe dialectal .

Là encore, les pays émergents sont confrontés à la problématique d'identité. Le Maroc est en perpétuelle recherche de son propre modèle de système éducatif. Il s'inspire souvent des modèles européens ou américains, en oubliant que ces système ont été conçu pour les pays où ils ont pris naissance en fonction de leurs besoin et leur contexte culturel et social et adapté à

leurs moyens , et pas forcément aux nôtres ; ce qui fait que leur pérennité est souvent remise en question .

VI. Les langues parlées au Maroc :

La langue officielle du Maroc est l'arabe, dit arabe classique. C'est la langue de l'islam et du Coran. L'arabe classique « n'est la langue naturelle d'aucun Marocain » [32] dans la mesure où il n'a pas de locuteurs natifs puisqu'on l'apprend généralement à l'école. Pourtant, cette langue est présente dans plusieurs domaines. Elle est la langue de l'enseignement, du primaire au supérieur, dans la plupart des filières. Elle est aussi la langue des médias, de la presse et de l'administration. C'est la langue du sacré, de l'islam, de la prière et des rituels religieux.

Elle coexiste avec d'autres langues : d'une part l'arabe dit dialectal, d'autre part l'amazighe ou tamazight, c'est-à-dire le berbère, et encore le français, dont le statut est celui de langue étrangère obligatoire.

Le Maroc est un pays où plusieurs langues sont d'usage. Concernant l'arabe classique, c'est par le biais de la constitution politique du Maroc même que sa place se définit : « Le Royaume du Maroc, État musulman souverain dont la langue officielle est l'arabe, constitue une partie du Maghreb Arabe » [33]

Par ailleurs, on reconduit d'une Constitution à l'autre le statut de l'arabe dialectal et de l'amazighe (1962- 1970-1972-1992) : « L'arabe dialectal et l'amazighe, langues maternelles des Marocains sont communément et officiellement définis et reconnus comme "dialectes", comme des variétés subalternes et hétérogènes, variétés "populaires", outils "simples" et "commodes" de la communication la plus large » [33] . Ainsi, la dernière constitution marocaine votée par référendum note dans son cinquième article que « L'arabe demeure la langue officielle de l'État. L'État œuvre à la protection et au développement de la langue arabe, ainsi qu'à la promotion de son utilisation. De même, l'amazighe constitue une langue officielle de l'État, en tant que patrimoine commun à tous les Marocains sans exception. Une loi

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

organique définit le processus de mise en œuvre du caractère officiel de cette langue, ainsi que les modalités de son intégration dans l'enseignement et aux domaines prioritaires de la vie publique, et ce afin de lui permettre de remplir à terme sa fonction de langue officielle. L'État œuvre à la préservation du Hassani, en tant que partie intégrante de l'identité culturelle marocaine unie, ainsi qu'à la protection des expressions culturelles et des parlers pratiqués au Maroc » [31]

Dans la littérature, les termes « amazigh, tamazight, berbère, tachelhit, tarifit » ainsi que les termes « arabe dialectal, arabe dialectal marocain, darija » sont communément utilisés. Ils veulent parfois dire la même chose. Nous ne cherchons pas à trouver lequel de ces termes est le plus approprié ou le plus adéquat. Au Maroc, deux langues standards sont utilisées dans des domaines symboliquement et socialement prestigieux: l'arabe standard (classique) et le français. Bien que le français soit une langue étrangère, il est considéré comme une langue « seconde » . [34]

Ainsi, en plus de ces deux langues standardisées, coexistent deux langues maternelles : l'arabe dialectal et le berbère. L'arabe dialectal varie d'une région à une autre, mais partout dans le monde arabe, il est en situation diglossique avec l'arabe standard. Ce dernier est utilisé dans les domaines-clés, alors que l'arabe dialectal est utilisé dans les domaines informels et transactionnels, ainsi que dans les médias « populaires ».

1. L'arabe dialectal :

Le dialecte est une variété linguistique propre à un groupe d'utilisateurs déterminés. Toute langue naturelle d'une certaine extension démographique et géographique possède des dialectes. Le dialecte est une langue très vivante et contextuelle, qui s'adapte aux besoins sociologiques, économiques, psychologiques, politiques et culturels de chaque population. Le dialecte marocain (la ou le « darija ») est une déformation verbale de l'arabe littéraire ; elle se définit comme la langue de tous les jours. Les lettrés le considèrent comme un « sous-arabe » sans rôle international et destiné à disparaître progressivement, alors que d'autres Marocains

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

estiment que c'est leur « vraie langue » (d'où sa désignation comme « l'arabe marocain ») et qu'elle doit être respectée à ce titre, mais ne dispose d'aucun statut officiel. Le débat sur le fait que l'arabe marocain est la langue maternelle et non l'arabe classique comme il est inscrit dans la constitution du pays est toujours d'actualité. L'arabe dialectal a intégré des termes des langues utilisées autour de lui, berbères et français surtout. Mais le problème est qu'il n'est pas toujours inter-compréhensible avec l'arabe classique. Et l'exemple type dans notre thèse et que 53% des médecins ont traduit l'antibiotique comme étant « انتيبوتيك » . Ce terme a été compris par 95,38% des patients. Mais quand les médecins ont utilisé un terme en arabe classique et qui est « مضاد حيوي » , 63,08% des patients n'ont pas compris ce que voulaient dire les médecins . Au Maroc plusieurs dialectes coexistent (Annexe IV) .

2. Le berbère :

Le Maroc compte le plus grand nombre de berbérophones dans le monde (50% de la population) [35] . Les autochtones de ce pays parlent le berbère (répartit en trois groupes) : **le tarifit** (qui se parle au nord-est dans les montagnes du Rif), **le tamazight** (se parle entre le Mont Saghro au sud, Taza au nord, l'oued Grou à l'ouest et le cous Moulouya à l'est) et le **tachelhit** (qui se parle au nord à la province d'Azilal, puis le cours de Draa à l'est et au sud et enfin, l'océan atlantique à l'ouest).

Le discours du défunt Roi Hassan II du 20 août 1994, souligne que « les trois dialectes font partie des composantes de notre authenticité (...). Il est indispensable, au moins au niveau du primaire, de prévoir des tranches horaires pour l'enseignement de nos dialectes ».

Les opposants à cette nouvelle politique rappellent que matériellement, on ne peut pas enseigner la langue berbère à l'école. [36] Il faut dix à quinze ans pour unifier, normaliser les dialectes et former les enseignants. Malgré ça, la dernière constitution de 2011 donne au tifinagh le statut de langue « nationale» et « officielle ». Les enfants apprennent donc dès le primaire un troisième alphabet, totalement différent des deux autres (arabe et latin).

Mais cela n'a été concrétisé que dernièrement en 2007 avec le lancement du Programme d'Urgence par le Ministère de l'Éducation Nationale de la Recherche et de la Formation des Cadres. Cette concrétisation de l'apprentissage de l'alphabet tifinagh se réalise progressivement. Certaines écoles, dites écoles-type, hébergent ces essais en vue d'une généralisation de ces cours de langues au primaire dans l'avenir. Ainsi, le tachelhit est l'une des trois langues dialectales ou parlers du Maroc.

3. Le français

« *Le français a un statut de facto au Maroc, celui d'une langue étrangère privilégiée ; première langue étrangère obligatoire* » (Azzedine Laraki,¹ 1983). Bien que l'arabe standard, l'arabe dialectal, le berbère (dans ses trois variétés, le tachelhit inclus) et le français interagissent dans la vie quotidienne des citoyens. [37]. Mais ,chacune de ces quatre langues a une valeur sociolinguistique déterminée qui émane de la nature des domaines dans lesquels elle est utilisée ainsi que des fonctions qu'elle assure. Ceci s'explique par le fait que la coexistence de plusieurs langues dans une société donnée fait que chacun des groupes parlant prioritairement ces langues déploie des stratégies bien définies pour gagner le plus de valeurs matérielles et symboliques possibles . [38]

Le Maroc est un amalgame et plusieurs langues et dialectes y sont parlés dépendamment de la situation et de la région. [39] Un médecin formé au sud du Maroc peut trouver des difficultés à comprendre et communiquer avec un patient du nord. Et cela entrave la capacité des patients à expliquer leurs préoccupations ou perceptions de la maladie aux médecins parce qu'ils préfèrent mettre l'accent sur leurs symptômes cliniques. Donc la communication sera basée sur la symptomatologie plutôt que sur les sentiments ou les questions du patient. Ce manque de communication, dû aux différences de langage, peut entraîner un grand nombre de

¹ Né le 1er mai 1929 à Fès, mort le 1er février 2010 à Rabat à l'âge de 80 ans, est un médecin et homme d'État marocain. Il fut ministre de l'éducation nationale du 10 octobre 1977 au 30 septembre 1986 et premier ministre du 30 septembre 1986 au 11 août 1992. Il est l'artisan de l'arabisation puis de l'islamisation controversée de l'enseignement au Maroc .

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

conséquences qui deviennent alors un frein à la bonne prise en charge du patient et ont une incidence directe sur la qualité des soins.

Dans ce sens, il est primordial de se questionner sur les moyens à mettre en œuvre, en tant que soignant, dans la compréhension mutuelle entre le patient et le médecin. Comprendre les déséquilibres entre les langages et identifier les failles dans les cas d'échange et de divulgation d'informations peut aider à relever les défis de communication dans notre système de santé.

VII. Le niveau de littératie de la population marocaine :

Malgré la croissance rapide de la population et la baisse du niveau d'analphabétisme, selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2014, qui est passé de 75% en 1994 à 47,7% en 2014 dans le milieu rural, et de 37% en 1994 à 22,2% en 2014 dans le milieu urbain, les régions de Beni Mellal-Khénifra et de Marrakech-Safi marquent les taux d'analphabétisme les plus élevés (39,1% et 37,8% respectivement). [40] Ces chiffres restent très élevés et agissent comme un inhibiteur à communiquer efficacement les informations sur la santé.

En effet, une cause importante de malentendus entre les patients et les médecins peut être dû à la difficulté des médecins à détecter les patients faiblement alphabétisés [41]

En addition à cela, pour de nombreux patients, la stigmatisation d'un faible niveau d'alphabétisme peut conduire à des comportements compensatoires qui rendent difficile la détection de ses patients [42]. En outre, les caractéristiques physiques, telles que l'apparence et la capacité de parler, sont souvent des indicateurs inexacts du niveau d'alphabétisation. [43] . Dans un tel contexte, les médecins font souvent jugements instantanés, inconscients et inexacts sur ce que leurs patients peuvent comprendre. Par exemple dans notre étude , 92,31% des patients ont affirmé qu'il ont compris ce que voulait dire le terme « دواء المكروب » (traitement du microbe) c'est-à-dire antibiotique . Cependant, dans le chapitre infection, 72,31% des

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

patients n'ont pas compris ce que voulait dire « المكروب » (microbe). Comment un patient peut comprendre ce que veut dire « دواء المكروب » (traitement du microbe) s'il ne comprends pas ce que veut dire « المكروب » ? (microbe)

Ce qui nous amène à dire que non seulement il y'a un véritable problème de communication entre les patients et les médecins, mais qu'il n'y a pas d'outils qui nous permet d'évaluer cette communication.

Ceci pourrait élucider le rôle de la communication médecin-patient en tant que médiateur par lequel l'alphabétisation influe sur les résultats de santé des patients, clarifiant ainsi une relation de cause à effet qui n'est pas encore bien comprise.

L'enseignement et la littératie en matière de santé ne sont pas inculqués à tous les niveaux de soins [44] . Le premier contact du patient avec le corps médical ou paramédical se fait au niveau de la structure de proximité (centre de santé, centre hospitalier régional, proximal, universitaire...), et c'est à ce niveau-là que le patient devrait se familiariser avec un jargon médical simple et approprié à sa pathologie. [45]

Et si ce personnel dont il est objet est formé adéquatement à communiquer de façon simple et efficace, si ce personnel veille à ce que les informations fournies aux patients soient non seulement complètes mais aussi compréhensibles, le patient alors va commencer à s'éduquer, et au fil des années, il pourra acquérir un langage qui lui permettra d'évoluer dans la perception de sa maladie et sa prise en charge [47]. Ainsi il pourra se familiariser avec les risques et complications auxquels il est susceptible de faire face, et qui sont le plus souvent responsable de procès et de poursuites judiciaires.

C'est nous qui choisissons les termes que nous inculquons aux patients et non l'inverse. Quand le patient vient consulter pour la première fois, on admet qu'il n'a aucune idée sur sa pathologie. Le code c'est nous qui le créons, mais si nous ne sommes pas assez armés pour le

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

faire, nous tombons dans le piège du néologisme et nous commençons à utiliser des termes qui n'existaient même pas à la base.

Il est alors de notre devoir d'assumer le rôle en tant que fournisseur primaire de l'information et en tant qu'acteur principal en matière de prévention primaire, secondaire ou tertiaire [46]

VIII. Qu'en est-il des autres pays ?

Plusieurs études ont été faites dans ce sens pour analyser et identifier les différents problèmes de communication entre les médecins et les patients notamment aux états unis , en France , en grande Bretagne en Allemagne ... Et toutes sont ressorties avec les mêmes conclusions : Il y'a un véritable problème de communication entre les médecins et les patients , à savoir que ces pays ne souffraient pas d'un bilinguisme ou trilinguisme.

En Angleterre par exemple, une étude a été faite dans un hôpital universitaire à Londres en 2013 au service de chirurgie maxillo-facial pour essayer de déterminer si les patients comprenaient la terminologie utilisée par les médecins. [48]

Cette étude a recruté 100 patients âgés de 16 ans et plus, dont l'anglais était la première langue . (Dans l'ensemble, 93% ont estimé qu'ils parlaient couramment l'anglais) . 29% des patients avaient atteint le niveau universitaire, 27,6% ont arrêté l'école après le lycée, 24,4% avaient un niveau collège , et le reste des participants n'ont pas mentionné leur niveau scolaire.

Ces patients ont consulté au service de chirurgie maxillo-faciale dans un hôpital universitaire à Londres entre janvier et mars 2012. Ils ont rempli un court questionnaire en attendant leur rendez-vous. Le questionnaire été divisé en deux sections.

Dans la première section, on demandait aux participants de définir correctement les termes : comme par exemple engourdissement ", " paresthésie ", " dent incluse ", " articulation

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

temporo-mandibulaire " fracture non déplacée " et " fracture déplacée ". Les patients pouvaient choisir parmi trois définitions possibles et " je ne sais pas ".

La deuxième section demandait des définitions écrites des termes : , " fracture ", " mandibule ", " occlusion " et " plaques et vis ". Les réponses étaient classées séparément en " correct ", " presque correct ", " incorrect " ou " n'a pas répondu ".

Bien que les médecins et les patients parlaient la même langue, et que plusieurs répondant avait un niveau scolaire assez élevé , les patients ont trouvé beaucoup de difficulté à répondre au questionnaire [49] . Par exemple , la paresthésie n'a été correctement définie que par 23 participants. La majorité (72,4%) des participants n'ont pas pu définir correctement ce terme. Le terme mandibule n'a été correctement défini que par 37% des répondants , tandis que 56% n'ont fourni aucune réponse . L'occlusion était mal comprise par la plupart des individus; 10% l'ont défini correctement, 45% n'ont fourni aucune réponse.

Il ressort de cette études que plusieurs médecins ont tendance à surestimer les connaissances médicales de leurs patients [50] et utilisent un jargon médical spécialisé, alors que les patients seraient confondus non seulement par le jargon médical et les phrases techniquement complexes employées par le médecin [51] [52] ,mais aussi par des termes médicaux simples indépendamment de leurs niveau d'études ou de langue parlé [53]. De nombreux termes utilisés en pratique courante ont peu de chances d'être reconnus par les patients, malgré leur maîtrise de la langue anglaise [54] . Les cliniciens doivent s'assurer qu'ils utilisent un langage adapté et approprié pour améliorer la compréhension et la communication avec leurs patients [55] .



Recommandations



✚ Recommandation 1 :

La Prise de conscience : Tout progrès dans ce domaine de la relation Soignant-Soigné suppose la prise de conscience de tous les acteurs de l'importance de l'enjeu de la communication.

✚ Recommandation 2

Encourager l'instruction linguistique : Le programme de médecine devrait instaurer des modules d'apprentissage en arabe dialectal et en berbère.

✚ Recommandation 3

Adapter le système de santé par rapport aux besoins de la population et rétablir les objectifs de formation des médecins

✚ Recommandation 4 :

Instaurer des nouvelles méthodes d'apprentissage, comme l'analyse de situations filmées, les jeux de rôle et les simulations en arabe dialectale et berbère.

✚ Recommandation 5 :

La mise en place de critères de qualité en communication à acquérir et à évaluer au même titre que les connaissances scientifiques médicales.

✚ Recommandation 6 :

L'épreuve des « cliniques » passée en fin d'études mérite d'être rétablie, car c'est surtout au contact des malades, que l'enseignement de la pratique de la communication prend toute son efficacité.

✚ Recommandation 7 :

Chaque service devrait disposer d'un livret contenant le vocabulaire anatomique , symptomatologique et pathologique des maladies les plus fréquentes traduites en arabe dialectal et en amazigh .

 **Recommandation 8 :**

Les enseignants eux-mêmes sont au cœur de la polémique . Ce sont eux qui, à l'amphithéâtre, au cours des stages, au lit du malade, forment l'étudiant par l'exemplarité de leur discours et de leur comportement. Leur aptitude à la communication devrait, là encore, être uniformisée

 **Recommandation 9 :**

Les infirmiers passent plus de temps que les médecins auprès des malades et recueillent bien souvent leurs confidences. Ces personnels doivent être préparés dans leurs écoles respectives à cette dimension et formés eux aussi à la bonne communication. [56]

 **Recommandation 10 :**

Les médias, intermédiaires de masse, jouent un rôle considérable dans la façon dont le public perçoit la médecine [57] .Par impacts répétés, les journaux, la radio, la télévision, ils finissent par modeler l'opinion des lecteurs, auditeurs ou spectateurs. Les médias non seulement diffusent la sensibilisation, mais aussi informent et éduquent les gens sur une période de temps. Cela contribue finalement au changement d'attitude et de comportement du public pour une meilleure santé. En d'autres termes, les médias contribuent à apporter des changements de comportement dans les connaissances, les croyances et les attitudes concernant la santé. Ils devraient assumer leur rôle dans la prévention primaire via l'éducation sanitaire.

 **Recommandation 11 :**

Le patient lui-même enfin demeure le personnage central de la démarche médicale. Il doit également être formé et éduqué .

Tous ces efforts devraient contribuer à promouvoir une véritable « culture de la communication », fondée sur l'attention au malade aussi bien en milieu hospitalier qu'en médecine libérale, urbaine ou rurale. Alors la relation médecin-malade retrouvera sa qualité première, qu'elle n'aurait jamais dû perdre, et qui est la confiance partagée.



Conclusion



Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

Il s'agit d'une étude qui s'intéresse à la qualité de communication entre les patients et médecins. Elle s'inscrit dans la volonté de la Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech à améliorer la formation des médecins.

A la lumière des résultats obtenus, nous pouvons en déduire qu'il y'a un véritable problème de communication entre les patients et les soignants de façon générale. En effet les médecins n'ont pas avec leurs patients de stratégie de communication clairement établie. Bien que conscients de l'importance de la communication dans leur exercice quotidien, les médecins utilisent des méthodes empiriques basées sur leur instinct, évoluant au gré de leur expérience.

C'est pour cela qu'il est urgent de remédier à cette situation en veillant à la qualité de la formation à la communication de tous les acteurs de santé et en permettant aux médecins de consacrer l'essentiel de leur temps aux malades, aussi bien en milieu hospitalier que libéral. Et pour ce faire, il faudrait d'une part intervenir au moment de la formation des étudiants en développant l'apprentissage de la communication, et d'autre part, améliorer les conditions d'exercice des médecins, car la communication nécessite du temps pour l'écoute, l'observation, et la mise en place de techniques relationnelles.

De nombreux bénéfices pourraient en être tirés. Premièrement pour les patients, en améliorant la qualité de soin et en augmentant leur degré de satisfaction concernant leur relation avec le médecin [58]. Ensuite pour le médecin, lui offrant des outils pouvant l'aider à majorer l'efficacité de ses consultations. Enfin, pour l'économie de la santé : la mise en place d'une formation universitaire engendrerait un faible coût pour d'importants bénéfices en termes de santé via la diminution du nombre de consultations, d'examens complémentaires et prescriptions pharmacologiques. [59]

Comme nous avons pu le constater, le code nécessaire à toute communication est le langage.

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

« Comment pouvons-nous améliorer les conditions de communication dans notre pays écartelé entre le français, l'anglais, la darija, l'arabe classique et l'amazigh » ? [60]

Quelle place devraient occuper l'amazigh et l'arabe dans notre enseignement supérieur ?

Certes nous ne sommes pas pour l'appauvrissement linguistique , ni pour abandonner une langue qui nous a beaucoup servie et qui nous sert au quotidien et qui est le français , sans laquelle je n'aurai pas pu réaliser ce travail , ni pour délaisser l'anglais , notre fenêtre sur le monde ; qui nous apporte chaque jour des nouveautés concernant les dernières recommandations et les avancées en médecine , mais il est de notre devoir de garantir l'évolution de notre langue maternelle et qui n'est d'autre que l'arabe , que nous partageons tous en tant que citoyens , si nous voulons parvenir à une bonne communication .



Résumé



RESUME :

Une bonne communication entre patient et médecin éviterait la plupart des litiges qui surviennent dans notre pratique courante .Or, cette composante est souvent négligée dans la formation du médecin ce qui peut constituer une véritable barrière en matière des soins .

L'objectif de notre travail est de déterminer le niveau de communication entre les patients et les médecins dans notre contexte marocain , et les facteurs qui pourraient l'influencer .

Il s'agit d'une étude prospective étalée sur une période de 6 mois, (Allant de mai 2019 à octobre 2019) réalisée au service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech , à l'aide d'un formulaire contenant une liste de termes que les médecins devaient traduire en arabe dialectal ou arabe classique (selon le terme qu'ils utilisent lors des consultations avec leurs patients) , et un questionnaire contenant la traduction de ces même termes attribués par les médecins , auquel 65 patients ont répondu.

Parmi les 65 patients qui ont répondu aux questionnaire , plus de 51,75% n'ont pas compris les termes utilisés par les médecins . Il y'a des termes utilisés par les médecins qui n'ont pas été compris par plus de 80% des patients , comme par exemple les termes en arabe relatifs à " l'os zygomatique", "l'articulation temporo-mandibulaire" , "la fracture déplacée" "la fracture non déplacée " , "l'ankylose temporo-mandibulaires" .. Seuls les termes basiques comme "la douleur " , "tuméfaction" , "sutures" ont été compris

À la lumière des résultats obtenus , nous pouvons déduire que malgré l'importance du rôle de la communication avec les patients, il n'y a pas de réelle volonté d'adaptation . En effet ,les médecins n'ont pas avec leurs patients de code ni de stratégie de communication clairement établie . Bien que conscients de l'importance de la communication dans leur exercice quotidien , ces derniers utilisent des méthodes empiriques basées sur leur instinct, évoluant au gré de leur expérience.

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

La raison principale évoquée est le manque de formation initiale au cours des études médicales et l'inexistence d'un code universel entre les soignants et leurs patients .

Une perspective envisagée serait de renforcer l'apprentissage de la communication, en instaurant par exemple des mises en situation et des jeux de rôle avec analyse , ainsi que des modules d'apprentissage en arabe dialectal et berbère . Cependant , la mise en place d'une grille d'évaluation avec des critères de qualité de la communication médecin patient pourrait être intéressante .

Abstract:

Good communication between patient and doctor would avoid most of the misunderstandings that arise in our current practice. However, this component is often neglected in the training of the doctor which can constitute a real barrier in terms of care.

The objective of our work is to determine the level of communication between patients and doctors in our Moroccan context, and the factors that could influence it.

This is a prospective study spread over a period of 6 months (from May 2019 to October 2019) carried out in the department of maxillofacial surgery and stomatology at the Avicenne Military Hospital in Marrakech, using " a form containing a list of terms that doctors had to translate into dialectal Arabic or classical Arabic (depending on the term they use during consultations with their patients), and a questionnaire containing the translation of these same terms assigned by doctors, to which 65 patients responded.

Of the 65 patients who responded to the questionnaire, more than 51.75% did not understand the terms used by the doctors. There are terms used by doctors which have not been understood by more than 80% of patients, such as for example the terms in Arabic relating to " the zygomatic bone ", " the temporal joint mandibular ", " displaced fracture " " non-displaced fracture ", " temporomandibular ankylosis " ... Only basic terms such as " pain ", " swelling ", " sutures " have been understood.

In the light of the results obtained, we can deduce that despite the importance of the role of communication with patients, there is no real desire to adapt. In fact, doctors do not have a clearly established communication strategy with their patients. Although aware of the importance of communication in their daily exercise, they use empirical methods based on their instinct, evolving according to their experience.

The main reason mentioned is the lack of initial training during medical studies and the

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

lack of a universal code between caregivers and their patients.

One perspective envisaged would be to reinforce communication learning, for example by setting up role-plays and role plays with analysis, as well as learning modules in dialectal and Berber Arabic. However, setting up an evaluation grid with quality criteria for patient-doctor communication could be interesting.

ملخص

من شأن التواصل الجيد بين المرضى والأطباء أن يجنب معظم النزاعات التي تنشأ في ممارستنا اليومية. ومع ذلك ، غالبًا ما يتم إهمال هذا المكون في تكوين الطبيب ، مما قد يشكل حاجزًا حقيقيًا في رعاية المريض

الهدف من دراستنا هو تحديد مدى جودة التواصل بين المرضى والأطباء في المغربي ، والعوامل التي يمكن أن تؤثر عليه.

هذه دراسة مستقبلية ممتدة على فترة 6 أشهر (من مايو 2019 إلى أكتوبر 2019) أجريت في قسم جراحة الوجه والفكين في مستشفى العسكري ابن سنيا في مراكش ، باستخدام " استمارة تحتوي على قائمة بالمصطلحات التي على الأطباء ترجمتها إلى العربية الدارجة أو العربية الفصحى (حسب المصطلح الذي يستخدمونه أثناء التحدث مع مرضاهم) ، واستبيان يحتوي على ترجمة هذه المصطلحات نفسها التي حددها الأطباء ، و التي أجاب عنها 65 مريضاً.

من بين هؤلاء المرضى ، لم يفهم أكثر من 51.75% المصطلحات المستخدمة من قبل الأطباء. هناك بعض المصطلحات التي يستخدمها الأطباء والتي لم يفهمها أكثر من 80% من المرضى ، على سبيل المثال المصطلحات باللغة العربية المتعلقة "os zygomatic" ، المفصل الصدغي". الفك السفلي " " الكسر المحرك " الكسر غير المحرك" ، فقط المصطلحات الأساسية مثل "الألم" ، "التورم" ، "الغرز" كانت مفهومة من طرف المرضى.

في ضوء النتائج التي تم الحصول عليها ، يمكننا أن نستنتج أنه على الرغم من أهمية دور التواصل مع المرضى ، لا توجد لدى الأطباء إستراتيجية تواصل واضحة مع مرضاهم. على الرغم من إدراكهم لأهميته في ممارستهم اليومية ، إلا أنهم يستخدمون أساليب تجريبية تعتمد على غرائزهم ، وتتطور وفقاً لتجربتهم.

السبب الرئيسي لهذه الوضعية هو عدم وجود تدريب أولي خلال الدراسات الطبية وعدم وجود رمز لغوي موحد بين مستخدمي الصحة الذين يتحدثون الفرنسية ومرضاهم الذين يفهمون فقط اللغة العربية أو الأمازيغية

يتمثل أحد المنظورات المتوخاة في تعزيز التواصل ، على سبيل المثال من خلال إعداد لعب الأدوار مع التحليل ، فضلاً عن وحدات التعلم بلغة العربية الفصحى والأمازيغية. وقد يكون إحداث شبكات لتقييم معايير جودة التواصل بين الطبيب و المريض أمراً أساسياً و هاماً.



Annexes



FICHE D'EXPLOITATION

Sujet :

Pour une meilleure communication entremédecin et patient en chirurgie maxillo-faciale

Encadré par le Professeur : ABOUCHADI

Dans le cadre d'une étude prospective qui vise à mettre en évidence les différents problèmes de communication entre les médecins et patients en chirurgie maxillo-faciale, je vous prie de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous en attribuant une traduction en arabe dialectal (des mot que vous utilisez généralement en consultation ou à défaut des phrases), aux termes suivants :

I. ANATOMIE

- 1) Mandibule.....
.....
- 2) Os zygomatique
.....
- 3) Condyle
.....
- 4) Gencive
.....
- 5) Articulation temporo-mandibulaire
.....

II. SYMPTOMES

- 1) Douleur
.....
- 2) Paresthésie
.....
- 3) Paralysie
.....
- 4) Tuméfaction
.....

III. PATHOLOGIE

- 1) Plaie pénétrante
.....
- 2) Plaie non pénétrante.
.....
- 3) Ecchymose
.....
- 4) Fracture non déplacée
.....
- 5) Fracture déplacée
.....

IV. TRAITEMENT

- 1) Lavage
.....
- 2) Suture.....
.....
- 3) Antibiotique.....
.....
- 4) Hygiène buccodentaire.....
- 5) Sonde naso-gastrique
.....
- 6) Fixation intermaxillaire
.....
- 7) Plaques
.....

V. Evolution et pronostic :

- 1) Ankylose temporo mandibulaire
.....
 - 2) Pseudarthrose
.....
 - 3) Cicatrice vicieuse
.....
 - 4) Ectropion
.....
 - 5) Infection.....
.....
-

ANNEXE II :

Date le :

Nom & prénom :

Terminologie non comprise par le patient	Terminologie comprise par le patient	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفك السفلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العظم التحتاني ديال الوجه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الماشوار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عظم الوجه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عظم الحنك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عظم المفصل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رأس العظم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الثلثة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الرحم ديال السنان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مفصل الوجه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المفصل ديال الوجه تكوانسا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تسودا ليك العظم ديال الوجه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قسط المفصل الفكي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الهرس ما براش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم الإنجبار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيكاتريس خايبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيكاتريس مشوهة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نذب

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العين مجدبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العين مشوهة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التعفن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ميكروب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحريق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الألم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تنمال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تشلال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النفخ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جرح عميق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جرح غارق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جرح غير عميق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جرح مغارقش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الزروقية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الهرس محركش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كسر محركش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هرس محرك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كسر محرك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غسيل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تنظيف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخيطة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انتيبيوتيك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دواء الميكروب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مضاد حيوي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نظافة الفم و الأسنان

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

غسل الفم

تيو ديال المعدة

أنبوب أنف معدي

نسدو ليك فمي

بلوكاج ديال الفم

بلوكاج ديال السنان

البلايك

الحديد

ANNEXE III :

Réponses des médecins :

I/ Anatomie

	Réponse 1	Réponse 2	Réponse 3	AR	effectif tot	%Rep1	%Rep2	%Rep3	%AR
Mandibule	10	4	18	0	32	31,25%	12,50%	56,25%	0,00%
os zygomatique	15	12	0	5	32	46,88%	37,50%	0,00%	15,63%
Condyle	12	4	0	16	32	37,50%	12,50%	0,00%	50,00%
Gencive	12	20	0	0	32	37,50%	62,50%	0,00%	0,00%
Articulation temporo mandibulaire	9	12	9	2	32	28,13%	37,50%	28,13%	6,25%

1 / mandibule :

Mandibule	Réponse1	الفك السفلي	10
	Réponse2	العظم التحتاني ديال الوجه	4
	Réponse 3	الماشوار	18

2/os zygomatique :

Os zygomatique	Réponse1	عظم الوجه	15
	Réponse2	عظم ديال الحنك	12
	Aucune réponse		5

3/condyle :

Condyle	Réponse1	عضما المفصل	12
	Réponse2	راس العضم	4
	Aucune réponse		16

4/ Gencive :

Gencive	Réponse 1	اللثة	12
	Réponse 2	اللحم ديال السنان	20

5/Articulation temporo-mandibulaire :

ATM	Réponse 1	مفصل الوجه	9
	Réponse 2	الفك	12
	Réponse 3	الماشوار	9
	Aucune réponse		2

II/Symptômes :

	Réponse 1	Réponse 2	Réponse3	AR	effectif tot	%Rep1	%Rep2	%Rep3	%AR
Douleur	22	10	0	0	32	68,75%	31,25%	0,00%	0,00%
paresthésie	30	0	0	2	32	93,75%	0,00%	0,00%	6,25%
Paralysie	20	12	0	0	32	62,50%	37,50%	0,00%	0,00%
Tuméfaction	26	8	0	0	32	81,25%	25,00%	0,00%	0,00%

1/Douleur :

Douleur	Réponse 1	الحريق	22
	Réponse 2	الألم	10

2/Paresthésie :

Paresthésie	Réponse 1	التتمال	30
	Aucune Réponse		2

3/paralysie

Paralysie	Réponse 1	التشلال	20
	Réponse 2	الشلل	12

4/tuméfaction :

Tuméfaction	Réponse 1	النفخ	26
	Réponse 2	الورم	8

III/Pathologie :

	Réponse 1	Réponse 2	Réponse 3	AR	effectif tot	%Rep1	%Rep2	%Rep3	%AR
Plaie pénétrante	8	24	0	0	32	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%
plaie non pénétrante	8	24	0	0	32	25,00%	75,00%	0,00%	0,00%
Ecchymose	32	0	0	0	32	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Fracture non déplacée	27	5	0	0	32	84,38%	15,63%	0,00%	0,00%
Fracture déplacée	27	5	0	0	32	84,38%	15,63%	0,00%	0,00%

1 /plaie pénétrante :

Plaie pénétrante	Réponse1	جرح عميق	8
	Réponse2	جرح غارق	24

2/plaie non pénétrante :

Plaie non pénétrante	Réponse1	جرح غير عميق	8
	Réponse2	جرح ما غارقش	24

3/ Ecchymose :

Ecchymose	Réponse1	زروقية	32
-----------	----------	--------	----

4/ fracture déplacée

Fracture déplacée	Réponse 1	هرس محرك	27
	Réponse 2	كسر محرك	5

5/ fracture non déplacée :

fracture non déplacée	Réponse 1	هرس ما محركش	27
	Réponse 2	كسر مامحركش	5

IV/Traitement :

	Réponse 1	Réponse 2	Réponse 3	AR	effectif tot	%Rep1	%Rep2	%Rep3	%AR
lavage	26	8	0	0	32	81,25%	25,00%	0,00%	0,00%
Suture	32	0	0	0	32	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Antibiotique	17	10	5	0	32	53,13%	31,25%	15,63%	0,00%
hygiène buccodentaire	19	13	0	0	32	59,38%	40,63%	0,00%	0,00%
Sonde naso- gastrique	24	8	0	0	32	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
Fixation intermaxillaire	4	8	3	17	32	12,50%	25,00%	9,38%	53,13%
Plaques	22	10	0	0	32	68,75%	31,25%	0,00%	0,00%

Pour une meilleure communication médecin patient en chirurgie maxillo-faciale

1/Lavage :

lavage	Réponse 1	غسيل	26
	Réponse 2	التنظيف	8

2/Sutures :

Suture	Réponse 1	الخيطة	32
--------	-----------	--------	----

3/Antibiotique :

Antibiotique	Réponse 1	أنتيبيوتيك	17
	Réponse 2	دواء المكروب	10
	Réponse 3	مضاد حيوي	5

4/Hygiène buccodentaire :

Hygiène buccodentaire	Réponse 1	نظافة الفم والأسنان	19
	Réponse2	غسل الفم	13

5/Fixation intermaxillaire :

Fixation intermaxillaire	Réponse1	نسدو ليك فمك	4
	Réponse2	بلوكاج ديال الفم	8
	Réponse3	بلوكاج ديال السنان	3
	Aucune Réponse		17

6/plaques :

plaques	Réponse1	البلايك	22
	Réponse 2	الحديد	10

V/Pronostic :

	Réponse1	Réponse2	Réponse3	AR	effectif tot	%Rep1	%Rep2	%Rep3	%AR
Ankylose temporo mandibulaire	12	8	2	10	32	37,50%	25,00%	6,25%	31,25%
Pseudarthrose	15	4	0	13	32	46,88%	12,50%	0,00%	40,63%
Cicatrice vicieuse	6	18	3	5	32	18,75%	56,25%	9,38%	15,63%
Ectropion	5	6	0	21	32	15,63%	18,75%	0,00%	65,63%
Infection	18	14	0	0	32	56,25%	43,75%	0,00%	0,00%

1 /ankylose temporo mandibulaire :

Ankylose Temporo-mandibulaire	Réponse1	المفصل ديال الوجه تكوانسا	12
	Réponse2	تسودا ليك العضم ديال الوجه	8
	Réponse3	قسط المفصل الفكى	2
	Aucune réponse		10

2/Pseudarthrose :

Pseudarthrose	Réponse1	الهرس مابراش	15
	Réponse2	عدم إنجبار العضم	4
	Aucune réponse		13

3/Cicatrice vicieuse :

Cicatrise vicieuse	Réponse1	سيكاتريس خايبة	6
	Réponse2	سيكاتريس مشوهة	18
	Réponse3	نذب	3
	Aucune réponse		5

4/Ectropion :

Ectropion	Réponse1	العين مجيدة	5
	Réponse2	العين مشوهة	6
	Aucune réponse		21

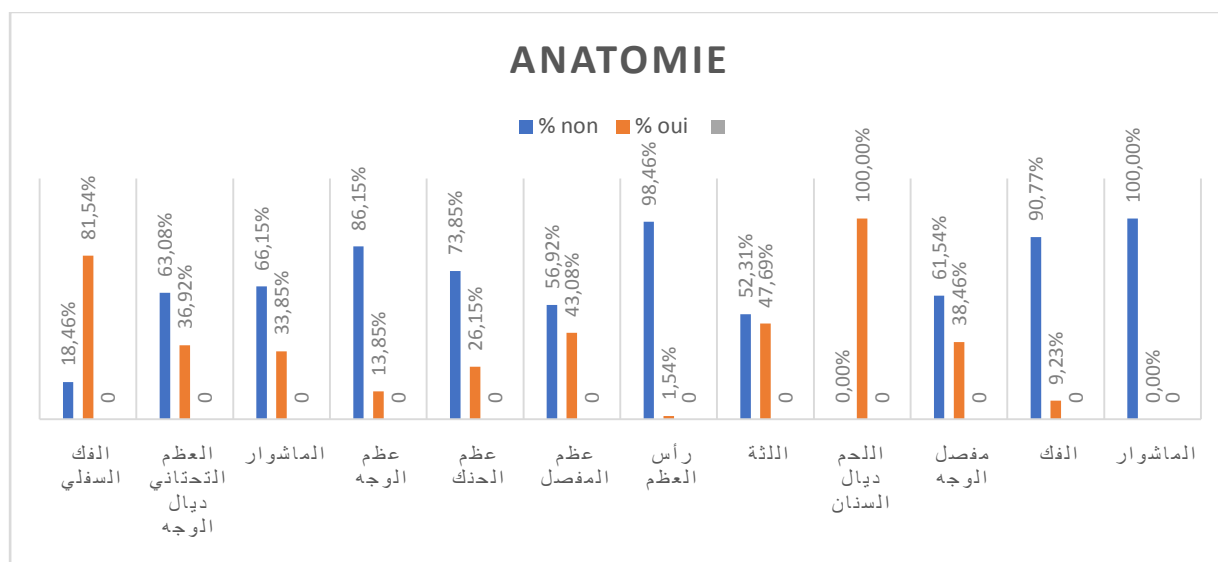
5/Infection :

Infection	Réponse1	تعفن	18
	Réponse2	مكروب	14

Réponse des patients :

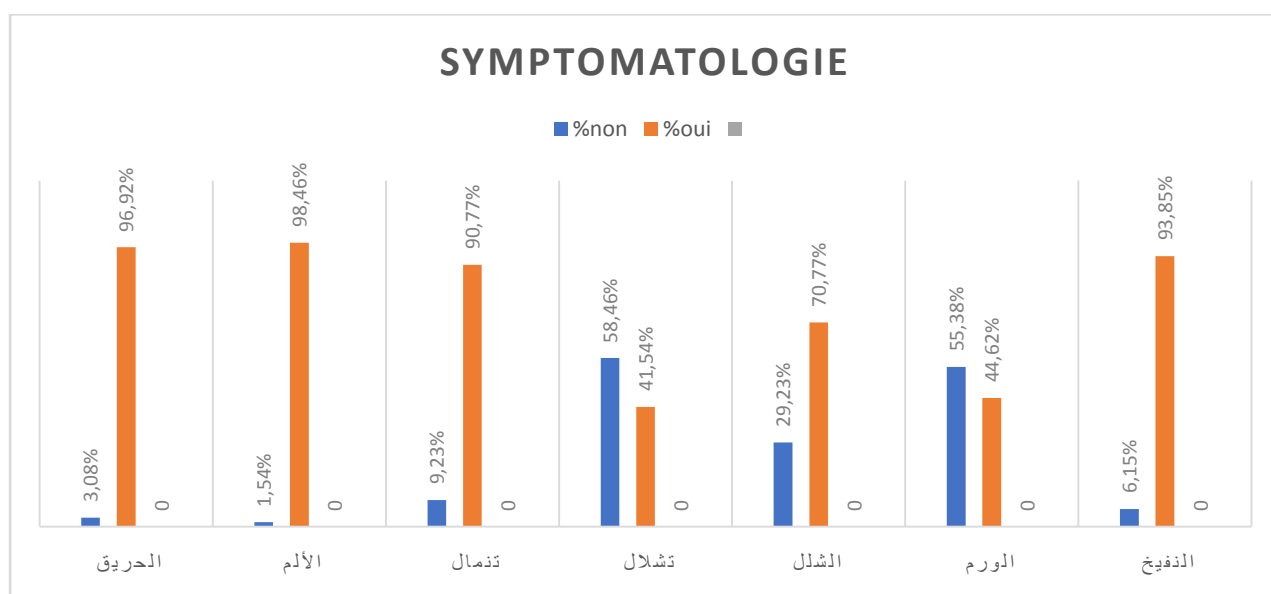
I/anatomie :

	Terminologie comprise par le patient	Terminologie non comprise par le patient	% oui	% non	Eff total
الفك السفلي	53	12	81,54%	18,46%	65
العظم التحتاني ديال الوجه	24	41	36,92%	63,08%	65
الماشوار	22	43	33,85%	66,15%	65
عظم الوجه	9	56	13,85%	86,15%	65
عظم الحنك	17	48	26,15%	73,85%	65
عظم المفصل	28	37	43,08%	56,92%	65
رأس العظم	1	64	1,54%	98,46%	65
اللثة	31	34	47,69%	52,31%	65
اللحم ديال السنان	65	0	100,00%	0,00%	65
مفصل الوجه	25	40	38,46%	61,54%	65
الفك	6	59	9,23%	90,77%	65
الماشوار	0	65	0,00%	100,00%	65



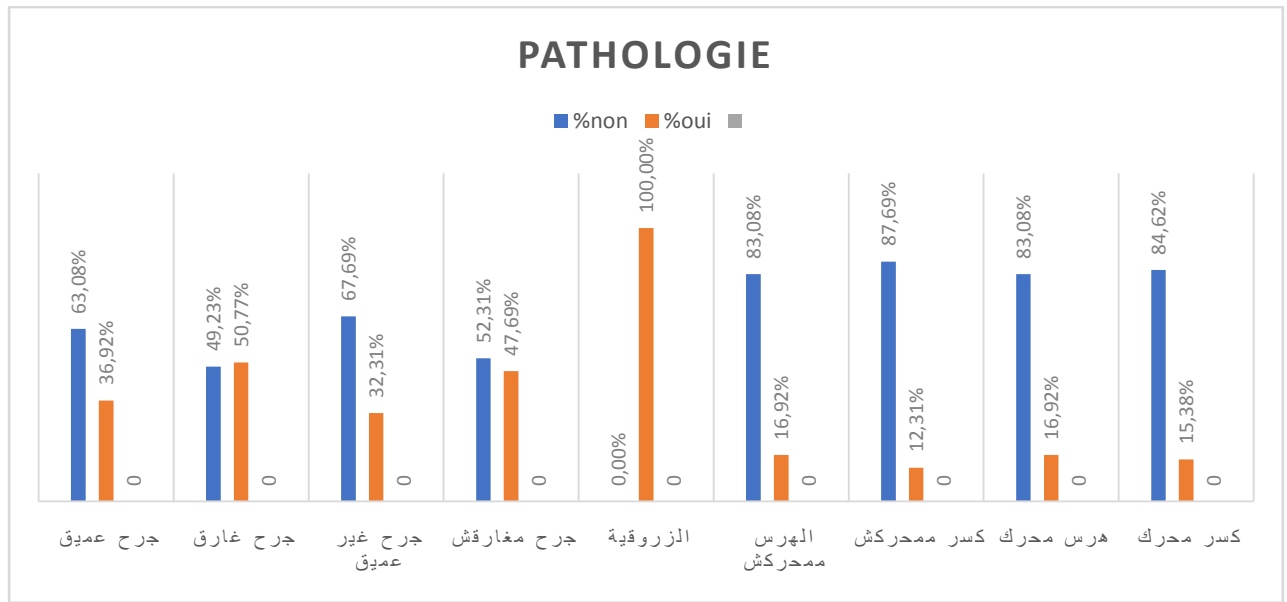
II/ symptomatologie :

Terminologie comprise par le patient	Terminologie non comprise par le patient	%oui	%non	Eff total
الحريق	63	2 96,92%	3,08%	65
الألم	64	1 98,46%	1,54%	65
تنمالم	59	6 90,77%	9,23%	65
تشلال	27	38 41,54%	58,46%	65
الشلل	46	19 70,77%	29,23%	65
الورم	29	36 44,62%	55,38%	65
النفخيخ	61	4 93,85%	6,15%	65



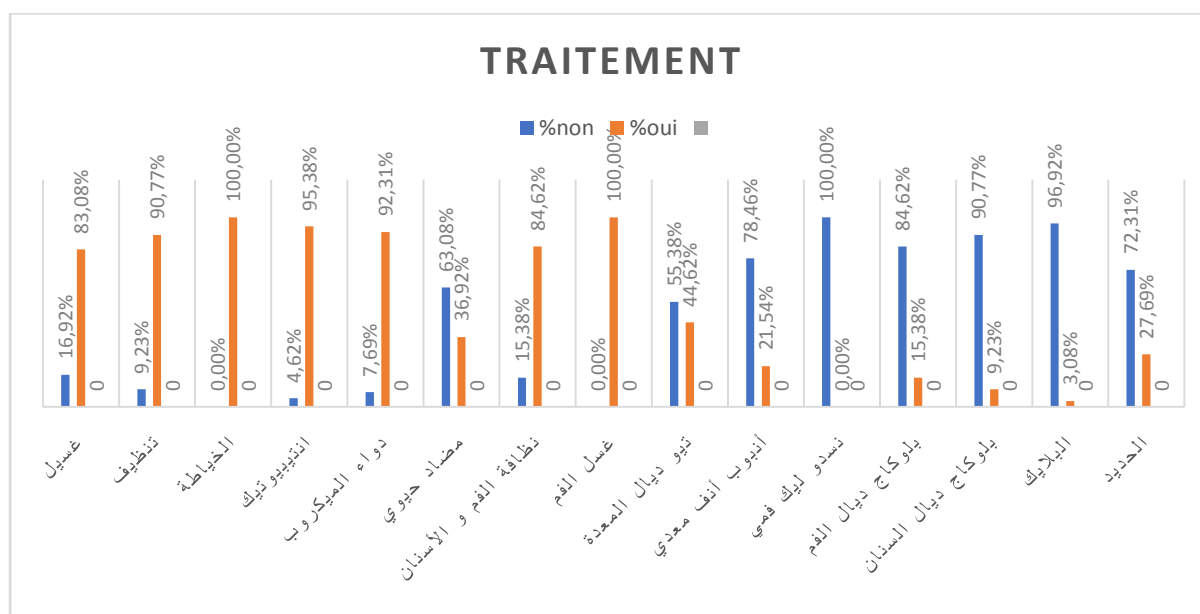
III/Pathologie :

	Terminologie comprise par le patient	Terminologie non comprise par le patient	%oui	%non	Eff total
جرح عميق	24	41	36,92%	63,08%	65
جرح غارق	33	32	50,77%	49,23%	65
جرح غير عميق	21	44	32,31%	67,69%	65
جرح مغارقش	31	34	47,69%	52,31%	65
الزروقية	65	0	100,00%	0,00%	65
الهرس محرکش	11	54	16,92%	83,08%	65
كسر محرکش	8	57	12,31%	87,69%	65
هرس محرك	11	54	16,92%	83,08%	65
كسر محرك	10	55	15,38%	84,62%	65



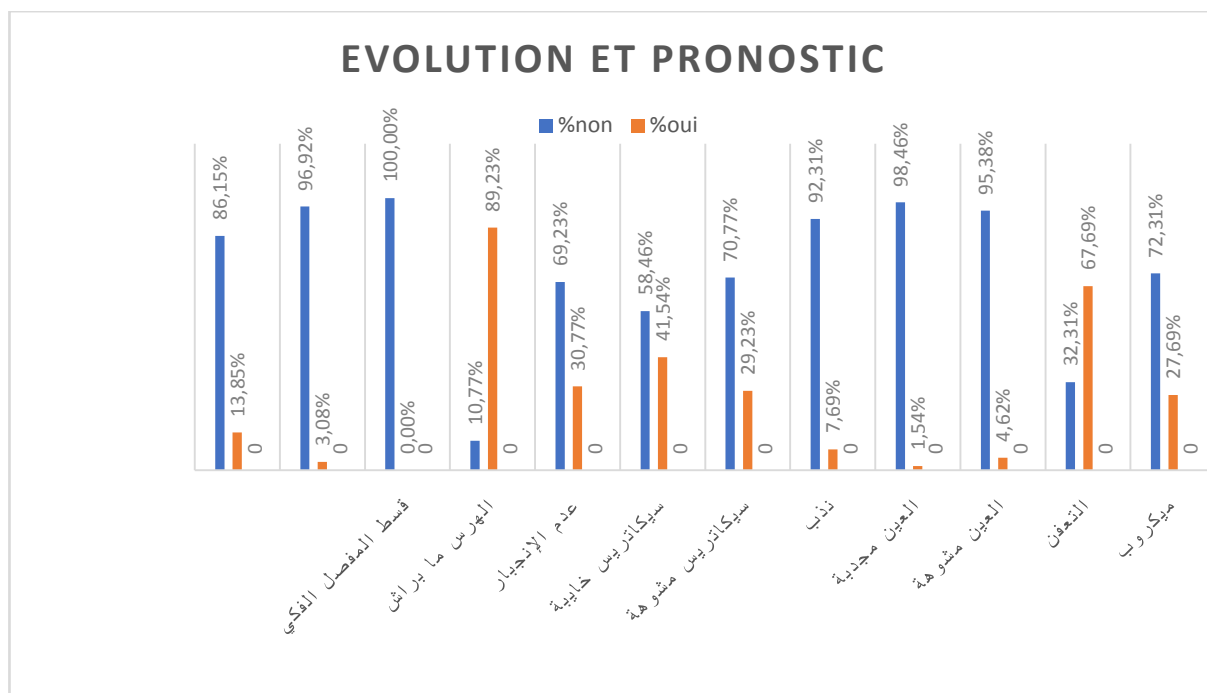
IV/Traitement :

	Terminologie comprise par le patient	Terminologie non comprise par le patient	%oui	%non	Eff total
غسيل	54	11	83,08%	16,92%	65
تنظيف	59	6	90,77%	9,23%	65
الخيطة	65	0	100,00%	0,00%	65
انتيبيوتيك	62	3	95,38%	4,62%	65
دواء الميكروب	60	5	92,31%	7,69%	65
مضاد حيوي	24	41	36,92%	63,08%	65
نظافة الفم والأسنان	55	10	84,62%	15,38%	65
غسل الفم	65	0	100,00%	0,00%	65
تيو ديال المعدة	29	36	44,62%	55,38%	65
أنبوب أنف معدي	14	51	21,54%	78,46%	65
نسدو ليك فمك	0	65	0,00%	100,00%	65
بلوكاج ديال الفم	10	55	15,38%	84,62%	65
بلوكاج ديال السنان	6	59	9,23%	90,77%	65
البلايك	2	63	3,08%	96,92%	65
الحديد	18	47	27,69%	72,31%	65



V/Évolution :

	Terminologie comprise par le patient	Terminologie non comprise par le patient	%oui	%non	Eff total
المفصل ديال الوجه تكوانسا	9	56	13,85%	86,15%	65
تسودا ليك العظم ديال الوجه	2	63	3,08%	96,92%	65
قسط المفصل الفكى	0	65	0,00%	100,00%	65
الهرس ما براش	58	7	89,23%	10,77%	65
عدم الإنجبار	20	45	30,77%	69,23%	65
سيكاتريس خايبة	27	38	41,54%	58,46%	65
سيكاتريس مشوهة	19	46	29,23%	70,77%	65
نذب	5	60	7,69%	92,31%	65
العين مجدبة	1	64	1,54%	98,46%	65
العين مشوهة	3	62	4,62%	95,38%	65
التعفن	44	21	67,69%	32,31%	65
ميكروب	18	47	27,69%	72,31%	65



Annexe IV :

Les différents dialectes parlés au Maroc :

- **Dialecte non hilalien :**
 - **Parlers citadins** (parlers non-hilaliens, fortement influencé par l'arabe andalou)
 - Arabe citadin « pur » : (parlers anciens de Fes, Rabat , Salé , Tetouan , Taza)
 - Arabe citadin d'influence bédouine (parlers anciens de Marrakech, Meknes)
 - Arabe citadin d'influence montagnarde (parlers anciens de Tanger , Ouazzane , Chefchaouan)

 - **Parlers montagnards** (Pré-hilalien)
 - Arabe marocain montagnard septentrional
 - Arabe marocain montagnard méridional (Senhaja , Zenata)
 - Parlers judéo-marocain
- **Dialecte bédouin (Hilalien et maqilien)**
 - **Parlers 'Aroubi** : parlers des plaines occidentales du Maroc (Doukkala, Abda , Chaouia , Gharb , Tadla , Chiadma , El Haouz, Sraghna , Zaers)
 - **Parlers orientaux** : parlers hilaliens, parlés à Oujda et dans une partie de la région orientale
 - **Nouveaux parlers urbains du Maroc** (koinès urbaines, dominante hilalienne), résultants des mouvements de migration vers les villes au XX^e siècle
 - **Parlers du Sahara** : parlers maqiliens



Bibliographie



1. **J.-M. M. e. F. WATTEL,**
Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné, 2006.
2. **M. Iandolo,**
Guide pratique de la communication avec le patient – Techniques, art et erreurs de la communication, 2007.
3. **B. sala,**
STRATEGIES DE COMMUNICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA RELATION MEDECIN-PATIENT, 2018.
4. **V. F. Cezilly,**
Homme et animal la question des frontières, 2009.
5. **A. d. pastena,**
Communication verbale et non verbale dans la maladie d'Alzheimer : une atteinte globale différenciée. 2018.
6. **S. P. Kaba R,**
The evolution of the doctor-patient relationship. Int J Surg Lond Engl. 2007.
7. **Vergnes, Jean Noël**
L'évolution de la relation patient-praticien de l'antiquité à nos jours en médecine et en odontologie 2017
8. **B. A,**
L'aide mémoire de la psychologie médicale et de la psychologie du soin. 2012.
9. **V. M.,**
L'empathie dans la relation médecin-patient, cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2002.
10. **F. d. M. O.,**
L'empathie en DCEM2, Thèse d'exercice, Paris 6., 2010.
11. **J. M. T. S. T.**
Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process, 2018.
12. **N. T.,**
The role of empathy in establishing rapport in the consultation : a new model, Medical Education. 2007.
13. **Communication orale. La règle des 3V de Mehrabian, 1971.**
14. **<https://med.tau.ac.il/>.**
15. **<https://medicine.korea.ac.kr/web/eng/home>.**
16. **<https://www.med.uio.no/>.**
17. **<https://www.tokyo-med.ac.jp/english/>.**

18. **K. R.,**
The teacher and nonverbal communication, *Theory into Pract.*, 10 : 231–42. 1971.
19. **K. S. D. J. Silverman J,**
Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Editions Médecine & hygiène, 2010.
20. **K. SM.,**
Doctor–patient communication : principles and practices. 2002.
21. **A. K.,**
Teaching and learning communication skills in medicine—a review with quality grading of articles. *Med Teach.* , 1999.
22. **a. Yedidia MJ,**
Effect of communications training on medical student performance. 2003.
23. **E. Minvielle,**
Le fondement des relations humaines au travail et l'organisation de la prise en charge des patients, 1997.
24. **M. M. Géraldine Gurtner,**
Evaluation des compétences en communication d'étudiants en médecine inscrits en médecine au diplôme de formation approfondie en sciences médicales: pertinence de critères verbaux et non verbaux, 2017.
25. **H. C.,**
Etat des lieux de l'enseignement théorique de la Relation/Communication médecin–malade au cours du 3ème cycle de médecine générale dans les facultés en France en 2012–2013. Thèse de médecine. Université de Reims Champagne–Ardenne ,2014.
26. **D. CC.,**
Le jeu de rôle dans le cadre de la formation médecin–patient : quel vécu pour les internes de médecine générale? Etude qualitative réalisée auprès d'internes de la Faculté de Médecine de Strasbourg,2013.
27. **D. Simpson M,**
Doctor patient communication: the Toronto consensus statement., 1992.
28. **T. M. R.,**
Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor–patient relationship, *Patient Education and Counseling*, 2010.
29. **ALFONSO–ROCA M.,**
Le programme des compétences cliniques et l'utilisation des patients standardisés à L'université de Fribourg., 2013.
30. **Kiessler C,**
Communication and social competencies in medical education in German–speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey., 2010.

31. **L. Y. Lee Y-M,**
Evaluating the short-term effects of a communication skills program for preclinical medical students.,2014.
32. **D. MJP,**
Royaume du Maroc, consitution de 2011,
33. **Aboulkacem,**
Nationalisme et construction culturelle de la nation au Maroc : processus et réactions,2005.
34. **A. Akouaou,**
Les variétés linguistiques au Maroc. Statuts, usages et fonctions., 1997.
35. **F. Benzakour,**
Langue française et langues locales en terre marocaine : rapports de force et reconstructions identitaires,2007.
36. **A.Bounfour,**
Introduction à la littérature berbère, 2005.
37. **A. e. M. K. Mabrou,**
The Teaching of Amazigh in France and Morocco: Language Policies and Citizenship between Pedagogy and Power Politics », Sultana R. & Amazaoui A. (Eds), Education in the Arab World: Political Projects, Struggles, and Geometries of Power, New York, Routledg,2010.
38. **A. Boukous,**
L'avenir du français au Maroc. In P. Chardenet, P. Dumont, J.-M. Klinkenberg, J. Maurais & B. Maurer , Éditions des archives contemporaines.,2008.
39. **F. Laroussi,**
Plurilinguisme et identités au Maghreb en quels termes les dire?,1997.
40. **A. Boukous,**
Le Profil sociolinguistique du Maroc , Bulletin économique et social du Maroc , 1979.
41. **INDICATEURS SOCIAUX DU MAROC,** 2018.
42. **Berkman ND,**
Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review, 2011.
43. **Nina S. Parikh,**
Shame and health literacy: the unspoken connection, 1996.
44. **D. Williams MV,**
The role of health literacy in patient-physician communication, 2002.
45. **Clayman ML,**
Ask, understand, remember: a brief measure of patient communication self-efficacy within clinical encounters., 2010.

46. **E. D. Byrne TJ,**
Medical vocabulary knowledge among hospital patients,1961.
47. **D. Atchison KA,**
The value of a combined word recognition and knowledge measure to understand characteristics of our patients' oral health literacy, 2017.
48. **O. Briem B,**
Public comprehension of medical terminology, 2004.
49. **F. Radhika Dua*,**
Common maxillofacial terminology: do our patients understand what we say?, 2015.
50. **E. Hayes,**
Patient understanding of commonly used oral medicine terminology., 2017.
51. **P. Adam Kelly *,**
Physician overestimation of patient literacy: A potential source of health care disparities,2006.
52. **Aaron M. Fields MD,**
Patients and jargon: are we speaking the same language,2008.
53. **E. Howe a,**
Scheduling terminology for oral and maxillofacial surgery. Are we speaking a universal language?, 2016.
54. **M. Azin Sayah,**
Patients' Knowledge of Oral and Maxillofacial Surgery Terminology,2014.
55. **P. M. Hadlow J,**
The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients,1991.
56. **M. BROOKE LERNER,**
Medical Communication: Do Our Patients Understand?, 2000.
57. **L. Azin Sayah,**
Patients' Knowledge of Oral and Maxillofacial Surgery Terminology, 2014.
58. **M. Hadlow J,**
The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients.,1992.
59. **L. Murray E,**
The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions., 2003.
60. **J. Williams S,**
Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review, 1998.
61. **S. M. A.,**
Effective physician-patient communication and health outcomes: a review, 1995.
62. **K. sefrioui, Maroc , la guerre des langues ., 2018.**

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للسالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيّتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 022

سنة 2020

من أجل تحسين التواصل بين الطبيب والمريض في قسم جراحة الوجه والفكين

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/02/07

من طرف

الآنسة : ياسمين العراقي

المزودة في 1994/11/26 بالدار البيضاء

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

التواصل - العلاقة بين المريض و الطبيب - اللغة

اللجنة

الرئيس

ح.عمار

السيد

أستاذ في جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة .

المشرف

أ.أبو شادي

السيد

أستاذ في جراحة الوجه و الفكين و جراحة التجميل.

ح.الرايس

السيدة

أستاذة في علم التشريح المرضي

ي.قاموس

السيد

أستاذ في التخدير والإنعاش

ك.مفيد

السيد

أستاذ في جراحة المسالك البولية

الحكام

