BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

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



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

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE
LYON EST

FACULTE DE MEDECINE ET
DE MAIEUTIQUE LYON
SUD - CHARLES MERIEUX

Année 2015 N°

Les « interactions symboliques » dans la relation entre le médecin généraliste et ses patients

Etude qualitative de dyades médecins-patients

THESE

Présentée
A l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 15 juin 2015
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Claire Phlippoteau
Née le 13/08/1986 à Clermont-Ferrand

et

Léa Michel-Béchet
Née le 20/11/1987 à Marseille (V^{ème})

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

▪ UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christian VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est
Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la Reproduction ; gynécologie médicale
Maugière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médical

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Vandenesh	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Disant	François	Oto-Rhino-Laryngologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Douek	Philippe	Radiologie Imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles-Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurologie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ivize	Michel	Physiologie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Besserau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Fellahi	Jean-Luc	Anesthésie
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatre ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénérologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolal Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-Rhino-Laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Sappey-Marinier	Dominique	et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri Biophysique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy-Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SAURIN Jean-Christophe	Hépato gastroentérologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BERARD Frédéric	Immunologie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L.
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation urgence
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FRANCO Patricia	Physiologie
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
L ANTELME Pierre	Cardiologie
LASSET Christine	Epidémologie, éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio.

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène	Thérapeutique
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

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

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

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

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

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

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

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

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.

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

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Remerciements

À notre Président du Jury,

Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de notre thèse. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Nous vous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous portez à notre travail, et nous vous remercions d'avoir accepté de le juger.

Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Nous vous sommes reconnaissantes de nous avoir guidées et dirigées tout au long de ce travail. Nous avons apprécié la richesse de nos discussions.

Merci pour votre patience, votre soutien et votre disponibilité.

Madame Evelyne LASSERRE

Nous vous sommes également reconnaissantes de nous avoir guidées et dirigées tout au long de ce travail. Votre regard d'anthropo-sociologue nous a permis de réaliser et d'approfondir ce travail. Vos remarques et vos suggestions de lectures ont été d'une grande aide pour étayer nos propos.

A tous les médecins et patients qui ont participé à notre étude.

Un immense merci pour votre implication et le temps que vous nous avez consacré.

Nous nous souviendrons de votre gentillesse, de votre enthousiasme et de votre dynamisme qui ont rendu ces entretiens agréables.

A nos relecteurs, Chantal, Bernard, Sébastien et Jacques.

Un grand merci pour votre relecture attentive et complémentaire, vos conseils avisés, votre patience, et votre bienveillance. Nous vous en sommes éternellement reconnaissantes.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Claire Phlippoteau souhaite remercier :

A Jacques,

Merci pour ton soutien, ton aide, tes réflexions pertinentes sur le sujet de cette thèse et ta participation minutieuse à la relecture.

A ma famille,

Merci à mes parents, pour votre accompagnement tout au long de ces années.

Merci à mes frères et ma sœur, ainsi que vos moitiés et enfants, pour votre soutien et les moments agréables et indispensables que nous passons ensemble.

Merci à mes beaux-parents, à mes beaux-frères et belles-sœurs pour votre chaleureux soutien et vos conseils.

A mes amis,

Merci à Léa d'avoir été impressionnante tout au long de ce travail. Il n'aurait pas été aussi riche et agréable sans ton enthousiasme, ton entêtement, ta générosité et ton accent ensoleillé.

Merci à Alexandra pour ton soutien, tes remarques encourageantes sur ce travail.

Merci à Sébastien pour ta présence essentielle pendant ces études.

Merci à Tiphaine, Pauline, Aurélie, Lucie, pour votre confiance et votre fidélité.

Merci à Pauline, Marie-Laure, Caroline, Clément, Caroline, pour votre présence indispensable et fortifiante.

Merci à Bénédicte, Sophie-Clémentine, Laurence, Chloé « and Co. » pour ces années d'apprentissage ensemble de la médecine sur les bancs de la faculté du Kremlin-Bicêtre.

Merci à mes co-internes Albenassiennes : *Fanny, Marine, Hélène, Alexandra, Amélie et Pauline, pour ces belles années d'internat.*

Aux médecins que j'ai pu rencontrer lors de mes études, *un grand merci, c'est vous qui m'avez donné le goût de ce métier par votre passion, votre savoir-faire et savoir-être et votre dévouement.*

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Léa Michel-Béchet souhaite remercier :

Ma famille, pour leur présence et leur soutien

Merci à mes parents pour leur vision pétillante de la vie.

Merci à Papé et Mamé pour leurs précieux conseils toujours pertinents et teintés d'humour.

Merci à Papou et Mamou pour m'avoir transmis leur ténacité.

Merci à mon frère Lucas pour son oreille attentive lors de mes envolées philosophiques.

Merci à ma sœur Charlotte et Cyril pour m'avoir accueilli dans leur havre de paix.

Merci à Léonie et à son énergie débordante.

A mes amis, pour tous ces moments partagés et ceux à venir

Merci à Claire de m'avoir accompagné dans ce tourbillon sociologique avec enthousiasme et allégresse… nos échanges réciproques ont été d'une grande richesse, nous avons formé une bien belle dyade symbolique.

Merci à Emna de m'avoir fait découvrir les contrées Papanéennes et de m'accompagner dans de nouvelles aventures.

Merci à Claire de Marseille pour de m'avoir incité à venir dans cette belle région lyonnaise.

Merci à Elsa de m'aider à sauvegarder le peu d'accent marseillais qu'il me reste.

Merci à mes co-internes, Hélène, Alex, Fanny, Marine, Pauline, Seb, Marine et Myriam: pour avoir partagé ces débuts chaotiques mais enivrants de la vie d'interne.

Aux médecins et maitres de stage, *pour leur énergie investie dans la formation des jeunes médecins.*

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Sommaire

INTRODUCTION **1**

CADRAGE THEORIQUE **4**

MATERIELS ET METHODES **8**

1. LA METHODE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE 8
2. LA METHODE UTILISEE: UNE ETUDE QUALITATIVE 8
   - *2.1.* ***Choix de la méthode*** *8*
   - *2.2.* ***Test de faisabilité de la méthodologie de la thèse*** *8*
3. LA METHODOLOGIE FINALE 9
   - *3.1.* ***Présentation générale de la méthode*** *9*
   - *3.2.* ***Guides d'entretien*** *11*
   - *3.3.* ***Choix des participants*** *12*
   - *3.4.* ***Lieu et déroulement des entretiens*** *13*
   - *3.5.* ***Recueil des données*** *14*
4. METHODE D'ANALYSE QUALITATIVE DES DONNEES 14
   - *4.1.* ***Triangulation des données*** *15*
   - *4.2.* ***Triangulation théorique*** *15*

RESULTATS **16**

1. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS ET DES PATIENTS 16
   - *1.1.* ***Caractéristiques des médecins*** *16*
   - *1.2.* ***Caractéristiques des patients*** *17*
2. RESULTATS PAR DYADE 19
   - *2.1.* ***Dyade A : Docteur A et Patiente A*** *19*
   - *2.2.* ***Dyade B : Docteur B et Patiente B*** *22*
   - *2.3.* ***Dyade C : Docteur C et Patiente C*** *27*
   - *2.4.* ***Dyade D : Docteur D et Patiente D*** *31*
   - *2.5.* ***Dyade E : Docteur E et Patiente E*** *35*
   - *2.6.* ***Dyade F : Docteur F et Patiente F*** *39*
   - *2.7.* ***Dyade G : Docteur G et Patiente G*** *42*
   - *2.8.* ***Dyade H : Docteur H et Patiente H*** *47*
   - *2.9.* ***Dyade I : Docteur I et Patient I*** *50*
   - *2.10.* ***Dyade J : Docteur J et Patient J*** *53*

DISCUSSION **58**

1. ANALYSE THEMATIQUE ET VALIDITE EXTERNE DE L'ETUDE 58
   - *1.1.* ***Conflit de perceptions mutuelles - perception d'enjeux problématiques par les médecins*** *58*
     - 1.1.1. Discordance de perception quant au statut du médecin généraliste et au soin 58
     - 1.1.2. Perception d'un patient exigent 61
     - 1.1.3. Naissance d'un conflit 64
     - 1.1.4. Perception d'enjeux problématiques par le médecin 65
   - *1.2.* ***Les moyens mis en œuvre pour la résolution de problèmes*** *67*
     - 1.2.1. Continuité des soins 67
     - 1.2.2. Relation d'aide 72
     - 1.2.3. Techniques de communication 79
     - 1.2.4. Négociation 86
     - 1.2.5. Réalisme sur soi 93
2. VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE: FORCES ET LIMITES 104

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

*2.1. **Forces de l'étude*** *104*
2.1.1. Originalité de l'étude 104
2.1.2. Technique de triangulation des sources et des méthodes 105
2.1.3. Force d'apprentissage pour notre profession future 105
*2.2. **Limites et difficultés de l'étude*** *106*
2.2.1. Le recrutement des médecins et patients 106
2.2.2. Recueil et analyse des données 108

PERSPECTIVES 111

CONCLUSION 114

BIBLIOGRAPHIE 119

ANNEXES 123

1. ANNEXE N°1 : GUIDE DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL 124
2. ANNEXE N°2 : GUIDE DE L'ENTRETIEN EN INTERACTION 125
3. ANNEXE N°3 : ENTRETIENS 126

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

« Le médecin et le patient sont en inter-influence et ne peuvent être considérés de manière séparée »

M. Balint.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Introduction

Au cours du XXème siècle, la relation médecin-patient a évolué et a fait l'objet de différentes modélisations d'un point de vue sociologique. L'ouvrage de R. Hammer « Expériences ordinaires de la médecine - Confiances, croyances et critiques profanes » les répertorie et nous permet d'en dresser un panorama (1).

Talcott Parsons (1955), dans le contexte de l'après-guerre et des progrès médicaux majeurs, est celui qui a réalisé les premières conceptualisations sociologiques de la relation médecin-patient. Son approche structuro-fonctionnaliste l'amène à envisager la relation thérapeutique comme l'un des rouages essentiels du bon fonctionnement du système social. Ce modèle institue le médecin comme l'acteur central et unique de la prise en charge : il joue un rôle actif et dominant tandis que le patient est cantonné dans une position subordonnée et relativement passive. L'asymétrie de la relation est conçue comme socialement légitime et fonctionnellement nécessaire.

Le climat social et intellectuel postérieur à la période d'après-guerre connaît des changements majeurs et marque une transition assez nette du point de vue des discours sur la médecine et de son image.

Eliot Freidson (1984) fut l'un des premiers à prendre le contre-pied du modèle parsonien en mettant l'accent sur le fossé qui sépare le patient et le professionnel. Les milieux auxquels ils appartiennent constituent des univers à part entière, qui comportent leurs propres normes, rôles, attitudes et conceptions en matière de santé et maladie. Pour E. Freidson, le monde du patient et le monde du professionnel sont à ce point différents et hétérogènes que leur rencontre s'inscrit nécessairement dans un horizon conflictuel. La divergence de vues apparaît comme la trame de fond de la relation thérapeutique et du rapport de pouvoir entre le professionnel et le profane, et non plus un rapport de bienfaisance supposée du médecin envers le patient.

A partir des années quatre-vingt, et à la suite de différents scandales médicaux (affaire du sang contaminé) et environnementaux (Tchernobyl), une crise de confiance générale à l'égard des acteurs industriels, des scientifiques et des politiques s'est révélée. La modernité contemporaine est dominée par un climat de scepticisme des profanes à l'égard des experts, le doute étant alimenté par une conscience aiguë que tout savoir est sujet à révision constante.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ce scepticisme scientifique mais aussi les évolutions sociales ont modifié les rapports entre médecin et patient. Leur relation évolue ainsi vers un modèle délibératif, où l'information, le consentement et le libre choix du patient sont définis par la loi (2). Le patient est aussi porteur d'un savoir que le médecin doit prendre en compte pour le partage des décisions médicales (3).

Dans le cadre de ce travail, nous avons porté notre intérêt sur un courant sociologique majeur au cours du XXème siècle, l'interactionnisme symbolique. Ce concept sociologique nous a permis d'analyser de manière différente et complémentaire la relation médecin-patient. Nous l'avons développé au sein du chapitre suivant.

Des travaux ont tenté d'appliquer de manière concrète ce concept à la compréhension de l'interaction médecin-patient dans le cadre de l'éducation thérapeutique pour des pathologies courantes en médecine générale (l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète) (4–6).

Du point de vue méthodologique, les parties portant sur l'hypertension artérielle et l'obésité (étude INTERMEDE) se sont basées, d'une part, sur l'étude des interactions médecins-patients au cours d'une consultation, d'autre part, sur un débriefing individuel et post-consultation avec les deux protagonistes.

L'étude sur l'hypertension artérielle a révélé que les éléments du contexte intervenant en interaction devaient être nécessairement intégrés à l'analyse pour comprendre ce qui « se joue » dans l'interaction médecin-patient.

L'étude sur le diabète (étude DEADIEM : Démarche Educative d'ACP dans le DIabète de type 2 En Médecine générale) a utilisé le concept d'interactionnisme symbolique de manière plus concrète. Les auteurs ont tenté de modéliser la relation médecin-patient à travers le concept de dramaturgie sociale d'E. Goffman et de voir en quoi certaines perceptions mutuelles pouvaient être un frein à l'alliance thérapeutique.

Cependant, cette étude, dont l'objectif était d'étudier l'éducation des patients diabétiques de type 2, s'est uniquement appuyée sur des entretiens semi-directifs avec le médecin d'une part et le patient d'autre part. Aussi, n'avait-elle pas été conçue méthodologiquement dans le sens spécifique de l'interactionnisme symbolique, et seuls les médecins ont été interrogés sur ce thème.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

S’inspirant de ces études, nous avons souhaité reprendre le concept de l’interactionnisme symbolique et interroger, ensemble, les deux protagonistes médecin et patient sur la façon dont ils perçoivent leur relation, en dehors du spectre de l’éducation thérapeutique.

L’objectif de notre étude était, dans un premier temps, d’analyser les « interactions symboliques » entre le médecin et le patient afin de comprendre comment le médecin perçoit son rôle dans la relation. Notre objectif secondaire était de faire apparaître les outils relationnels que le médecin utilise dans l’exercice de sa fonction.

Pour la mise en scène de l’interaction, nous avons souhaité proposer une méthodologie qualitative expérimentale en créant un espace de parole entre le médecin et son patient hors consultation, à la différence des autres études.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cadrage théorique

Afin d'appréhender au mieux le contexte de notre thèse, nous souhaitons préciser le concept sociologique auquel nous avons fait référence tout au long de notre travail, l'interactionnisme symbolique, après avoir préalablement situé la place qu'occupe la santé dans le champ de la sociologie.

Pour ce faire, nous nous sommes aidés des écrits et des réflexions de David Le Breton dans son livre « L'interactionnisme symbolique » (7).

La sociologie de la santé

Etudier la relation médecin-malade d'un point de vue sociologique, revient à interroger le positionnement de la profession médicale et de la santé dans le champ social. Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, la sociologie de la santé est une discipline qui s'est développée en Europe dans les années 1950 autour des travaux de T. Parsons.

Deux grandes interprétations ont marqué l'histoire de la sociologie, deux perspectives qui mettent l'accent soit sur l'individuel, soit sur le social dans la construction du sens : la sociologie explicative avec le fonctionnalisme de T. Parsons et la sociologie compréhensive auquel appartient l'interactionnisme symbolique de G.H. Mead.

Ces deux interprétations du social se définissent entre l'acteur et le système, la signification et la structure, la subjectivité et l'objectivité, et la liberté et le déterminisme.

L'approche fonctionnaliste, pense l'ordre social du point de vue macrosociologique ou universel et s'intéresse à l'analyse des institutions sanitaires et de leur fonctionnement. Avec l'anthropologie médicale, elle a ainsi contribué à la connaissance des processus complexes à l'œuvre dans la gestion de la maladie. La santé et la maladie ne sont, en effet, pas dissociées des autres dimensions de la vie sociale et culturelle.

La sociologie compréhensive, propose de repositionner le médecin dans le contexte social. Le domaine de recherche s'établit sur l'aspect concret des relations inter personnelles, au lieu de se concentrer sur des notions abstraites comme le système social.

L'interactionnisme symbolique

L'interactionnisme symbolique appartient à la sociologie compréhensive, théorisé par des sociologues d'origine nord-américaine, de l'Ecole de Chicago. G.H. Mead (1863-1931) lui

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

confère une matrice conceptuelle et sous l'influence de H. Blumer (1900-1987), elle deviendra un courant de pensée vers la fin des années 1950.

L'interactionnisme symbolique privilégie le travail de terrain et s'intéresse aux jeux des individus dans la détermination mutuelle de leur comportement. Il tente ainsi de proposer un cadre rigoureux et cohérent approprié à une analyse microsociologique.

La place de l'individu: le sujet comme acteur social

L'individu est considéré comme un acteur social, avec la capacité de se comprendre et de rendre compte de son action.

Cette perception de l'individu entre en opposition à la pensée dominante de l'époque, le behaviorisme. L'homme est alors décrit comme une machine sans conscience de soi, comme les animaux, en refusant toute référence à la conscience et au raisonnement.

G.H. Mead détermine le Soi comme le foyer de l'élaboration du sens et du comportement, le lieu de réflexivité et de contrôle de l'individu. La genèse du soi relève de l'éducation et de l'imprégnation par la société. Le sujet se construit entre sa liberté d'interprétation et son conditionnement aux règles sociales.

La dimension symbolique

L'individu au cours de sa vie établit une grille d'analyse et d'interprétation personnelle, une boite à outils de significations qu'il puise de ses références sociales et culturelles. Cet ensemble de signes (langage verbal ou langage du corps) s'échange entre individus, leur permettant d'interagir. Ils construisent ensemble le sens de leur interaction.

Pour H. Blumer, le lieu du sens réside dans le fait de l'interprétation des signes. L'interprétation est une notion clé de l'interactionnisme: « toute interaction repose sur la nécessité d'une évaluation des comportements des autres avant de s'y ajuster ».

L'interaction

L'interactionnisme symbolique ne prend pas l'individu comme principe d'analyse, mais raisonne en termes d'actions réciproques. Les études des interactions s'intéressent aux relations symboliques qui unissent les actions de diverses personnes mutuellement en présence. E. Goffman pose en hypothèse « qu'une étude convenable des interactions s'intéresse non pas à l'individu et à sa psychologie mais plutôt aux relations symboliques (…)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ainsi donc, non pas les hommes et leurs moments, mais plutôt les moments et leurs hommes. ».

G.H. Mead décrit l'interaction en termes de communication : elle réside dans l'échange de significations sur la base d'une possibilité d'identification à l'autre, « Communiquer c'est d'abord échanger du sens en échangeant du lien. »

Cette définition introduit la notion de réciprocité comme une condition nécessaire au fait d'être un acteur social. Dans la nécessité de l'intérêt mutuel à ce que l'interaction se passe bien, l'individu se met à la place d'autrui pour le comprendre. On parle alors d'interdépendance des acteurs.

Toute interaction devient un processus mutuel d'interprétation et d'ajustement, une construction continue des acteurs. La vie sociale met ainsi en jeu un processus continu de communication, d'interprétations, et d'adaptations mutuelles.

E. Goffman et la dramaturgie sociale

E. Goffman (1922-1982) est le premier représentant de l'analyse dramaturgique. Il utilise le langage du théâtre, et étudie la société comme un spectacle des apparences menées par des acteurs en représentation: « La vie sociale est une scène » sur laquelle chacun d'entre nous construit son personnage. L'acteur pour E. Goffman présente un « personnage-façade symbolique », et revêt un « masque » sur la scène sociale.

Il décrit le concept de face comme étant « la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier. ». De manière plus large, elle englobe le sentiment d'identité et d'estime de soi.

Afin de rendre l'interaction possible, les individus s'engagent et coopèrent pour la sauvegarde mutuelle de ce qu'il représente, c'est à dire leur face : « Le respect de la face de l'autre nourrit le souci de préserver la sienne.».

Pour E. Goffman, l'individu possède une dimension sacrée: il est digne de respect et de considération. Aussi, « L'effet combiné des règles d'amour-propre et de considération est que, dans les rencontres, chacun tend à se conduire de façon à garder aussi bien sa propre face que celles des autres participants. » (8).

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

En conclusion et utilisation pratique de ce concept dans les interactions médecins-patients

L'interactionnisme symbolique permet ainsi, en mettant l'individu au centre de l'étude, d'observer les relations interpersonnelles. Cette approche valorise la capacité de l'individu à se remettre en question à travers ses actes. L'individu possède la capacité de comprendre l'autre et de se mettre à sa place, permettant ainsi une adaptation de ses actes. La dimension symbolique de ce concept se réfère à l'échange de symboles ou signes au cours de l'interaction, que les individus interprètent en fonction d'un code commun.

En se référant à la dramaturgie sociale d'E. Goffman, nous pouvons considérer la consultation médicale comme une scène sociale. Un « jeu de rôle » s'établit alors entre les acteurs sociaux : médecin et patient. Ils proposent une « façade » symbolique pour élaborer leur « personnage ».

Nous avons utilisé ce concept pour l'élaboration de notre méthodologie. En effet, nous avons effectué cette analyse en plaçant en interaction le médecin et le patient, en dehors d'une consultation.

Nous avons ainsi pu observer comment se mettent en place les échanges entre le médecin et son patient et quels rôles ils adoptent pour rendre l'interaction possible.

Ce concept a aussi permis, par les échanges obtenus, d'étudier les interactions tout au long de la relation entre le médecin et le patient. En effet, ils ont échangé sur leurs perceptions et attentes mutuelles qui ont participé à la construction de leur relation. Nous avons ainsi pu connaitre quels « personnages-façades symboliques » ils ont mis en scène au cours de leur relation.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Matériels et Méthodes

1. La méthode de la recherche bibliographique

Nous avons effectué une recherche bibliographique entre janvier 2014 et mai 2015 sur les bases de données suivantes : Cairn, Francis, Eric, Med-Line, Cismef, PubMed, ainsi que les principaux moteurs de recherche sur internet.

Nous avons trié et lu les articles et ouvrages ainsi trouvés, et les avons sélectionnés en fonction de leur pertinence. Nous avons également exploité la bibliographie contenue dans ces articles. Certains articles et ouvrages utilisés ont été conseillés par nos directeurs de thèse.

Les principaux mots clés étaient:

En français : relation médecin-patient, interaction médecin-patient, représentation médecin-patient, interactionnisme symbolique, approche centrée patient, conflit, erreur médicale, communication, réflexivité, transfert et contre-transfert.

En anglais: patient-centered care, physician-patient relations, interaction, treatment decision-making, error, conflict, affects, communication.

2. La méthode utilisée: une étude qualitative

2.1. Choix de la méthode

Notre question de recherche visait à comprendre le fonctionnement et l'interaction entre médecins et patients en dehors du contexte de consultation médicale.

Tout naturellement, la recherche qualitative s'est imposée par sa logique compréhensive privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes.

Afin de mieux comprendre les éléments agissant sur la relation médecin-patient, nous avons adopté une démarche sociologique inductive et compréhensive, dans une perspective interactionniste (7).

2.2. Test de faisabilité de la méthodologie de la thèse

Un test de faisabilité a été effectué dans le cadre de la réalisation d'un mémoire au cours du stage chez le praticien d'une des chercheuses.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

A l'aide d'un questionnaire soumis aux médecins et patients, nous avons pu mettre en évidence que des entretiens de couples médecins-patients semblaient être la méthode la plus adaptée à notre question de recherche.

Deux entretiens ont ainsi été effectués selon la méthode des entretiens semi-directifs. Nous avons pu vérifier la faisabilité du protocole et valider sa productivité dans l'élaboration d'hypothèses et axes d'analyse à développer sur les interactions entre médecins et patients.

A la suite de ce test, des ajustements méthodologiques ont été effectués pour répondre au mieux à la question de recherche. Nous avons, en effet, décidé de réaliser les entretiens des couples médecins-patients selon la méthodologie d'entretien de type *focus group*, méthode qui semblait être plus adaptée à ce type d'interaction. Notre travail devait analyser comment le médecin s'adapte au cours de la relation avec son patient, autrement dit, il devait être « centré-médecin ». C'est pourquoi, nous avons souhaité les rencontrer au cours d'un entretien avant l'interaction avec leur patient, puis les revoir à distance pour effectuer un entretien type débriefing. Suite à l'élaboration de ce test, l'étude était prévue pour être réalisé en trois temps.

3. La méthodologie finale

3.1. Présentation générale de la méthode

Une étude qualitative, réalisée en deux parties, est fondée sur :

- des entretiens semi-directifs auprès des médecins (en présence d'un interviewer),
- des *focus groups* auprès des dyades médecins-patients (en présence d'un modérateur et d'un observateur).

Une troisième partie de type débriefing était laissée à l'appréciation du médecin.

- Des entretiens semi-directifs auprès des médecins

A l'aide d'un guide d'entretien réalisé au préalable, nous avons cherché à engager une discussion en abordant par des questions ouvertes des thématiques en rapport au sujet de recherche.

Ce type d'entretien permet au sujet de s'exprimer librement et de favoriser l'exploration de la pensée. Le chercheur pourra voir apparaitre des concepts qui n'avaient pas été prédits au départ.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cette première étape nous permettait de connaitre le cadre de référence, la face professionnelle du médecin : Comment se perçoit-il en tant que médecin?

- Des *focus groups* auprès des dyades médecins-patients

Les *focus groups* correspondent à des entretiens mettant en scène les acteurs étant l'objet de l'étude et les chercheurs, dont un modérateur et un observateur.

Ils ont l'avantage d'être interactif et de susciter une dynamique de groupe en amenant les différents intervenants à s'engager, à échanger et à commenter leurs expériences. Les entretiens de groupe peuvent être conçus telles des conversations, ou des événements interactionnels (9).

Dans une perspective interactionniste, les entretiens de groupe imposent une réflexivité qui s'approfondit dans l'intersubjectivité. Les entretiens sont conçus comme l'un des meilleurs moyens pour co-construire avec les acteurs le sens qu'ils donnent à leurs conduites. Ainsi, ils nous permettent d'étudier la façon dont ils se représentent le monde et leurs relations, ce qui suppose de reconnaître qu'ils sont les mieux placés pour en parler (9).

Ce type de méthode nous est paru alors le plus adapté pour répondre à notre problématique. Dans notre étude, le *focus group* était à appréhender comme un espace de parole entre le médecin et son patient dont la relation était au cœur du débat.

Le modérateur et l'observateur étaient engagés dans le débat pour relancer et reformuler les idées émergentes en fonction du guide d'entretien.

Cet entretien nous a permis de confronter les données issues des points de vue des acteurs de l'interaction médecin-patient. Ce croisement des regards a favorisé l'exploration de la complexité de la relation.

Nous pouvons rapprocher cette méthode à la perspective interactionniste: « L'analyse interactionniste porte prioritairement sur les points de vue des acteurs, et plus encore sur les croisements de ces points de vue, qui procèdent de la négociation des significations et des normativités. » (9).

- Des entretiens de type débriefing

Cette partie de l'étude a été réalisée de manière systématique avec les Docteurs A et B à la suite du test de faisabilité-mémoire. Elle nous permettait de revenir sur les entretiens en

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

interaction avec les médecins afin de connaitre leurs ressentis sur leurs échanges et sur leurs perceptions mutuelles développées au cours de cet entretien.

L'idée initiale était donc de reproduire ce débriefing pour chacun des huit autres médecins interrogés, mais cela s'est avéré finalement difficile à réaliser d'un point de vue logistique, et nous l'avons finalement abandonnée.

Cependant, une des médecins interrogée, le Docteur D, nous a spontanément adressé une lettre, en suggérant aux médecins de *« donner leurs impressions sur ce type d'entretien dans les semaines suivant l'entretien. »* (Cf. Annexe n°3 : Entretiens, ED3, ligne 18).

Nous avons donc, à nouveau, proposé à chacun des médecins, cette fois-ci sur la base du volontariat, de nous donner leurs impressions à la suite de l'entretien en interaction médecin-patient. Ces entretiens débriefings n'ont alors pas été réalisés pour la totalité des médecins. Seul le Docteur G y a vu un intérêt directement à la suite de l'entretien en interaction.

3.2. **Guides d'entretien**

Pour chaque type d'entretien, un guide standardisé répertoriant les thèmes à aborder a été construit à l'aide d'une recherche bibliographique et étoffé au cours de l'étude.

- Guide du premier entretien de type entretien semi-directif (Annexe n°1 : Guide de l'entretien individuel)

Il se déroulait en trois temps. Dans un premier temps, nous demandions au médecin de se présenter en décrivant sa pratique médicale. Ensuite, nous cherchions à connaitre son évolution professionnelle, au travers de ses valeurs et de la place de la formation. Pour finir, nous lui demandions de décrire sa patientèle et sa relation idéale ou la pire avec un patient. Cette dernière partie nous permettait d'évoquer le choix d'un patient pour l'entretien suivant.

- Guide du second entretien de type *focus group* (Guide de l'entretien individuel)

Il s'articulait autour de trois thèmes principaux : la représentation initiale de chacun, leurs représentations mutuelles actuelles et l'évolution de ces représentations lors de la construction de leur relation.

Avant de commencer l'entretien, nous expliquions que son but était d'analyser les interactions entre le médecin et son patient. Nous insistions sur l'absence de questionnaire précis mais plutôt des sujets à évoquer tout le long de l'entretien.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Après une présentation libre des protagonistes, la première question visait à installer le contexte de l'entretien, à instaurer un climat de confiance ainsi qu'à lancer le débat. Nous avons choisi pour cela de nous adresser au patient et de lui demander comment il avait choisi son médecin traitant.

Tout au long des entretiens, nous souhaitions laisser médecin et patient interagir ensemble et rester non directif. Des phrases de relances étaient prévues afin de revenir sur les sujets peu approfondis pour le modérateur, ou pour recentrer et résumer le discours.

3.3. **Choix des participants**

Par souci de confidentialité, nous avons nommé les couples médecins-patients par une même lettre de l'alphabet de A à J suivant l'ordre chronologique de réalisation.

Population médecin :

Nous avons recruté un échantillon volontaire de médecins généralistes installés, à activité régulière et libérale.

Leur recrutement s'est fait selon des modalités différentes: connaissance directe (praticiens de stage ou connaissance personnelle), par un réseau de groupe de pairs et de formation médicale continue (séminaire Balint).

Les courriels ont initialement été utilisés pour le recrutement, mais l'approche individuelle directe s'est avérée plus fructueuse. Elle nous permettait d'argumenter sur l'intérêt de notre sujet d'étude, notamment en détaillant précisément le déroulement, puis de répondre aux craintes et interrogations.

Population patient :

Les patients étaient choisis par leur médecin au cours du premier entretien.

Nous leur proposions de choisir un patient avec lequel ils entretiennent une relation complexe ou plus « simple », ou pour laquelle il existait un sujet à éclaircir. Leur choix étant sujet d'analyse, ils devaient être justifiés.

Dans un souci de recueil de données le plus large possible et de situations plus représentatives, nous avons orienté le choix vers des relations « qui ne roulent pas bien » pour les dernières dyades médecins-patients (dyades I et J).

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Une fois le patient choisi, il était contacté par téléphone. Ses coordonnées étaient recueillies auprès de son médecin après avoir eu son accord pour la participation à l'étude. Cet entretien téléphonique permettait d'expliquer brièvement le sujet d'étude (sur la relation médecin-patient), le déroulement de l'entretien et de convenir d'un rendez-vous. Les craintes et interrogations étaient évoquées et discutées. Seul un patient a été contacté par son médecin directement, du fait d'un problème de logistique (le Patient I).

En cas de refus du patient à participer à l'entretien, nous rediscutions du choix d'un nouveau patient avec le médecin, soit de manière directe, soit par courriel ou par téléphone.

3.4. **Lieu et déroulement des entretiens**

Les entretiens ont été conduits dans des contextes différents. Le lieu et le moment étaient laissés aux choix du médecin et/ou du patient. Le lieu préférentiellement choisi était le cabinet médical du médecin, à l'exception de l'entretien individuel du Docteur I, et de l'entretien du couple F, réalisés respectivement au domicile du Docteur I et de la Patiente F.

Lors de l'entretien médecin-patient, nous laissions le médecin et le patient décider de la place qu'ils souhaitaient prendre.

Nous nous présentions en tant qu'étudiantes, dans un souci d'égalité pour le patient, sans spécifier le titre de docteur ou de médecin. En effet, D. Le Breton évoque, au cours de la description de la méthodologie des interactionnistes, que « la situation d'entretien est un rapport inégalitaire où la personne interrogée craint de faire mauvaise figure ou se sent mal à l'aise face à quelqu'un pouvant être perçu comme venant d'un autre monde social. » (7).

Laisser le choix du lieu et la place attribuée à chacun lors des entretiens faisaient partie des caractéristiques pouvant être soumises à interprétation dans nos analyses.

La chercheuse ayant réalisé le premier entretien-médecin prenait la place du modérateur au cours de l'entretien médecin-patient, pour permettre une répartition des tâches entre les chercheuses.

La seconde chercheuse était en position d'observateur. Entre l'entretien-médecin et celui médecin-patient, elle ne prenait pas connaissance des sujets abordés avec le médecin seul, dans un souci de neutralité pour l'entretien médecin-patient. Sa position à la fois neutre et de recul pendant l'entretien, permettait de faire soulever des points clés de l'interaction à la fin de l'entretien.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

3.5. **Recueil des données**

Un nombre d'entretien sur la base de dix dyades médecins-patients a été décidé en discussion avec nos directeurs de thèse dans un objectif de faisabilité. La saturation des données ne peut pas être un objectif réaliste dans ce type d'étude mettant en jeu des relations interindividuelles uniques. On ne peut pas imaginer saturer l'infinie diversité humaine des interactions. Notre objectif était d'aborder un grand nombre d'enjeux présents dans les relations entre médecin et patient, permettant une extrapolation de nos résultats.

Avec leur accord, les participants ont été enregistrés à l'aide de l'application dictaphone de deux téléphones. L'anonymat et la confidentialité étaient expliqués à chaque début d'entretien et ont été respectés. Ainsi les noms de lieux et des proches des médecins ont été remplacés par une lettre alphabétique choisie au hasard.

Les données non verbales étaient annotées durant l'entretien médecin-patient par l'observatrice : l'ambiance générale, la place de chacun dans la pièce, ainsi que le comportement non verbal étaient recueillis.

Les entretiens ont intégralement été retranscrits par ordinateur de manière à analyser plus précisément les échanges verbaux en resituant dans leur déroulement les échanges non verbaux. L'analyse des discours collectés était ainsi faite en restant au plus près du vocabulaire utilisé par chacun et dans le respect des idées exprimées.

Pour chaque situation étudiée, un seul document est constitué avec les transcriptions de l'entretien-médecin notées « E- la lettre du médecin-1 », de l'entretien médecin-patient notées « E- la lettre du couple- 2 », et éventuellement les entretiens débriefing des médecins. (Cf. Annexe n°3 : Entretiens)

La durée entre la réalisation des entretiens et la retranscription était souhaitée la plus courte afin d'obtenir un résultat le plus fiable possible. Chaque entretien a été retranscrit par l'enquêteur qui avait réalisé le premier entretien et qui occupait le rôle de modérateur pour le second, par un souci logistique et de répartition du travail.

4. **Méthode d'analyse qualitative des données**

L'analyse a été réalisée parallèlement au recueil des données, permettant une modification du guide d'entretien. En effet, l'expérience acquise au fur et à mesure de la réalisation de ces entretiens, a permis de faire évoluer ces guides.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'objectif principal de cette étude n'était pas de construire une nouvelle théorie mais de comprendre la construction de la relation en interaction.

Un travail de codage manuel, centré sur la question de recherche, a été réalisé en aveugle.

L'analyse a d'abord été réalisée entretien par entretien pour faire émerger les occurrences, illustrées par des *verbatim* représentatifs, tout en suivant le plan des guides d'entretien.

Cela nous a permis de réaliser des tableaux de concordances ou discordances des perceptions de chacun. Le premier entretien nous permettait d'avoir la perception du médecin sur lui-même, puis au cours du second entretien, apparaissait les perceptions que chacun avait de l'autre.

Nous avons ensuite réalisé une analyse transversale aboutissant à l'émergence de thèmes répondant aux objectifs de l'étude.

4.1. **Triangulation des données**

Nous avons séparément travaillé sur les données recueillies, mettant en jeu notre subjectivité personnelle. Un travail collectif, avec nos directeurs de thèse a permis de croiser les points de vue des uns et des autres, ainsi que les questionnements et les interprétations. Cette convergence a permis de représenter et d'interpréter au mieux la réalité. Nous avons abouti à un regroupement des thématiques transversales et d'axes d'analyse, réalisant ainsi une triangulation des données.

4.2. **Triangulation théorique**

La réflexion a été appuyée par un cadre conceptuel, construit à partir de la bibliographie. Ce cadre a intégré le concept principal de l'interactionnisme symbolique (7), mais aussi celui de l' « approche centrée patient » formalisées par M. Stewart et N. Mead (10), le *counselling* de C. Rogers (6,11–13), le remède-médecin de M. Balint (14), l' « approche négociée » de A. Strauss (15), la « décision médicale partagée » de C. Charles (3) et les théories de communication de l'Ecole de Palo Alto (16).

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Résultats

Dix dyades médecins-patients ont été recrutées, et les entretiens ont été réalisés de février 2014 à janvier 2015 en région lyonnaise, marseillaise et parisienne.

Pour chacune des dyades, deux entretiens ont été réalisés : un entretien semi-directif auprès du médecin, puis un entretien se basant sur le *focus group*. Par ailleurs, quatre dyades ont fait l'objet d'un entretien débriefing : les dyades A, B, D et G. La durée des entretiens était très variable, globalement plus longue pour les entretiens médecin-patient, allant d'un quart d'heure pour un entretien-médecin à plus d'une heure pour l'entretien médecin-patient.

1. Caractéristiques des médecins et des patients

1.1. Caractéristiques des médecins

Médecin	Sexe	Age	Maitre de stage	Région d'exercice	Nombre d'années d'expérience de médecine générale	Zone d'exercice
A	F	53 ans	oui	Rhône	21	Urbain
B	M	65 ans	oui	Rhône	36	Urbain
C	F	64 ans	non	Rhône	35	Urbain
D	F	50 ans	non	Drôme	20	Urbain
E	F	40 ans	oui	Rhône	4	Urbain
F	M	54 ans	oui	Bouches du Rhône	22	Urbain
G	F	48 ans	oui	Isère	11	Semi-urbain
H	M	32 ans	non	Rhône	2	Urbain
I	F	55 ans	non	Essonne	20	Semi-urbain
J	M	55 ans	oui	Rhône	31	Urbain

N.B. : F : Féminin et M : Masculin

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dans notre échantillonnage, il apparait que la plupart des médecins avait un certain nombre d'années d'expérience : la moyenne s'établissait à 20 ans d'expérience, seuls deux médecins sur les dix interrogés avaient moins de 10 ans d'expérience et deux d'entre eux avaient plus de trente ans d'expérience. Par ailleurs, six des médecins étaient maitres de stage et un des médecins l'avait été. Enfin quatre médecins étaient des hommes, six étaient des femmes. Du point de vue de ces trois critères, l'échantillon de médecins semblait être relativement diversifié. Géographiquement, les médecins interrogés étaient concentrés dans la région Rhône-Alpes avec deux exceptions exerçant dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Bouches du Rhône) et en Ile-de-France (Essonne). Enfin la plupart des médecins exerçaient en zone urbaine, à l'exception de deux médecins exerçant en zone semi-urbain.

1.2. Caractéristiques des patients

Patient	Sexe	Age	Profession
A	F	66 ans	retraitée (secrétaire)
B	F	66 ans	invalidité (secrétaire dans l'immobilier)
C	F	60 ans	invalidité (secrétaire administrative)
D	F	60 ans	employée dans une entreprise de téléphonie
E	F	60 ans	invalidité (assistante maternelle)
F	F	81 ans	mère au foyer (n'ayant jamais travaillé - niveau d'étude : troisième)
G	F	48 ans	enseignante
H	F	80 ans	retraitée (enseignante)
I	M	55 ans	cadre (responsable de production)
J	M	76 ans	retraité (comptable)

N.B. : F : Féminin et M : Masculin

La moyenne d'âge de 65 ans des patients interrogés était plutôt élevée avec un âge minimum de 48 ans et un âge maximum de 81 ans. Avec seulement deux hommes interrogés sur dix patients, l'échantillon était majoritairement féminin. Selon les catégories socioprofessionnelles de l'INSEE, notre échantillon était diversifié avec quatre cadres, quatre employés, une profession intermédiaire, et une sans activité professionnelle.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour chaque dyade médecin-patient, nous avons présenté les résultats en exposant:

- le choix du patient : sa motivation initiale pour participer à l'entretien,
- l'ambiance générale de l'entretien en interaction,
- les perceptions mutuelles entre le médecin et son patient.

Nous rappelons que le choix du patient incombait au médecin. Celui-ci pouvait le choisir à des fins différentes, qui imprimaient parfois une fonction à l'entretien. Comment souhaitait-il progresser dans la relation? Comment souhaitait-il se présenter à nous, à son (sa) patient(e)?

Dans la deuxième partie, nous nous sommes attachés à recréer l'ambiance dans laquelle a été réalisé le *focus group*. En plus des données recueillies par l'observatrice, nous avons mentionné nos impressions et ressentis.

Les perceptions mutuelles ont été présentées sous forme de tableaux afin de faciliter la lecture des résultats et de faire émerger les concordances et discordances. Nous avons volontairement fusionné les résultats de l'entretien semi-directif, celui du *focus group*, ainsi que les éléments des débriefings réalisés pour ne pas alourdir nos résultats.

La dramaturgie sociale d'E. Goffman (cf. Cadrage théorique) révèle qu'à chaque instant, dans l'interaction, chacun se positionne par rapport à l'autre à la fois en tant que personne mais aussi «personnage-façade symbolique ». Ainsi dans cet esprit, pour les dyades ayant mis en avant des enjeux problématiques relationnels, nous avons utilisé des *verbatim* des entretiens ou nos codages afin de décrire les « personnages-façade symbolique » des médecins et des patients mis en scène lors des interactions. Nous l'avons exposé sous la forme de *Dr « (verbatim ou codage)»* et *Patient « (verbatim ou codage)»*. Cela nous a permis d'illustrer les enjeux problématiques relationnels que nous avons ensuite analysés. Pour certaines dyades, aucun « personnage-façade symbolique » n'a été notifié car cela n'était pas informatif pour la suite de notre analyse.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Résultats par dyade

2.1. Dyade A : Docteur A et Patiente A

Comme d'autres membres de sa famille, la Patiente A consultait le Docteur A depuis de nombreuses années.

Au cours de l'entretien, la Patiente A nous a relaté un évènement marquant de leur relation. Suite à un accident de la voie publique, elle a eu une fracture de la malléole, lui imposant du repos. A ce moment-là, du fait de problématiques familiales, elle s'était enfermée sur elle-même, *« enfermée dans un espèce de marasme »* (EA2, ligne 330), et ne souhaitait plus marcher. Afin de sortir de cet état, elle déclara avoir besoin de l'avis du Docteur A pour pouvoir avancer.

Choix de la patiente:

Le choix de la patiente a été réalisé de manière conjointe avec le Docteur A et une des chercheuses, stagiaires dans le cabinet médical à ce moment-là. Le Docteur A n'a pas spécifié qu'elle l'avait choisie dans un but précis. Néanmoins, nous avons remarqué qu'elle exprimait une certaine empathie envers sa patiente et son histoire de vie. *« J'aurais pu la choisir, parce que c'est une femme, elle me touche cette femme en fait, aussi parce qu'elle a eu un parcours compliqué et difficile. ».* (EA1, ligne 1065)

Ambiance générale de l'entretien en interaction:

L'entretien s'est déroulé au cabinet du Docteur A. Dès le début l'ambiance était détendue. Nous avons remarqué une certaine complicité entre le docteur et sa patiente révélée par des échanges de regards et de gestes affectueux. L'émotion fut vive lorsque la patiente se remémora la consultation ayant suivi le décès d'une de ses filles.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableaux de concordance/discordance entre les perceptions mutuelles

La perception du Docteur A

La perception du Docteur A par elle-même	Concordance = Discordance ≠	La perception du Docteur A par la Patiente A
Accompagner : *« le médecin est là, plus comme un conducteur de cette énergie et l'aider finalement à faire émerger les choses. »* (EA2, ligne 547)	=	Etre le moteur : *« elle me rebooste »* (EA2, ligne 75)
Légitimer son statut de médecin : *« je pense que quand je me regarde, la valorisation pour moi, je me sens légitime »* (EA1, ligne 1038)	=	Importance du médecin, place bien déterminée: *« c'est mon médecin », « j'avais besoin de quelqu'un, mais pas n'importe qui » (x3)* (EA2, ligne 600)
Etre à l'écoute : *« il est là pour écouter leur souffrance »* (EA2, ligne 337)	=	Etre à l'écoute : *« Quelqu'un qui est à l'écoute »* (EA2, ligne 170)
Avoir des qualités relationnelles et techniques : *« j'ai les deux, la construction psychique et la technique. »* (EA1, ligne 942)	=	Avoir des qualités relationnelles et techniques : *«Même quand je viens là, je trouve du réconfort il y a le suivi médical et ça c'est 50% de tranquillité »* (EBA, ligne 800)
Etre en évolution : *« j'ai modifié grandement ma pratique »* (EA1, ligne 24) S'adapter : *« c'est savoir aussi se regarder et être capable de modifier certain comportement »* (EA1, ligne 455)		

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception de la Patiente A

La perception de la Patiente A par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception de la Patiente A par le Docteur A**
Médecin qui a une réflexion a posteriori de l'échange : *« je suis quelqu'un qui réfléchit beaucoup après. »* (EA2, ligne 258)	=	Patiente réfléchie : *« quelqu'un qui réfléchit », dans la retenue, mais je dirais dans la pondération et dans la non exubérance »* (EA2, ligne 703) Patiente respectueuse : *« Elle est respectueuse du médecin et elle comprend bien les difficultés que je peux rencontrer. »* (EA2, ligne 498)

Par son absence de discordance dans les perceptions mutuelles, l'interaction analysée ci-dessus a mis en évidence l'aboutissement dans le temps d'une alliance thérapeutique. Le Docteur A a mis en scène un médecin réflexif, capable de s'adapter aux besoins d'écoute et d'accompagnement de sa patiente. Ces caractéristiques du médecin ont particulièrement été illustrées par la réflexion-dans-l'action lors de l'évènement de la malléole que nous développerons au cours du chapitre « 1.2.5 Réalisme sur soi ».

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.2. **Dyade B : Docteur B et Patiente B**

La Patiente B a choisi d'être suivie par le Docteur B depuis une vingtaine d'année, son cabinet médical étant à proximité de chez elle.

Une vingtaine d'année avant l'entretien, elle a subi une hystérectomie, sans en avoir été informée préalablement. Suite à cette opération, elle intenta un procès au corps médical responsable, procès qu'elle vécut comme un combat et qu'elle gagna. La suite du parcours médical de la Patiente B a été jalonnée par des errances diagnostiques.

Une hospitalisation en soins psychiatriques a été l'un des évènements marquant l'histoire de la relation avec le Docteur B. La Patiente B exposa son vécu de cette situation, plusieurs années après, devant le Docteur B au cours de l'entretien.

Choix de la patiente :

Le Docteur B a choisi une patiente jugée difficile par lui-même, pour laquelle il décrit une prise en charge complexe. *« C'est quelqu'un qui a été difficile à prendre en charge. »* (EB1, ligne 412), *« Parce que je me disais qu'il y avait du matériel quoi, qu'il y avait de quoi faire.»*. (EB1, ligne 446)

Ambiance générale de l'entretien en interaction :

Cet entretien s'est déroulé dans le cabinet du Docteur B. Au début de l'entretien, la Patiente B ne semblait pas à l'aise, elle avait la bouche pincée, les mains liées et serrées l'une contre l'autre. Au cours de l'échange, lorsque nous avons évoqué le début de leur relation, elle a semblé se sentir plus à l'aise et a commencé à sourire. L'évocation difficile de son hospitalisation en soins psychiatriques a ravivé des sentiments douloureux et une émotion forte, notamment révélée par des pleurs. Le Docteur B, quant à lui, semblait décontracté dès le début de l'entretien. Quelques signes de malaise ont été notés au cours de l'évocation du cancer de la patiente. Il a par ailleurs été perçu qu'il existait entre eux une atmosphère légèrement conflictuelle, qui s'exprimait à travers ce qui semblait être un jeu. *« Laissez-moi finir »* dit le Docteur B *« on n'est pas souvent d'accord »* dit la Patiente B.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableaux de concordance/discordance entre les perceptions mutuelles :

La perception du Docteur B

La perception du Docteur B par lui-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur B par la Patiente B**
Importance du relationnel : *« la prise en charge soit justement à plusieurs facettes, on prend en charge les problèmes physiques des gens, les problèmes psychologiques, mais aussi on intervient dans le domaine social »* (EB1, ligne 169) Partager le savoir : *« on n'est pas les détenteurs du savoir, le savoir est à partager… »* (EB1, ligne 94)	=	Avoir des qualités relationnelles : écoute, humanité, disponibilité : *« c'est un médecin qui est très humain, qui est à l'écoute, euh, un bon médecin »* (EB2, ligne 260)
Etre non interventionniste : *« je prends pas toujours les choses à bras le corps, je laisse un peu faire le temps ou la nature. »* (EB1, ligne 628) Etre stimulé par l'exigence de la patiente: *« Vous faites partie des gens qui m'ont aidé »* (EB2, ligne 342) *« J'trouve que pour moi c'est quelque chose d'un peu,… plutôt de stimulant, même si parfois c'est agaçant* » (EB2, ligne 987)	=	Médecin qu'il faut faire réagir et stimuler : *« c'est vrai qu'à des moments je suis obligée de le pousser Docteur B. De lui dire « il faut faire ça ! »* (EB2, ligne 975*)* *« docteur il faudrait peut-être vous secouer un petit peu là »* (EB2, ligne 1032)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception de la Patiente B

La perception de la Patiente B par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception de la Patiente B par le Docteur B**
Personnalité intransigeante du fait d'une méfiance envers le corps médical : *« Exigeante »* dit 4 *fois* *« j'ai des exigences »* dit 4 fois (EB2) *« Donc il est vrai que j'ai eu quand même pas mal de choses qui font que je suis très méfiante avec le corps médical »* (EB2, ligne 630)	=	Patiente jugée comme difficile à prendre en charge à cause de son passé médical : *« une histoire médicale assez lourde, assez compliquée et qu'elle avait très mal vécu »* (EB2, ligne 81) Patiente jugée comme difficile à prendre en charge à cause de l'importance de ses pathologies somatiques : *« elle a eu quand même (…) dix ou quinze pathologies différentes et pas des plus simples des choses compliquées. »* (EB2, ligne 362)
Personne battante : Registre du combat *:* *« Battante », « je me suis battue »* dit 7 fois, *« épreuves »* dit 3 fois, *« combat »* dit 2 fois (EB2)	=	Patiente battante : Registre du combat *:* *« Battante », « une patiente qui prend sa santé en charge »* (EB2, ligne 1020) *« elle a fait front, elle s'est battue »* (EB2, ligne 810)
Personne pas déprimée : *« je suis pas si faible que ça, je suis pas si déprimée que ça »* (EB2, ligne 837) *« j'étais pas malade des nerfs, c'est pas vrai »* (EB2, ligne 410)	≠	Patiente psychologiquement fragile : *« J'ai eu moi oui le sentiment au départ que vous étiez quelqu'un de dépressif parce qu'à cause de, à cause de votre passé médical quoi… »* (EB2, ligne 850)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception de la Patiente B par elle-même	Concordance = Discordance ≠	La perception de la Patiente B par le Docteur B
<u>Vécu de l'hospitalisation en hôpital psychiatrique:</u> <u>Ressenti d'une décision non partagée et vécu d'abandon</u> *« j'en ai vraiment voulu au Docteur B, surtout qu'après, je n'ai pas eu… on s'est pas occupé de ce que je devenais, donc ça ça a été très dur »* (EB2, ligne 1141)	≠	<u>Vécu de l'hospitalisation en hôpital psychiatrique :</u> <u>Contre argument de nécessité au nom du principe de bienfaisance :</u> *« c'était qu'on avait jugé que psychologiquement vous n'alliez pas bien à ce moment-là et que donc euh un séjour dans un établissement de soin, … »* (EB2, ligne 490)

Cette interaction a mis en évidence une concordance dans les perceptions du Docteur B par la Patiente B et par lui-même. La patiente l'a en effet décrit comme un médecin qu'il faut faire réagir et stimuler, ce qui était en accord avec la perception, plutôt non interventionniste, qu'il avait de lui-même. Il mettait en scène un *Dr « Etre stimulé ».*

Nous avons également relevé une concordance dans les perceptions de la Patiente B, décrite comme patient « exigeant ». Elle mettait en scène une *Patiente « Exigeante-Méfiante envers le corps médical. ».*

Cette exigence était notamment le résultat d'un vécu d'expérience médicale douloureuse reposant principalement sur une erreur médicale, l'hystérectomie. Cette erreur a altéré profondément la confiance qu'elle avait dans le monde médical. Cela l'a conduit à avoir un haut niveau d'exigence et un souhait de *« maitriser »* ses relations avec les médecins.

Le Docteur B et la Patiente B étaient néanmoins en désaccord concernant l'impact de cette expérience sur la patiente. Le médecin avait l'image d'une patiente dépressive, probablement dû au fait de son histoire médicale. Cette perception n'était pas partagée par la patiente. Celle-ci se disait en effet battante, mentionnant son procès gagné lors l'erreur médicale ainsi que son comportement face à son cancer. Elle interprétait son attitude comme étant plutôt de l'anxiété liée à son histoire médicale qu'une maladie dépressive : *« je pouvais être tendue j' pouvais être stressée ».* (EB2, ligne 471).

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

L’hospitalisation en hôpital psychiatrique décrite lors de cet entretien a par ailleurs illustré cette discordance. Elle était nécessaire pour le médecin, mais vécue comme un traumatisme, un abandon et semblait non justifiée pour la patiente. Celle-ci n’avait jamais mentionné le vécu de cette hospitalisation auparavant avec son médecin. Le Docteur B avait l’air surpris de ce ressenti et de cette émotion exprimée par la patiente lorsqu’elle aborda l’hospitalisation. Au cours de l’entretien débriefing, il revenait sur cet évènement en déclarant n’avoir pas imaginé l’impact négatif de cette hospitalisation sur sa patiente.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.3. **Dyade C : Docteur C et Patiente C**

La Patiente C était suivie depuis plus d'une dizaine d'année par le Docteur C. Au début, elle la consultait pour ses enfants, mais progressivement une relation plus personnelle s'est développée entres elles.

Lors de l'évolution trainante de lombalgies chroniques, la patiente avait ressenti le besoin de confier davantage son vécu personnel à son médecin. En effet, il apparaissait une incompréhension quant à l'absence d'amélioration clinique malgré un traitement médical à priori efficace. Le Docteur C a vu alors sa patiente devenir une malade chronique en souffrance, nécessitant un suivi régulier.

La Patiente C se confiait à son médecin en révélant qu'elle s'occupait seule de ses parents grabataires alors que, dans un premier temps, elle n'osait pas le dire de peur qu'on lui reprochât de poursuivre des activités incompatibles avec sa pathologie alors qu'on essayait de la soulager.

Choix de la patiente:

Le choix de la patiente a été décidé lorsque le Docteur C a évoqué les patients suivis par des médecins spécialistes, avec lesquels elle se sentait moins investie.

« C'est vrai qu'au début elle était très suivie par des spécialistes. Je ne me sentais pas très investie. C'est vrai que quand les patients ont des machins-logues, on se sent moins investi et on va pas y mettre la même chose que quelqu'un qui nous confie tout. » (EC1, ligne 907)

Les « machins-logues » signifiaient, pour le Docteur C, les différents spécialistes d'organes, comme les pneumo-« logues » ou les cardio-« logues ».

Ambiance générale de l'entretien en interaction:

Nous avons ressenti une bonne entente entre le Docteur C et sa patiente. Au début de l'entretien, le Docteur C semblait vouloir gérer l'entretien. Elle cherchait des informations concernant la patiente sur son ordinateur pour répondre à nos interrogations, notamment pour préciser les dates. La Patiente C acquiesçait à la majorité des propos du Docteur C.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableaux de concordance/discordance entre les perceptions mutuelles.

La perception du Docteur C

La perception du Docteur C par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur C par la Patiente C**
Médecin dans l'envie de responsabilité, de maitrise et de gestion globalisante quasi esthétique du soin: *« Parce que c'est vrai que j'aime ça(…) je leur dis « Ecoutez-moi j'aime être responsable de l'ensemble de l'ordonnance.* » (EC1, ligne 917) *« c'est là que s'exerce ce que, moi, j'appelle l'art médical »* (EC1, ligne 18) *« Passion », « passionnant »:* dit 5 fois *« Intéressant »:* dit 12 fois	=	Etre dans la maitrise : *« vous auriez aimé être un peu plus, euh, entre guillemets, là pour tout gérer. »* (EC2, ligne 747)
Médecin humaine : *« à mon avis le premier devoir du médecin, c'est déjà d'écouter son patient. »* (EC1, ligne 271)	=	Avoir des qualités relationnelles : *«douce et attentionnée, voilà un bon échange »* (EC2, ligne 82) *« à l'écoute »* (EC2, ligne 114)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception de la Patiente C

La perception de la Patiente C par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception de la Patiente C par le Docteur C**
		Evolution de l'image: mère sans pathologie puis une patiente en souffrance : *« Donc là, ça a marqué un tournant je pense, parce que je vous ai vue devenir quelqu'un de malade chronique on va dire. »* (EC2, ligne 345)
Patiente avec un suivi spécialisé : *« Oui parce que j'ai eu des spécialistes (...) certaines fois on aime bien séparer »* (EC2, ligne 190) *« ça me semblait plus juste et plus judicieux et plus confortable d'aller voir un médecin spécialiste »* (EC2, ligne 280)	=	Patiente avec un suivi spécialisé : *« vous faisiez partie des gens qui préférez voir les spécialistes »* (EC2, ligne 792)
Patiente ambivalente : *« je me disais d'un côté on me soigne, je fais ça et de l'autre côté aussi je force un peu en faisant d'autre chose »* (EC2, ligne 530) *« être à la fois forte et faible.»* (EC2, ligne 494)	=	Patiente ambivalente : au cabinet : *« très triste, fatiguée, douloureuse, dépressive »* (EC2, ligne 486) au quotidien : *« vous étiez très forte en fait, que vous portiez tout ça à bout de bras. »* (EC2, ligne 411)

Il n'apparait pas de discordance de perception du médecin en elle-même, mais plutôt de son statut de médecin généraliste.

Comme mis en évidence dans le tableau de perception du Docteur C, elle souhaitait mettre en scène un *Dr « Envie de responsabilité »*, c'est à dire militant pour une pratique de la médecine

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

générale globalisante quasi esthétisée et idéalisée dans le cadre d'une « approche centrée patient » (En référence au concept de « l'approche centrée patient » de M. Stewart et N. Mead (10)).

Mais cette approche médicale ne correspondait pas à la Patiente C, tout du moins au début de leur relation. En effet, elle préférait être suivie par des spécialistes en qui elle avait confiance car disposant d'une connaissance précise dans leur domaine. Elle mettait en scène une *Patiente «Suivi spécialisé»*.

Elle considérait les médecins généralistes comme des médecins qui font *« tout en gros mais pas très profondément. »* (EC2, ligne 276) et qu'il était alors *« plus juste, plus judicieux et plus confortable d'aller voir un médecin spécialiste »*. Elle consultait son médecin généraliste pour ses enfants, le Docteur C la percevait comme *«une jeune femme (…) avec ses enfants(…) sans pathologie particulière.»* (EC2, ligne 88)

Cependant, le besoin de confidence de la patiente au moment de ses lombalgies chroniques marqua *« un tournant »* dans leur relation.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.4. **Dyade D : Docteur D et Patiente D**

La Patiente D avait initialement choisi le Docteur D par un souci de proximité, il y a plus de dix ans. Elle consultait alors en alternance le Docteur D et son associée, selon les places disponibles. Un évènement douloureux vécu par la patiente, pour lequel le Docteur D s'est montré disponible et à l'écoute les a rapprochés. Par la suite, la patiente a été suivie principalement par le Docteur D.

Choix de la patiente :

Une semaine après notre demande de participation à cette étude lors d'un séminaire Balint, le Docteur D nous a contactées par courriel en nous indiquant qu'elle avait pensé à une patiente et qu'elle était prête pour les deux entretiens. Nous les avons donc réalisés, le même jour, à son cabinet. Contrairement aux autres médecins déjà rencontrés, elle avait choisi la patiente, seule, sur la base de nos indications, et non à la suite du premier entretien.

Elle justifia tout de même ce choix au cours de l'entretien individuel : elle expliqua qu'il existait un échange facile avec cette patiente, une liberté de parole. *« On échange, ça c'est sûr »* (ED1, ligne 376), *« y 'a une certaine pour moi, liberté de parole et elle, si elle a envie de dire des choses elle les dit donc voilà, pour moi c'est quelqu'un d'à l'aise donc voilà je pensais que le fait qu'elle soit là c'est bon y'aura pas à décrocher… je dirais ce sera pas pénible l'entretien et tout ça. »*. (ED1, ligne 391).

Elle évoquait aussi une sorte d'appel à l'aide : *« Au secours j'ai besoin de quelqu'un pour participer à une étude ! »*. (ED2, ligne 336).

Ambiance générale de l'entretien en interaction :

L'interaction a donc eu lieu dans le cabinet du Docteur D. L'atmosphère était détendue et l'expression libre et simple. Les échanges étaient vifs, il y avait peu de silence. Elles plaisantaient et riaient ensemble. Le Docteur D était vêtue de sa blouse de médecin. Elles présentaient la même position initiale : les jambes croisées et les mains sur les cuisses. Au début, le Docteur D était plus dans la retenue, elle s'exprimait avec plus de difficulté, pour se présenter notamment. *« Encore? Mais j'ai déjà fait! ».* La patiente quant à elle était à l'aise et avait envie de mettre à l'aise, elle a pris l'initiative dès le début de l'entretien *« je vais commencer »* puis *« je vous ai donné des idées hein? »*. Elle avait une approche presque ludique de l'entretien. L'échange s'est même terminé sur une note amicale avec la patiente qui a proposé : *« Et comment ça va se passer après? Je vous offre un café? »*.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableaux de concordance/discordance entre les perceptions mutuelles

La perception du Docteur D

La perception du Docteur D par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur D par la Patiente D**
Autoévaluer des manques à travers des formations professionnelles : *« Et après quand je suis allée faire des formations complémentaires, c'est ça qui manquait, c'est qu'on nous avait pas dit que, comment gérer ce que les gens vont renvoyer. »* (ED2, ligne 658)	=	Médecin qui se forme et qui a évolué : *« le Docteur D m'a parlé à un moment qu'elle faisait des formations, ça m'intéressait bien ça que vous vouliez voir autre chose. Donc un médecin qui bouge… »* (ED2, ligne 277)
Rigidité dans le sens d'une nécessité à rester focalisé sur l'aspect biomédical : *« une certaine rigidité, mais justement, moi quand les gens me renvoie ça y'avait pas d'écoute c'était difficile d'écouter (…) J'avais besoin d'une certaine concentration et je savais pas que c'était important. J'avais pas appris que c'était aussi important. »* (ED2, ligne 650)	≠	Raideur autoritaire : *« C'était comme ça et pas autrement. »* (ED2, ligne 692)
Acquérir une capacité d'écoute et un sentiment d'efficacité personnelle : *« écoute »* dit 5 fois *« capacité »* dit 7 fois *« ils nous ont donné les outils, pour moi, la confiance dans le fait que j'avais une capacité d'écoute et que ça pouvait autant aider les gens que ce qu'on avait appris dans les livres. »* (ED1, ligne 150)	=	Etre à l'écoute : *« écoute »* dit 10 fois

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception du Docteur D par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur D par la Patiente D**
<u>Etre timide :</u> *« Parce que moi je suis relativement un peu timide»* (ED2, ligne 347)	≠	<u>Timidité cachée :</u> *« Ben, timide, j'en reviens pas moi. Vous le cachez bien ça. »* (ED2, ligne 621)
		<u>Avoir des traits de caractère commun :</u> *« Elle est comme moi, elle fonce. »* (ED2, ligne 140) *« Si il y a des points ou je me retrouvais dans vous, c'est obligé. »* (ED2, ligne 693)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception de la Patiente D :

La perception de la Patiente D par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception de la Patiente D par le Docteur D**
Ressembler au Docteur D : *« Oui moi je trouvais qu'elle me ressemblait. Comme j'étais avant, rapide, parlé vif… hein dynamique, c'est comme ça. »* (ED2, ligne 132)	=	Patiente spontanée : *« Donc là vous avez cette spontanéité aussi vous donc à libérer certaines choses, à dire certaines choses… »* (ED2, ligne 235)
		Patiente franche : *« Et puis aussi, cette franchise, vous êtes franche* » (ED2, ligne 505)
Notion d'évolution: *« Ah oui moi j'en ai fait un grand cheminement … »* (ED2, ligne 250)	=	Notion d'évolution: *« Moi c'est vrai que je l'ai vu évoluer et que je la trouve plus vivante qu'avant. »* (ED2, ligne 455)

Cette interaction a illustré une relation avec une dimension amicale et une co-construction de la relation grâce à une évolution commune.

Le Docteur D a su autoévaluer ses manques à travers des formations professionnelles : elle a ainsi acquis une capacité d'écoute et un sentiment d'efficacité personnelle. Elle s'est révélée comme un médecin qui, grâce à sa formation, savait mettre une distance ajustée dans les relations avec ses patients. La Patiente D se rendait compte de l'évolution de son médecin qui semblait avoir été concomitante à la sienne. Le Docteur D a aussi montré sa capacité à quitter son rôle lors d'échanges extra-médicaux.

Il existait néanmoins deux discordances sur la perception du Docteur D que nous avons mis en évidence mais qui semblent sans conséquence sur leur relation. Le fait que le Docteur D se trouve timide alors que la patiente ne le trouve pas. En outre, la *« raideur »* du Docteur D perçue comme une raideur autoritaire par la patiente était en fait perçue comme un besoin qu'avait le médecin de rester focalisé sur l'aspect biomédical de la profession.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.5. **Dyade E : Docteur E et Patiente E**

La Patiente E a choisi son médecin sur les conseils de sa nièce, moins de quatre ans avant l'entretien: *« Ecoute, cette personne c'est tout à fait ce que tu m'a toujours parlé, ce que tu aimerais comme médecin.»* (EE2, ligne 32).

La Patiente E avait une mauvaise expérience du monde médical en général, celle-ci étant notamment la conséquence d'une mauvaise communication. Elle avait présenté une prise de poids rapide avec un retour dévalorisant et culpabilisant du corps médical. Un médecin lui avait dit : *« faudrait peut-être arrêter de bouffer »*. Elle évoquait un manque d'écoute et une absence d'échange avec les médecins, auprès desquels elle se sentait dévalorisée et culpabilisée. Elle avait fait un réel rejet du corps médical avec une perte totale de confiance en la médecine.

Choix de la patiente:

Le Docteur E a choisi sa patiente afin que l'entretien puisse lui être utile. *« Faut que ce lui soit utile au patient. »* (EE1, ligne 252). Elle suggéra que le fait d'évoquer ses relations avec les médecins pourrait lui être bénéfique : *« ça lui fera peut-être du bien à elle de, de parler de comment elle vit ses relations avec ses médecins. »* (EE1, ligne 307).

Ambiance générale de l'entretien en interaction :

L'ambiance était détendue. Nous avons pu noter l'importance du temps de parole de la Patiente E. Tous les intervenants étaient plutôt tournés vers la patiente. Le Docteur E lui portait un regard bienveillant et souriait.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableaux de concordance/discordance entre les perceptions mutuelles

La perception du Docteur E

La perception du Docteur E par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur E par la Patiente E**
Exercer dans un devoir d'humanité provenant de son vécu hospitalier et personnel : *« alors que nous (en médecine de ville) les gens qui arrivent au cabinet ils sont d'abord des personnes avant d'être des malades (rires) et c'est à nous de nous adapter à qui ils sont »* (EE1, ligne 120)	=	Médecin admiré pour ses qualités relationnelles : *« Ah bah c'est Dieu »* (EE2, ligne 318) *«c'est quelqu'un de disponible, d'ouvert, d'humaine, qui juge pas, qui a pas de regard méprisant jamais, qui est douce, je peux dire que des choses positives »* (EE2, ligne 1225) *« humain »* dit 18 fois
Partager son expertise: *« j'apporte une expertise médicale, euh mais le patient il vient aussi avec sa propre expertise, vous l'êtes l'expert de votre propre corps…de votre propre vie »* (EE2, ligne 543)		
Médecin centré sur le patient : *« Moi je me dis faut que ce lui soit utile au patient »* (EE1, ligne 252)	=	« Remède médecin », « effet thérapeutique » du médecin : *« une bouffée d'oxygène.»* (EE2, ligne 358) *« elle m'a redonné envie de revivre »* (EE2, ligne 320) *« confiance »* dit 11 fois

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception du Docteur E par elle-même	Concordance = Discordance ≠	La perception du Docteur E par la Patiente E
Aimer le challenge au cours des relations dites difficiles : *« c'est vrai que j'aime bien quand y'a un peu un challenge quoi »* (EE1, ligne 212) *« Je sais pas parce qu'en fait, moi à la limite les patients qui sont acariâtres, qui ou on dit oh là, la, la surtout le prends pas celui-là, c'est l'horreur, il a épuisé tout le monde et tout et ben ça me donne encore plus envie d'y aller, c'est un peu un défi oui. »* (EE1, ligne 200)	=	Dévouement qui pousse au défi : *« Elle a pas choisi le plus facile (…) de s'installer là et de voir tous ces gens, (…), car elle fait beaucoup de social aussi quand même. »* (EE2, ligne 1240)

La perception de la Patiente E

La perception de la Patiente E par elle-même	Concordance = Discordance ≠	La perception de la Patiente E par le Docteur E
Patiente facile : *« je croyais que j'étais toujours quelqu'un de très, qui était justement facile »* (EE2, ligne 655)	≠	Patiente sur la défensive : *« vous aviez du mal à vous déshabiller physiquement mais même euh à montrer qui vous étiez »* (EE2, ligne 645) *« je vous sentais effrayée et beaucoup sur la défensive »* (EE2, ligne 643)
Personne auto dévalorisée et culpabilisée : *« j'avais l'impression d'être quelque chose de négligeable »* (EE2, ligne 87) *« j'avais l'impression que c'était tout de ma faute. J'étais une incapable »* (EE2, ligne 295)	≠	Patiente courageuse : *« je vous trouve très courageuse (…) vous avez fait un sacré chemin depuis quelques années »* (EE2, ligne 347)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cet entretien, dont le but avait clairement été expliqué par le Docteur E lors de l'entretien individuel, mettait en avant une relation construite suite à un vécu d'expérience médicale douloureuse.

Du fait de ce vécu, la Patiente E peut être perçue « exigeante » ou « difficile » à prendre en charge par le corps médical : Elle mettait en scène une *Patiente « Exigeante-Sur la défensive.»*.

Le Docteur E s'est décrit comme un médecin aimant le défi au cours des relations dites difficiles, elle mettait en scène un *Dr « Challenge »*. La patiente qu'elle nous a présentée correspondait bien à ce type de situation lui permettant d'établir une relation d'aide. Cela pouvait être perçu dans la discordance de perception de la patiente: celle-ci se percevait comme auto dévalorisée et culpabilisée alors que le Docteur E la décrivait comme une patiente courageuse.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.6. **Dyade F : Docteur F et Patiente F**

La Patiente F était suivie par un médecin généraliste, ami de la famille, qui a ensuite été remplacé par le Docteur F. Ce suivi durait depuis plus de vingt ans.

Choix de la patiente:

Le Docteur F a justifié son choix de patiente de deux manières. Il l'a tout d'abord choisie pour ses qualités relationnelles : *« quelqu'un d'éminemment sympathique »* (EF1, ligne 221), *« quelqu'un qui est très accueillant avec les étudiants »* (EF1, ligne 229). Ils entretenaient par ailleurs une *« relation si particulière »* (EF2, ligne 268) s'étant réalisé dans le cadre d'une médecine de famille, avec *« un vécu relationnel, (...) assez fort et assez long.»* (EF1, ligne 227)

Ambiance générale de l'entretien en interaction:

L'entretien s'est déroulé au domicile de la Patiente F, lieu habituel des consultations médicales. Nous avons été accueillies par la patiente et son aide-ménagère. Chacun a pris place autour de la table ronde disposée au centre du salon. L'aide-ménagère poursuivait son travail de repassage. La patiente nous a proposé une collation.

L'atmosphère était donc détendue et conviviale. Le Docteur F gardait un air sérieux et réfléchi, en pesant ses mots à chaque prise de parole, en étant dans la retenue. La Patiente F était, quant à elle, très expressive, dans l'émotion, en passant du rire aux larmes et s'exprimant avec humour. Elle était en deuil, le décès de son mari datant de huit mois.

L'entretien s'est clos sur une présentation des photographies de famille, comme cela se fait plutôt à la fin d'un diner en famille.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableaux de concordance/discordance entre les perceptions mutuelles.

La perception du Docteur F

La perception du Docteur F par lui-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur F par la Patiente F**
Médecin de la famille : *« parce que ça permet d'aller dans l'intimité, d'entrer dans les domiciles, chez les patients, de voir comment ils vivent etc... »* (EF1, ligne 79)	=	Médecin de la famille : *« c'est comme s'il faisait partie de la famille »* (EF2, ligne 446)
Etre réaliste : *« je crois que l'on fait ce qu'on peut avec ce qu'on est »* (EF2, ligne 132) Etre disponible *« globalement j'essaie d'être en disposition d'accueillir ce que disent les patients et de les accompagner au mieux. »* (EF2, ligne 148)	=	Avoir des qualités relationnelles : Humble : *« mais avec sa compétence sans avoir l'air.»* (EF2, ligne 191) Disponible : « *lui il a été toujours là, le Docteur F a toujours été là, on le connait depuis longtemps »* (EF2, ligne 118) Aimable : *« qu'il est aimable »* (EF2, ligne 42) Psychologue : *« Pédologue* » voulant dire psychologue (EF2, ligne 114)
Résonance affective : *« que j'ai tendance à prendre les choses à cœur qui fait que j'ai parfois l'impression de me laisser dévorer »* (EF1, ligne 113) Contre-transfert difficile à maitriser : *« Et on établit des processus défensifs qui font qu'on va s'en protéger tant bien que mal »* (EF1, ligne 205)	=	Place affective importante : *« si je meurs, j'espère avant lui, il va me manquer »* (EF2, ligne 442)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception de la Patiente F

La perception de la Patiente F par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception de la Patiente F par le Docteur F**
Description par rapport à la famille : *« je suis Mme F, j'ai deux filles, une arrière-petite-fille et cinq petits-enfants. Et puis je suis veuve depuis huit mois »* (EF2, ligne 17)	=	Description par rapport à la famille : *« c'est la grand-mère je dirais »* (EF1, ligne 226)
Patiente franche : *« comme tu le penses, tu le dis »* (EF2, ligne 328)	=	Partager les décisions médicales : *« quelqu'un qui ne serait pas facile... »* (EF2, ligne 55), *« elle ne s'en laisse pas conter, ça veut dire qu'il faut lui expliquer la démarche, la réflexion »* (EF2, ligne 160) Forte personnalité : *« Mme F est une dame qui a une forte personnalité et à qui on ne raconte pas. »* (EF2, ligne 74)

Le Docteur F s'est décrit comme médecin *« de la famille »*, très investi émotionnellement, ayant des difficultés à trouver sa place. La Patiente F exprimait elle aussi cette position ambiguë de son médecin.

L'interaction mettait en scène une *« relation si particulière »* (EF2, ligne 268), du fait notamment de racines communes, étant tous deux « pieds noirs ».

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.7. **Dyade G : Docteur G et Patiente G**

La Patiente G a choisi son médecin par un souci de proximité et en a apprécié la disponibilité. Elle est suivie par le Docteur G depuis dix-sept ans, comme le reste de la famille de la Patiente G.

La Patiente G relatait au cours de l'entretien le parcours médical complexe d'une maladie marquante de sa fille, une anorexie mentale, quelques années auparavant.

Choix de la patiente :

Le Docteur G se posait la question des attentes de sa patiente envers elle : pourquoi, notamment, la Patiente G ne se confiait-elle pas à elle mais à d'autres professionnels de santé ? *« Parce que je me suis posée la question pourquoi elle dit plus de choses importantes à d'autres personnes que moi. Alors que je suis à l'écoute.»* (EG1, ligne 365)

Ambiance générale de l'entretien en interaction :

L'entretien s'est déroulé dans le cabinet du Docteur G. L'ambiance était tendue et le dialogue difficile. Le Docteur G était plutôt en retrait à côté de la porte et semblait gênée. Au moment d'interroger la Patiente G sur la description qu'elle ferait de son médecin, cette dernière a même demandé à sortir, sur un ton humoristique. De son côté, la patiente paraissait plus à l'aise dans le dialogue.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableaux de concordance/discordance entre les perceptions mutuelles :

La perception du Docteur G

La perception du Docteur G par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur G par la Patiente G**
Etre à l'écoute : *« on va être à l'écoute et c'est les gens qui vont faire leurs chemins. »* (EG2, ligne 640)	=	Avoir des qualités relationnelles : écoute, disponibilité : *« j'ai apprécié que vous preniez le temps lors de la consultation »* (EG2, ligne 66)
Médecin qui entretient une relation de type informatif avec ses patients : *« Voilà mais le médecin généraliste il est spectateur de beaucoup de choses »* (EG2, ligne 636), *« voilà ce qui existe, voilà ce qui marche voilà, et la balle est dans votre camp »* (EG2, ligne 302)		
Médecin qui se positionne en confident : *« C'est pour ça que le dire avant il y avait le prêtre, le confessionnal [Patient G: Oui], il y avait les amis, on se rencontre autour d'un café, il y avait le bar, il y avait...maintenant tous ces liens sont coupés. Ben il reste le médecin heureusement »* (EG2, ligne 962)	≠	Médecin qui n'a pas le rôle de confident : *« je crois pas que ce soit le lieu de répondre, le lieu pour aborder ça, c'est plus un problème de société, mais ça se retrouve forcément ici mais heu... »* (EG2, ligne 843)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception du Docteur G par elle-même	Concordance = Discordance ≠	La perception du Docteur G par la Patiente G
		<u>Médecin-spectateur, c'est-à-dire qui a une distance satisfaisante :</u> *« Je pense que c'est important, personnellement, cette distance quand même parce que je crois qu'il y a eu des moments où j'étais très mal, j'aurais pas appré.. . j'aurais peut -être fui si on m'avait abordé. »* (EG2, ligne 771)
<u>Vécu d'échec relationnel illustré par la maladie de la fille de la Patiente G :</u> *« Spectateur »* (EG2, ligne 641) *« Extérieure au problème »* (EG2, ligne 210) *« Donc j'avais l'impression d'avoir raté quelque chose »* (EG2, ligne 270) *« j'avais l'impression que j'avais loupé le coche quelque part, comme si il y avait des non-dits»* (EG2, ligne 260)	≠	<u>Médecin empathique, qui soutient et reconnait sa souffrance</u> : *« un grand soutien »* (EG2, ligne 311), *« une reconnaissance de ma difficulté enfin de ma situation ça c'était important quelque chose que moi-même j'arrivais pas à m'accorder.»* (EG2, ligne 332) <u>Médecin qu'elle valorise sur l'absence de prédiction de la maladie de sa fille :</u> *« j'crois que c'est une maladie extrêmement méconnue »* (EG2, ligne 470)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception de la Patiente G

La perception de la Patiente G par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception de la Patiente G par le Docteur G**
Patiente avec une forte personnalité : *« J'ai de la personnalité »* (EG2, ligne 115) *« J'ai été forte. Bah j'ai pu faire face »* (EG2, ligne 655)	=	Patiente qui a fait un cheminement dans son parcours de vie : *« c'est vrai que vous avez avancé pas mal »* (EG2, ligne 641)
Patiente en perpétuelle demande de réassurance : *« j'dis « j'abuse du médecin » que ce soit pour moi et les enfants, euh plein de pathologies, à la fin c'est un peu, bon j'ai pas l'impression d'être prise pour une hypochondriaque mais c'est un peu toujours la même chose, voilà ce que je ressens à un certain moment et du coup je reste un peu inquiète »* (EG2, ligne 108)	=	Patiente au suivi chronique : *« je suis le médecin de famille, donc elle vient, elle vient pour un renouvellement d'ordonnance »* (EG1, ligne 377)

Il existait une discordance sur la perception du Docteur G par elle-même et par la Patiente G quant au vécu de la maladie de la fille de la patiente.

En effet, le Docteur G a vécu cet évènement comme étant *« extérieure au problème »*, car elle avait l'impression qu' *« il y avait des non-dits »*. Alors que la patiente a décrit son médecin, à ce moment-là, comme étant empathique, qui l'a soutenue et a reconnu sa souffrance.

Elle arborait un « personnage-façade symbolique » de *Dr « Etre à l'écoute »*. Cela faisait référence à sa frustration sur le fait que la patiente ne se confiait pas à elle mais à d'autres professionnels de santé, *Patiente « Pas le lieu de la confidence »*. Elles étaient alors en désaccord sur le lieu de la confidence.

Cette interaction a révélé une communication difficile entre le médecin et sa patiente.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Lors de l'entretien, la patiente évoquait des freins l'empêchant de communiquer sur des sujets intimes avec son médecin. Parmi ces freins figuraient notamment la pudeur imposée par la société, le souci de ne pas abuser du temps et de la disponibilité de son médecin et la peur que ses attentes ne soient pas comblées par son médecin. Par ailleurs, elle craignait qu'un partage de faits personnels avec son médecin les fasse évoluer vers une relation d'amitié, alors que ne pas en parler permettrait de garder une certaine distance.

Les attentes de la patiente sur le lieu de confidence ne semblaient pas convenir au Docteur G. De son côté, celle-ci donnait une place très importante au côté psychologique dans le soin, notamment pour la compréhension des pathologies somatiques.

Le conflit de perception du soin expliquait le désaccord du lieu de la confidence.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.8. **Dyade H : Docteur H et Patiente H**

La Patiente H consultait le Docteur H depuis peu. Son acupuncteur lui a conseillé le Docteur H, suite au départ à la retraite de son médecin généraliste.

Choix de la patiente:

Le Docteur H a souhaité faire l'entretien avec cette patiente suite à une erreur médicale les impliquant tous deux.

La Patiente H était suivie depuis quelques années pour une anémie, pour laquelle des prises de sang répétées étaient effectuées. Eprouvant une fatigue inhabituelle, elle réclamait auprès du Docteur H une ordonnance pour des analyses sanguines afin de contrôler son taux d'hémoglobine. Malgré des demandes itératives, le médecin tarda à la lui prescrire, ce qui aboutit à la découverte d'une anémie prononcée.

Du point de vue du médecin, cet entretien avait comme motivation essentielle la réparation de cette erreur.

« Oui j'ai eu envie, qu'on fasse l'entretien ensemble parce que effectivement, il y'a quelque chose qui nous mettait d'accord dans la façon de faire la médecine, par contre il y a eu un évènement, justement, l'anémie, qui a été découverte assez tardivement. » (EH2, ligne 694)

« C'est cet épisode, où après ben justement ma question c'est de savoir… (...) mais la vision justement que vous avez de tout ça. » (EH2, ligne 751)

Ambiance générale de l'entretien en interaction:

Le Docteur H nous a reçues dans son cabinet. L'espace était confiné avec un style décoratif épuré, seule une étagère était remplie de manière désordonnée. Nous avons commencé l'entretien autour d'une tasse de thé. La Patiente H a été la première à prendre la parole, elle nous exposa longuement son parcours universitaire chaotique. Le Docteur H semblait en retrait au début de l'entretien, comme pour laisser la patiente s'exprimer. Lorsqu'il expliqua son erreur médicale, son regard sembla chercher du soutien auprès de nous.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableaux de concordance/discordance entre les perceptions mutuelles.

La perception du Docteur H

La perception du Docteur H par lui-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur H par la Patiente H**
Médecin d'approche relationnelle globale et adepte de la médecine chinoise : *« c'est une approche globale. Une médecine occidentale, le traitement, la technique, une médecine chinoise et l'énergétique et bien sur la relation »* (EH1, ligne 44)	=	Avoir des qualités relationnelles : *« un contact humain. Et ça je pense que c'est la première chose. »* (EH2, ligne 510)
Médecin simple accompagnateur de l'auto guérison du patient, non interventionniste : *« Pour moi, le médecin il est pas grand-chose. C'est la personne qui est à l'origine de son processus de guérison et de son évolution. »* (EH1, ligne 65)	≠	*« Toute-puissance »* au moment de la demande de prise de sang (EH2, ligne 955)
Médecin à l'écoute : *« Comme je connais, peut être que je suis plus à l'écoute »* (EH1, ligne 347)	≠	Médecin qui n'est pas à l'écoute au moment de la demande de la prise de sang: *« Qu'il ne m'ait pas entendu ou qu'il ne met pas fait confiance, je ne sais pas... »* (EH2, ligne 783)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception de la Patiente H

La perception de la Patiente H par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception de la Patiente H par le Docteur H**
		Avoir une importante réflexion éthique: *« l'impression que vous veniez, vous portiez beaucoup (...) il y avait les demandes médicales, et les non médicales aussi, d'ordre éthique, philosophiques, rapport à des traitements aussi.»* (EH2, ligne 375)
Patiente actrice de sa santé, autonome : *« Parce que c'est moi, c'est mon corps, c'est moi qui en suis responsable. Pas le médecin. »* (EH2, ligne 437) *« La toute-puissance de la blouse blanche. Terminée. On a passé 68. »* (EH2, ligne 472)	=	Patiente actrice dans les soins, active : *« Elle est actrice de ses soins effectivement. »* (EH2, ligne 598) *« Oui vous savez ce que vous voulez... »* (EH2, ligne 441)
Patiente avec un respect du médecin : *« Ah bah non bien sûr, on le respecte... (...) C'est le respect de l'autre, c'est par respect...»* (EH2, ligne 970)	=	Patiente respectueuse et polie : *« vous avez été très....tempérée dans votre réaction. Euh j'ai entendu justement votre mécontentement, mais il n'y avait pas d'animosité »* (EH2, ligne 818)

Le Docteur H mettait en scène, au cours du premier entretien, *Dr « Pas grand-chose »*, simple accompagnateur de l'auto-guérison du patient et non interventionniste. La Patiente H, quant à elle, exposait un patient militant pour une responsabilité du patient, *Patiente « Actrice dans les soins »*, mais dans le respect de l'autorité médicale.

Au cours de l'erreur réalisée, il a présenté un *Dr « Toute-puissance »*. Son absence d'écoute à ce moment-là, relevée par la patiente, contredisait sa perception générale de lui-même comme *« Dr Pas grand-chose »*.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.9. **Dyade I : Docteur I et Patient I**

Le Patient I a choisi son médecin conjointement avec sa femme pour le suivi de leurs enfants. Il est devenu ensuite lui-même patient du Docteur I.

Choix du patient:

A ce stade de l'étude, nous orientions le choix du patient vers une relation « qui ne roule pas bien ». Ce choix était alors plus difficile pour le médecin.

Cependant, suite à un refus de dernière minute par un premier patient correspondant à nos critères, le choix s'est finalement porté sur un patient disponible, en arrêt de travail à ce moment-là. Ainsi, le fait qu'il n'était pas choisi à priori, fait du Patient I un patient « ordinaire » pour notre étude.

Ambiance générale de l'entretien en interaction:

L'entretien s'est déroulé au cabinet du Docteur I. Du fait de sa participation inattendue, nous n'avions pas pu expliquer préalablement le déroulement de l'étude au Patient I.

Il parlait lentement et calmement comme s'il s'imposait une réflexion avant de parler. Le Docteur I semblait, quant à elle, très à l'aise, parlait plus rapidement que son patient en lui coupant certaines fois la parole. Elle arborait une attitude relâchée.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableaux de concordance/discordance entre les perceptions mutuelles.

Perceptions du Docteur I

La perception du Docteur I par elle-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur I par le Patient I**
Médecin heureuse : *« je me suis dit on peut faire de la médecine générale en étant heureux »* (EI1, ligne 90)		
Médecin qui apprécie les relations humaines teintées d'affects : *« je suis quelqu'un qui suis plutôt contente dans les relations humaines que dans la science. »* (EI1, ligne 32) *« il y a beaucoup d'affect quand même dans ce métier là... (...) En tout cas de la façon dont je le pratique »* (EI1, ligne 347)	=	Médecin avec des liens affectifs : *« ça pourrait être quelqu'un que j'invite à la maison, qui pourrait venir à la maison »* (EI2, ligne 205)
Médecin douce mais moins délicate que sa collègue : *« Y en a qui trouvent que je suis beaucoup plus douce qu'elle donc ça me fait plaisir. Mais je pense que globalement elle est plus...(...)...plus délicate, plus délicate. »* (EI2, ligne 161)	≠	Médecin franche, moins douce que sa collègue : *« Je me souviens avec mes enfants, ils préféraient voir le Dr T qui est beaucoup plus douce »* (EI2, ligne 150) *« qui dit les choses je pense, ou si elle ne les dit pas, les fait comprendre. »* (EI2, ligne 177)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Perceptions du Patient I

La perception du Patient I par lui-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Patient I par le Docteur I**
		Patient non consommateur de soin : *« c'est pas quelqu'un qui court chez le médecin dès qu'il a quelque chose… »* (EI2, ligne 292) *« ce n'est pas un hypochondriaque du tout donc euh voilà des fois pour l'arrêter il faut un peu insister d'ailleurs »* (EI2, ligne 138) *« compliant mais pas forcément demandeur d'avoir trop de soin »* (EI2, ligne 297)
Patient gaffeur qui s'excuse : (il a demandé au médecin si elle était enceinte alors que non) *« Je me souviens d'une particulière que j'avais faite, et puis que je regrette amèrement par la suite, je sais pas si le Dr I s'en souvient... »* (EI2, ligne 64)	=	Patient aimable : *« bon déjà aimable, c'est pas mal. »* (EI2, ligne 290)

La seule discordance mise en évidence au cours de l'interaction avait peu de conséquence sur la qualité de leur relation.

Le Docteur I a mis en scène un médecin *« heureuse »* dans son métier et dans la relation qu'elle a pu établir avec son patient, dont les caractéristiques correspondent à sa relation idéale. Ils nous exposent une relation de type *« courtoise et chaleureuse »* (EI2, ligne 117) teintée d'affects secondaires au respect.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.10. **Dyade J : Docteur J et Patient J**

Le Patient J a choisi son médecin par un souci de proximité et par réputation. Leur relation a débutée il y a plus de quinze ans.

Choix du patient :

Le choix n'a pas été réalisé au cours du premier entretien, mais a posteriori. Le Docteur J faisait partie des médecins à qui nous avions demandé de choisir une relation « qui ne roule pas ».

Le choix final du médecin a reposé sur la volonté de celui-ci de connaitre le vécu de son patient sur des évènements passés. *« J'ai pensé à vous, je vais vous dire pourquoi j'ai pensé à vous. Parce que l'autre jour, je vous ai un peu heurté, enfin, vous, ou mal reçu pour votre certificat d'assurance. »*. (EJ2, ligne 142)

Ambiance générale de l'entretien en interaction :

L'ambiance était un peu tendue au début, ce ressenti était surtout dû au visage plutôt fermé du Docteur J, et était renforcé par le fait que le Patient J n'enlevait pas son manteau (l'entretien s'est réalisé au cours d'un contexte grippal). Le Docteur J avait le regard grave, un papier et un stylo posés devant lui. Au début de l'entretien, il marquait quelques notes, notamment des paroles du patient. Il a semblé se détendre au fil de l'entretien. Le patient mentionna qu'il lui en aurait voulu s'il l'avait amené à l'hôpital à cause d'une erreur diagnostique. Le médecin eut, à ce moment-là, un regard rieur. Le médecin fit par ailleurs mine d'être choqué quand le patient lui dit qu'il ne lui disait pas toute la vérité. A la fin, l'ambiance était plus détendue, avec des notes d'humour.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableaux de concordance/discordance entre les perceptions mutuelles :

La perception du Docteur J

La perception du Docteur J par lui-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur J par le Patient J**
		Affectivité : *« je l'aime bien déjà. »* (EJ2, ligne 97)
Professionnalisme : *« Et on essaye de faire une prise en charge globale. C'est-à-dire, on s'intéresse au corps mais on s'intéresse tout autant à la vie émotionnelle et psychique et en ce qui concerne l'esprit j'en ai pas encore réfléchi. »* (EJ1, ligne 40)	=	Médecin rigoureux : *« Je le trouve bon, il a une bonne analyse, ça rentre bien dans mes vues aussi, il est précautionneux il se lance pas tout de suite dans des trucs époustouflants. » « mais il a un côté rigoureux »* (EJ2, ligne 99)
Médecin qui a changé : *« j'ai changé moi j'ai beaucoup changé »* (EJ2, ligne 716)	≠	Médecin en changement, ce qu'il apprend au cours de l'entretien : *« Oui, j'ai appris qu'il était plus ouvert qu'avant, c'est enregistré maintenant… »* (EJ2, ligne 772)
Médecin réaliste : *« Si on met la barre très haute c'est forcément insatisfaisant. Par contre si on est réaliste, euh et qu'on essaye de faire son boulot en bon artisan, si, on a une satisfaction. Parce qu'on a fait ce qu'on pouvait en honnête homme, quoi voilà.»* (EJ1, ligne 108)	=	Médecin réaliste : *« comme il a l'air d'avoir les deux pieds sur terre »* (EJ2, ligne 53)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception du Docteur J par lui-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Docteur J par le Patient J**
<u>Personnalité affirmée :</u> *« … j'pense qu'il y a quand même deux personnalités, affirmées entre lui et moi et ça effectivement deux personnalités affirmées ça, c'est vigoureux quand même comme relation »* (EJ2, ligne 795)	=	<u>Médecin sévère</u> : *« il a un côté plus sévère »* (EJ2, ligne 588) *« bon parce que je me dis il va m'engueuler »* (EJ2, ligne 553)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception du Patient J

La perception du Patient J par lui-même	**Concordance = Discordance ≠**	**La perception du Patient J par le Docteur J**
Patient individualisé : *« Il se souvient que je suis un patient, euh qui a telles choses, il le sait. »* (EJ2, ligne 165)	=	Patient bien identifié par le médecin : *« je pense à vous comme quelqu'un de bien identifié, (…), mais je dirais que je vous connais, que je vous reconnais »* (EJ2, ligne 153) *« il est bien identifié dans ma tête, et quand il est là en face de moi, tous les autres n'ont plus d'importance, il n'y a plus que monsieur qui compte. »* (EJ2, ligne 177)
Lecteur qui a besoin d'être informé : *«je lis beaucoup »* (EJ2, ligne 253), *« j'ai lu pas mal de trucs »* (EJ2, ligne 311)	=	Patient pointilleux, demandeur d'une rigueur : *« Avec Monsieur J, c'est vrai que, quand même, il faut une certaine, une certaine rigueur quoi, alors on le voit même dans ce que vous dites maintenant. C'est pas…, il a des questions précises, qui demandent des réponses précises que ce soit d'ailleurs en parole ou en acte »* (EJ2, ligne 450) *« Donc avec vous il faut pas… il faut rester bien, bien clair bien, presque scientifique, voilà, y'a pas d'approximation »* (EJ2, ligne 475)
Patient acteur de sa prise en charge : *«PJ : Ah oui, je lis tout ; Dr J : Vous lisez toutes les notices?; PJ : Oui, oui »* (EJ2, ligne 463)	=	Patient acteur de sa prise en charge : *« y'a une part de vous qui reste, euh, le chef en quelque sorte »* (EJ2, ligne 468)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La perception du Patient J par lui-même	Concordance = Discordance ≠	La perception du Patient J par le Docteur J
		Patient clair et franc : *« j'admire la, la clarté de parole et la franchise de monsieur J »* (EJ2, ligne 785)

Le Patient J fait partie des patients demandeurs d'un savoir médical, en exigeant une certaine rigueur, *Patient « Exigeant-Pointilleux »*. Il se tient très informé des avancées dans le domaine médical, des médecines alternatives comme des nouvelles thérapeutiques ou des recherches scientifiques.

Au cours de l'interaction, le Docteur J est apparu comme un médecin qui s'adaptait à la rigueur de son patient en concordance avec l'image qu'il a décrit dans l'entretien individuel.

Le Docteur J a mis en scène un *Dr « Rigoureux »*, exerçant une médecine reposant sur « la médecine basée sur les preuves». Cette perception du soin biomédical semblait convenir à son patient, qui le trouvait *« dans ses vues »*. Mais selon l'enjeu du soin, le Patient J était aussi intéressé par les médecines alternatives comme l'homéopathie.

La seule discordance qui est ressortie du tableau est que le patient ne savait pas que le médecin avait changé, ce qu'il lui apprend au cours de l'entretien.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Discussion

1. Analyse thématique et validité externe de l'étude

Les entretiens réalisés ont permis de confronter les perceptions et attentes mutuelles des dyades médecins-patients interrogées. De chaque interaction, nous avons fait émerger des situations ou des enjeux problématiques couramment rencontrés en médecine générale. A partir de ceux-ci, nous avons ensuite recherché quels avaient été les outils relationnels utilisés par le médecin pour s'y adapter. Parallèlement, nous avons validé le choix de ces outils par le médecin en se référant à des concepts connus et validés dans la littérature.

1.1. Conflit de perceptions mutuelles - perception d'enjeux problématiques par les médecins

Les interactions observées lors de cette étude ont mis à jour des problématiques relationnelles dont l'origine pouvait être attribuée à des différences de perceptions mutuelles entre le médecin et le patient.

1.1.1. Discordance de perception quant au statut du médecin généraliste et au soin

1.1.1.1. Perception du statut de médecin généraliste - Dyade C

Dyade C : *Dr « Envie de responsabilité »*, et *« Patiente « Suivi spécialisé »*

L'interaction du couple C a révélé une discordance dans la perception du statut de la médecine générale. La définition du rôle de chacun dans ce couple était fondée sur des écarts importants entre leurs attentes réciproques. En effet, au statut médical était associé un rôle perçu différemment par le Docteur C et la Patiente C : la patiente souhaitait une prise en charge spécialisée, tandis que le médecin défendait une pratique de la médecine générale globalisante dans le cadre d'une « approche centrée patient », approche formalisée par M. Stewart et N. Mead (10). Cette discordance s'est même retrouvée de manière plus générale dans la perception du soin exprimée par chacun des membres de ce couple.

La perception du soin a évolué dans l'histoire de la science médicale. L'intérêt originel de la médecine s'est d'abord tourné vers une approche organique, approche qui s'est développée jusqu'à nos jours. Dans cette approche, la médecine détache le corps de l'homme pour mieux le soigner (17). Imprégnée de cette approche, la Patiente C trouvait cela plus efficient de consulter directement les spécialistes pour une pathologie concernant un organe particulier. Cependant, la médecine générale défendue par le Docteur C était une médecine globale,

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

coordinatrice des soins, qui se préoccupe de l'individu dans son ensemble. La vision du médecin généraliste était sans doute novatrice et inconnue par la patiente, qui se référait, elle, à un modèle plus classique de la science médicale.

Comme décrit dans un ouvrage relatant les conflits relationnels, beaucoup de conflits viennent des problématiques ayant traits à des confusions de rapports de place. Les rapports de place sont la façon dont les individus se positionnent l'un par rapport à l'autre, et fondent la spécificité de chaque relation (18). Le rapport de place dans la relation de la dyade C était alors confus, menant à un certain déséquilibre, une incompréhension et même à la frustration du Docteur C, celle-ci ne trouvant pas sa place dans la relation, mais respectant cependant la perception du soin de sa patiente.

Au cours de l'entretien, suite à une confidence faite par la patiente sur son vécu des lombalgies chroniques et la prise en charge difficile de ses parents, un basculement de la relation s'est réalisé menant à une redéfinition de leur relation et de leur positionnement réciproque. Nous évoquerons ce basculement comme un moyen pour établir une relation thérapeutique au sein de la partie « 1.2.1 Continuité des soins ».

1.1.1.2. Perception du soin

Deux autres interactions, celles du couple G et du couple J, ont mis en évidence une discordance sur la perception du lieu de la confidence et du soin thérapeutique

- <u>Discordance sur la perception du lieu de la confidence : Dyade G</u>

Dyade G : *Dr « Etre à l'écoute »* et *Patiente « Pas le lieu de la confidence »*

Pour le couple G, la discordance était ancrée dans la perception du soin en général. La Patiente G attendait de son médecin des réponses biomédicales concrètes et ne souhaitait pas partager ses confidences intimes, qu'elle confiait par ailleurs à un psychologue. Elle considérait que son médecin généraliste n'avait pas le rôle de confident, préférant séparer la prise en charge psychologique de la prise en charge biomédicale.

Cette perception de soin ne correspondait pas à celle du Docteur G. En effet, celle-ci se référait plutôt au champ psychologique dans la démarche de soin, notamment pour la compréhension des pathologies somatiques. Cela est illustré au cours de l'interaction concernant la prise en charge de l'asthme. Au cours de celle-ci, le Docteur G donna une explication psychosomatique à l'expression des décompensations asthmatiques de sa

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

patiente : selon elle, les pathologies du poumon exprimaient en effet la tristesse chronique. Cette explication ne sembla pas répondre aux attentes de la patiente.

Cette discordance, évoquée ici, semble révéler une incompréhension réciproque notoire, entrainant une possible dérive de « l'approche centrée patient » dont le principe est de prendre en charge le patient dans sa globalité. Nous pouvons, en effet, nous demander si cette attitude qui se voulait bienfaisante de la part du médecin ne serait pas (en)globalisante d'une part, et n'empêcherait pas d'autre part la Patiente G de se confier librement.

Dans une démarche bienveillante, voire empathique, d' « approche centrée patient », le Docteur G souhaitait ainsi développer avec sa patiente les problèmes d'ordre psychologique de celle-ci. En orientant sa prise en charge sur ce versant, le Docteur G a donc eu tendance à « psychologiser », ne prenant ainsi pas en compte les attentes de sa patiente et les freins l'ayant conduite à ne pas se confier. La « psychologisation », est définie par M. Vanotti comme « l'interprétation des dires ou des comportements du patient, selon le sens commun ou selon des modèles de compréhension psychologique qui ne sont pas toujours bien intégrés ». Il déclare qu'en étant trop générales et souvent plaquées, ces interprétations peuvent être difficilement acceptables par le patient qui pourrait se sentir outré ou décontenancé par l'attitude intrusive du médecin (19).

Ceci nous mène à nous poser la question de la limite du processus décisionnel partagé, que nous mentionnerons davantage au sein du chapitre « 1.2.4 Négociation ». La démarche du Docteur G semblait plus proche du modèle paternaliste que du modèle informatif tel qu'évoqué lors de son premier entretien.

La métacommunication, c'est à dire la communication sur leur communication, réalisée pendant l'entretien n'a pas abouti à une renégociation de la relation. La communication restait difficile, le Docteur G évoquant la notion de *« non-dits »* au moment du débriefing. Elle semblait, par ailleurs, frustrée de tenir une place de médecin centrée sur le biomédical, place actuelle choisie par la patiente. (Cf. « 1.2.3.1 Métacommunication ».)

- <u>Discordance sur la perception du soin thérapeutique : Dyade J</u>

Concernant le couple J, l'interaction a montré une discordance concernant la vision du soin thérapeutique, le médecin ayant une perception allopathique du soin alors que le patient semblait s'orienter vers son aspect homéopathique. Le Docteur J considérait l'homéopathie

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

comme une thérapeutique de « *charlatanerie* », non scientifiquement prouvée alors que le patient avait recours à ce type de soin.

En effet, le Docteur J avait une croyance et donc des convictions sur ce qui est bien ou mal pour ses patients. Il possédait une rationalité médicale reposant sur « la médecine basée sur les preuves » qui a pu se confronter à celle de son patient.

Ainsi pour E. Freidson repris par Le Breton, la conviction médicale résulte du monopole ancien de l'exercice médical. En effet, d'après lui, seuls les médecins étaient disposés à désigner la maladie et les modalités de son traitement. La médecine ayant créée sa propre juridiction, ils déterminaient ainsi les manières de se comporter socialement en cas de maladie. E. Freidson évoque la notion de « déviance » : « En bâtissant une aire de légitimité autour de ses catégories conceptuelles ou de sa pratique, la médecine crée le « rôle » du malade, mais délimite parallèlement des formes de « déviance » pour ceux qui choisissent des modes de prises en charge échappant à sa juridiction. » (7). Le Docteur J délimite de cette façon les modalités de traitement des maladies en qualifiant les médecines alternatives de « charlatanerie ». Le Patient J a, pour sa part, une croyance et un savoir non négligeable sur ce type de thérapeutique.

La discordance décrite ici sur la perception du soin thérapeutique appelle aussi la notion de développement de l'autonomisation et l'émergence des connaissances du patient. Nous analyserons dans le chapitre « 1.2.4 Négociation », comment le Docteur J et le Patient J ont pu aboutir à une démarche de soin partagée.

1.1.2. Perception d'un patient exigent

1.1.2.1. Exigence par rapport au savoir dans le domaine de la santé: Dyade J

Dyade J *: Dr « Rigoureux » et Patient « Exigeant-Pointilleux »*

Dans cette dyade, nous avons été confrontés à une interaction mettant en scène le Patient J ayant une exigence de prise en charge biomédicale rigoureuse et souhaitant un partage des savoirs. Le Docteur J apparaissait comme un médecin en capacité de s'adapter à cette exigence, selon le modèle de l'approche négociée, que nous développerons dans le chapitre « 1.2.4 Négociation ».

Dans la littérature, l'exigence par rapport au savoir du patient est une donnée qui s'est construite dans le temps, au cours duquel s'est établi un processus d'autonomie du patient au regard de l'acquisition et de l'appropriation personnelle de connaissances.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

C’est à partir des années 1930, avec l’émergence des alcooliques anonymes, puis des usagers de drogues et les personnes atteintes du VIH que ce nouveau type d’interaction est né. Basée sur l’entraide, le partage d’information et la formation entre pairs, cette interaction a développé l’approche globale de la personne et bouleverse profondément la hiérarchie de la relation médecin-patient, voire la toute-puissance du savoir et du pouvoir du médecin (17). L’accès au savoir, aux connaissances médicales, transforme le paysage et intervient dorénavant comme une donnée sociologique de tout premier ordre dans la relation médecin-patient. En dehors des connaissances sur les avancées médicales, le vécu des pathologies et l’expertise même des patients émergent comme une nouvelle source de savoirs. On parle de « savoirs expérientiels ».

Pour les maladies chroniques, il est même à noter que des communautés de patient se créent et militent pour la reconnaissance de leur savoir. Elles s’organisent afin de compléter les stratégies d’éducation faites par des soignants, en organisant des formations expérientielles capitalisant les expériences du vécu des maladies par les patients eux-mêmes.

En France, le droit d’accès à l’information sur son état de santé inscrit dans la loi du 4 mars 2002 et la démocratisation du droit à l’information sont le signe de cette nouvelle tendance et ont permis de réduire l’asymétrie d’information (17).

Le lien étroit entre le savoir et le pouvoir devient alors évident. Les nouveaux savoirs réinterrogent la répartition du rapport au pouvoir de santé. Ils imposent une réorganisation de la relation médecin malade différente du mode savant/soigné déterminé par la supériorité et la puissance de celui qui sait. On assiste à un rééquilibrage du concept de « partenariat » (20).

L’évolution du partage du savoir met en avant deux dimensions du savoir du patient :

- le patient acteur, à la recherche d’un savoir théorique :

Il possède des connaissances théoriques et souhaite s’investir dans la démarche de soin. La figure du patient acteur s’est imposée avec la survenue de la pandémie du Sida pendant laquelle les patients exigeaient de participer aux processus d’organisation et aux choix des orientations des politiques de santé (17).

- le patient expert, porteur d’un savoir expérientiel :

Le patient expert détient une expertise conquise par son expérience vécue de la maladie. L’expérience de la maladie s’élabore en savoir et construit la notion de formation expérientielle.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.1.2.2. Exigence par rapport à un vécu d'expérience médicale douloureuse : Dyades B et E

Pour les dyades B et E, comme évoqué dans les résultats, « 2.2 Dyade B » et « 2.5 Dyade E », les relations se sont construites sur des vécus d'expériences médicales douloureuses.

Dans ces dyades, les Docteurs B et E s'adaptaient à leur patient « exigeant », en mettant en scène des médecins différents. Le Docteur E adoptait en effet un « personnage-façade symbolique » de *Dr « Challenge »* alors que le Docteur B se positionnait en *Dr « Etre stimulé »*. En effet, cette différence de personnage est déterminante pour la construction de la relation.

- Dyade B : *Dr « Etre stimulé » et Patiente « Exigeante-Méfiante envers le corps médical »*

Le Docteur B appréhendait la relation avec sa patiente de deux façons différentes. D'une part sa patiente le mettait à l'épreuve et, d'autre part, l'aidait et le stimulait dans ses prises de décisions médicales. Ces attitudes semblaient convenir à la patiente, qui avait besoin de maitriser à la fois la consultation et la relation.

Cependant, le Docteur B évoquait un sentiment d'échec dans la prise en charge de cette patiente du fait de ne pas avoir réussi à lui faire accepter une prise en charge psychologique. En effet, alors qu'il la percevait comme une patiente dépressive, celle-ci se considérait comme une patiente « *battante* ». Au cours de l'entretien, cette problématique s'est illustrée à travers la description du vécu de l'hospitalisation de la patiente en hôpital psychiatrique.

Nous pouvons considérer cette relation comme « conflictuelle » au regard de la discordance patient-médecin au sujet de leur perception mutuelle du vécu de la patiente lors son expérience de prise en charge psychiatrique. La difficulté ressentie par le médecin lors de la prise en charge de ce patient « exigeant » est-il révélateur d'un manque de reconnaissance du médecin par rapport à l'expérience vécue de la patiente ? Ou est-ce une réaction de défense de la patiente limitant une prise en charge adaptée? Nous ferons référence à ces notions de reconnaissance et de défense dans le chapitre « 1.2.2 Relation d'aide ».

- Dyade E : *Dr « Challenge » et Patiente « Exigeante-Sur la défensive »*

La difficulté ressentie initialement par le Docteur E provenait du fait que la Patiente E semblait décontenancée et exprimait une attitude défensive, notamment au moment de se

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

déshabiller. En outre, la Patiente E présentait des problématiques médicales complexes avec de nombreuses intolérances médicamenteuses, ainsi qu'une appréhension pour consulter des spécialistes. Ces situations convenaient néanmoins au *Dr « Challenge »* qui se sentait gratifiée, comme celle-ci l'exprima au cours du premier entretien.

La façon dont le Docteur E a pris en charge sa patiente lui a permis de reconquérir une certaine confiance au corps médical, et de rétablir un suivi médical de celle-ci. Nous analyserons ultérieurement les moyens qui ont été mis en œuvre pour aboutir à ce qu'on peut définir comme une alliance thérapeutique (cf. parties « 1.2.2 Relation d'aide » et « 1.2.3 Communication »).

Ces vécus d'expériences médicales douloureuses nous obligent à considérer la notion de savoir expérientiel des patients. Prendre en compte l'expérience de la maladie et le vécu relationnel des patients est un facteur d'adaptation pour une relation médecin-patient plus équilibrée.

1.1.3. Naissance d'un conflit

Dyade H : *Dr « Pas grand-chose »* - *Dr « Toute-puissance » et Patiente « Actrice dans les soins »*

Le Docteur H se percevait dans la relation médicale en général comme *Dr « Pas grand-chose »*. Comme exposé dans les résultats, il avait tardé à prescrire une prise de sang à la Patiente H suivie pour une anémie. Lors de cet évènement, il est ainsi devenu *Dr « Toute-puissance»*, ignorant les demandes formulées par sa patiente. Ce changement de « personnage-façade symbolique » au cours de l'évènement fait référence à la notion de dissonance symbolique. Cette dissonance est à l'origine d'une décision non partagée, aboutissant à un retard de prescription par le Docteur H. Nous pouvons d'ailleurs nous poser la question de la perception de cette erreur par le Docteur H.

D. Pellerin, dans son article sur les erreurs médicales, différencie l'erreur de la faute et la responsabilité de la culpabilité (21). Le Docteur H, lui, semblait vivre son erreur comme une faute associée à une forte culpabilité. Au sein de ce même article, D. Pellerin différencie les erreurs par négligence de celle par incapacité. Le Docteur H a fait ainsi une erreur par négligence. L'auteur évoque aussi la notion de faillibilité humaine à prendre en compte dans le métier de médecin. En effet, le corps médical, profondément imprégné du devoir d'un exercice sans faille, refoule la possibilité de défaillance ainsi que la notion d'erreur. La loi de

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

mars 2002 qui ne reconnaît que deux explications, l'aléa ou la faute, n'a pas contribué à favoriser l'émergence d'un nouveau comportement médical intégrant la notion de l'erreur (2,21).

Ce changement de comportement s'impose pourtant à l'ensemble des soignants, qui doivent intégrer la notion de faillibilité humaine et ne plus considérer l'erreur sous l'angle de ses conséquences juridictionnelles, mais sous l'angle positif de l'explication des mécanismes de défaillance, cette explication étant la clef de la prévention (21). Au cours de notre entretien, en reconnaissant son erreur, le Docteur H illustrait ce comportement en intégrant la notion de faillibilité humaine.

Les moyens en œuvre pour réparer cette erreur ont été détaillés au sein du chapitre « 1.2.2 Relation d'aide ».

1.1.4. Perception d'enjeux problématiques par le médecin

Les interactions A, F, D et I ont mis l'accent sur la difficulté des médecins à gérer leurs processus transférentiels ainsi que leur résonance affective en gardant notamment une distance suffisante.

Le Docteur F était le médecin, pour qui ces enjeux semblaient être les plus problématiques.

La relation du couple F s'était en effet construite sur des racines communes : la Patiente F venait du même pays que les parents de Docteur F qui avaient eu la même expérience douloureuse du « déracinement ». Le Docteur F comprenait et partageait le vécu de la Patiente F. Il existait des contre-transferts positifs que le Docteur F reconnaissait et analysait. Celui-ci évoquait pourtant la difficulté de trouver sa place entre sa posture de médecin et celle de membre de la famille. Un fort investissement émotionnel dans cette relation était palpable chez celui-ci. Cet investissement était l'origine d'une résonance émotionnelle incluant des émotions dites « bloquantes » contre lesquelles il devait se protéger : lors de l'entretien individuel, le Docteur F utilisait le champ lexical de la dévoration pour décrire ces relations à fort investissement.

Pour le Docteur F, nous pouvons donc nous poser la question d'une possible évolution vers un « burn out » du fait de ses difficultés pour « se protéger » de ses émotions. Concernant le « burn out », C. Lefève l'a décrit comme irrémédiable lorsque l'on occulte l'affectivité des soignants : « Alors que l'on a trop longtemps occulté l'affectivité des soignants au prétexte de les « protéger » et d'exercer une médecine scientifique, les manuels de psychologie médicale

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

et de psychologie des soins enseignent désormais que ce déni peut conduire, au nom d'un professionnalisme mal compris, à de multiples formes de violence, depuis l'indifférence et la négligence jusqu'à la maltraitance verbale ou physique et à l'épuisement des soignants : le « burn out ». » (22).

Dans le cas du couple F, les émotions semblaient bloquantes, à la différence d'autres interactions, notamment celles de D, I et A. En effet, les Docteurs A, I et D, ont évoqué des difficultés pour la gestion de leurs émotions et ont révélé les moyens mis en œuvre pour leurs résolutions (Cf. « 1.2.5 Réalisme sur soi »).

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2. **Les moyens mis en œuvre pour la résolution de problèmes**

Les interactions observées ont permis de révéler cinq moyens utilisés par les médecins pour aboutir à la résolution de leurs enjeux problématiques :

- la continuité des soins,
- la relation d'aide,
- les techniques de communication,
- la négociation,
- le réalisme sur soi.

Ils ont ainsi validé un certain nombre de concepts déjà décrits dans la littérature.

1.2.1. Continuité des soins

La continuité des soins est une caractéristique fondamentale de l'exercice de la médecine générale. Elle fait partie de la définition de la médecine générale-médecine de famille donnée par la WONCA (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes) en 2002 : « Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. » (23).

Dans la suite de cette partie, nous cherchons à exposer comment l'évolution dans le temps pouvait permettre aux couples médecins-patients de résoudre certaines problématiques relationnelles.

1.2.1.1. La « Compagnie d'investissement mutuel »

Ce concept, défini par M. Balint, représente une accumulation au cours du temps d'un capital confiance et émotionnel entre médecin et patient. Autrement dit, le patient et le médecin acquièrent des expériences communes pendant des périodes de santé ou de maladie, d'évènements familiaux ou professionnels marquants, ce qui leur confère un double capital. Ils apprennent ainsi à s'adapter l'un à l'autre, le médecin pouvant alors réagir d'une façon plus appropriée à un problème posé (14).

Cette notion transparaissait dans certaines des interactions analysées. En effet, le Docteur J disait s'être adapté à la personnalité du Patient J avec le temps, en appuyant sur le fait qu'il

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

s'était *« habitué à fonctionner avec lui »*. C'est probablement un des éléments qui a permis au Docteur J de s'adapter à ce patient « exigeant ».

D'autres interactions nous montrent l'importance du temps dans la construction de la relation. La notion de *« patrimoine commun »* était évoquée par le Docteur I. Elle évoquait une relation initiale neutre qui s'est ensuite construite au fil des consultations. Le temps qui passe, utilisé comme un allié par le Docteur I dans la relation, était cependant perçu comme une difficulté potentielle pour le Patient I. Il se demandait, s'il ne serait pas gêné d'évoquer des maladies spécifiques au sexe masculin, telles que des pathologies prostatiques, à une femme médecin. Le statut de femme du Docteur I primerait alors sur celui de médecin. Une étude s'est penchée sur l'impact du genre dans les interactions entre les médecins et leurs patients (24) : les patients préfèrent consulter des médecins du même sexe qu'eux lorsqu'ils doivent se soumettre à des examens intimes tels que les examens rectaux ou génitaux. La communication et les comportements des patients sont ainsi influencés par le genre de leur médecin.

Cette notion de temps est également évoquée par le couple F représentant une « relation familiale ». L'analyse de cette dyade illustrait la construction avec le temps d'une *« relation si particulière »* : le Docteur F a soigné la plupart des membres de la famille de la Patiente F. Celle-ci évoquait qu'au fur et à mesure, avec les différentes expériences médicales et non médicales, elle a pu apprécier les compétences de son médecin. De son côté, le Docteur F expliquait comment, avec le temps, il a appris à percevoir les réactions de ses patients, ce qui lui a permis de les soutenir et de les accompagner de manière adaptée, par rapport à des choses qui sont importantes pour eux.

1.2.1.2. Un évènement qui entraine un basculement au cours de la relation

L'interaction du couple C nous a montré comment un basculement au cours de la relation pouvait résoudre un conflit lié à la discordance de perception du statut de médecin généraliste, et ainsi créer une alliance thérapeutique. Comme nous l'avons décrit dans les résultats associés à ce couple, la confidence du vécu de la maladie chronique de la Patiente C a marqué *« un tournant »* dans la relation : la Patiente C s'est rendu compte qu'elle pouvait compter sur son médecin.

Ce partage d'expérience vécue a ainsi modifié le contexte relationnel. La Patiente C a permis au médecin de reconnaitre sa place et de donner un sens à leur relation. Ainsi, le Docteur C a pu pleinement s'investir dans la démarche de soin, en réponse au besoin qu'exprimait la

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

patiente. C'est ainsi, grâce à l'espace laissé ouvert par la patiente, que le médecin a pu trouver sa place.

La confusion du rapport de place évoquée dans la partie des situations a ainsi été renégociée et a évolué vers un rapport de place plus « satisfaisant » pour le médecin et la patiente (18).

Le Docteur C s'était alors sentie valorisée et reconnue dans son statut de médecin généraliste, notamment par rapport aux médecins spécialistes, comme elle l'a vigoureusement exprimé, au cours de l'entretien individuel, en comparant ses compétences à celles des médecins spécialistes. La confidence lui conférait de nouveaux espaces de responsabilité et de prise en charge. Pour le Docteur C, confidence rimait avec confiance.

La Patiente C a, elle, perçu la reconnaissance de son vécu, a eu le sentiment d'être comprise, ce qui l'a menée à ressentir plus d'empathie à son égard de la part du Docteur C.

La Patiente C et le Docteur C ont ainsi eu une compréhension commune du problème des lombalgies chroniques. Cette compréhension commune du problème fait référence à une des dimensions de « l'approche centrée patient » de M. Stewart et N. Mead (10). De même, elle, s'apparente à la « compagnie d'investissement mutuel » définie par M. Balint (14).

Nous verrons dans la partie « 1.2.2 Relation d'aide » que la connaissance par le médecin des expériences vécues par son patient est indispensable à l'élaboration d'une alliance thérapeutique.

Cette notion de basculement dans la relation a aussi été observée dans la construction de la relation du couple D. Lors d'une épreuve difficile de la Patiente D, le Docteur D a répondu à son appel et s'est montrée prête à l'écouter. Cela a permis de construire un socle solide sur lequel repose leur relation, le médecin étant désormais vu comme quelqu'un sur qui elle peut compter et qui est disponible lors des moments difficiles.

De manière similaire, lors de l'entretien semi-directif, le Docteur B a évoqué cette notion d'évènement déclencheur pour la création d'une relation : *« Pour qu'une relation de confiance se crée avec le médecin. Souvent il faut un évènement un peu fondateur. ».* (EB1, ligne 304)

Lors d'une sollicitation de leur patient, les médecins évoqués dans cette partie se sont donc montrés disponibles et compétents pour s'adapter à la perspective du patient. Explorer l'expérience de la maladie vécue par le patient « en tant que personne » et sa perspective est une des dimensions de l' « approche centrée patient ».

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.1.3. La co-construction de la relation, le partage du vécu

- Par la construction d'un jeu conflictuel

Le couple B a construit sa relation autour d'un « jeu conflictuel ». Cette notion de jeu conflictuel a été décrite dans des relations de couple, développée dans l'ouvrage « Les conflits relationnels » : « Le jeu conflictuel sert à structurer le lien et permet aux motivations psychologiques des partenaires de s'articuler les unes aux autres de manière complémentaire. » (18).

Il existait ainsi une complémentarité au sein de ce couple. Ce « jeu conflictuel » s'est exprimé de la manière suivante : la patiente se présentait comme une patiente « exigeante », exigence révélée par ses demandes itératives lors des consultations, son besoin d'informations et d'explications sur les choix médicaux du Docteur B. Dans ce contexte, le médecin était mis à l'épreuve - *Dr « Etre stimulé »*. Il acceptait cependant d'être bousculé et stimulé, appréhendant l'exigence de sa patiente comme un support dynamique. Par ailleurs celui-ci était en accord avec l'image que la patiente lui renvoyait d'un médecin qu'il faut faire réagir. Cette posture du médecin, permettait à la relation de perdurer et semblait convenir à la patiente dont le besoin était de maitriser son suivi médical.

En outre, au cours du temps, le couple B a appris à se connaitre, la patiente évoquant son plaisir à le *« taquiner »* sur des évènements relatifs à sa vie familiale. Ce jeu conflictuel est alors nuancé par un autre jeu que l'on peut définir comme « affectif ».

- Par une évolution commune entre le médecin et le patient

La notion d'évolution commune, entre médecin et patient, apparaît dans l'interaction du couple D. Le Docteur D et la Patiente D mettaient en évidence cette notion et en discutaient. La Patiente D précisait en effet qu'*« il ne faut pas dire que c'est tout le temps le médecin qui n'était pas à l'écoute, mais c'était aussi la personne qui a fait un cheminement »* (ED2, ligne 246) L'évolution concomitante du patient serait donc un facteur facilitateur aidant à la construction de la relation.

Dans l'article sur « L'empathie dans la relation médecin-patient », M. Vanotti mentionne que la relation de soin est un processus à l'intérieur duquel le médecin et le patient sont engagés ensemble, dans une co-évolution. Celle-ci se réalise et se développe grâce à la construction d'une alliance de travail qui se base sur le partage du vécu (19).

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Par ailleurs, la propension du médecin à être « centré patient » variera au fil du temps. En effet, le temps parait nécessaire pour « comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, sa dimension historique et son contexte », une des composantes de « l'approche centrée patient » de M. Stewart et N. Mead (10).

A travers un évènement qui entraine un basculement ou un partage du vécu, la continuité des soins et le temps paraissent donc être des moyens incontournables pour le médecin dans la quête de la résolution des problématiques relationnelles.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.2. Relation d'aide

La relation d'aide a été un des moyens utilisés par les médecins :

- pour s'adapter à un patient « exigeant » de par son vécu d'expérience médicale douloureuse : dyade E
- dans le but de réparer une erreur médicale : dyade H

1.2.2.1. Comment le médecin s'adapte à un patient au vécu d'expérience douloureuse avec le corps médical?

Le Docteur E développe une relation d'aide et de soutien telle que décrite par C. Rogers au sein du concept de « l'approche centrée sur la personne » ou le « counselling ». Il s'agit d'une approche de la relation thérapeutique visant à aider les personnes à mieux vivre leur quotidien. Elle repose sur la tendance au développement et à la réalisation du potentiel du patient.

En effet, C. Rogers, psychologue humaniste, propose un autre regard de la psychothérapie. Il insiste sur l'importance de reconnaitre l'expérience vécue du patient. Dans son concept de relation d'aide, il ne laisse pas de place pour « analyser » les gens, pour porter une interprétation sur ce qu'ils vivent. Il se positionne contre le modèle médical, plaçant le médecin expert au pouvoir et redonne aux patients leur propre pouvoir en les écoutant (25).

Il définit par ailleurs les « trois conditions nécessaires et suffisantes » permettant à une simple relation de devenir une relation thérapeutique :

- L'attitude empathique,
- La considération positive inconditionnelle,
- La congruence, l'authenticité.

Le « counselling » de C. Rogers a nourri deux des dimensions de « l'approche centrée patient », formalisée plus récemment par M. Stewart et N. Mead. Ces deux dimensions sont :

- Explorer l'expérience de la maladie vécue par le patient « en tant que personne » et sa perspective,
- Mettre en valeur la relation et l'alliance thérapeutique.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Au regard des « trois conditions nécessaires et suffisantes » du « counselling », nous allons illustrer ci-dessous les attitudes mis en œuvre par le Docteur E pour aboutir à une relation thérapeutique. D'autre part, nous évoquerons les limites à la réalisation de ces attitudes avec l'exemple du couple B.

- Adopter une attitude empathique et une considération positive inconditionnelle

La considération positive inconditionnelle relève d'un positionnement de respect des personnes et d'une confirmation de la valeur de chacun et chacune (6).

M. Vanotti définit de manière exhaustive le concept de l'empathie dans son article « L'empathie dans la relation médecin-patient » : « dans la relation de soin, l'empathie mobilise une attitude générale du médecin, caractérisée par une grande attention au malade, une mise en valeur du dévouement, une certaine chaleur dans la relation et une attitude d'écoute et de disponibilité. ». Il définit ainsi l'empathie comme une capacité du médecin à ressentir et à comprendre le cadre de référence, le système de valeurs et les composantes émotionnelles du patient. L'empathie construit une démarche de recherche de compréhension des vécus des enjeux du patient (19).

Le choix même de la patiente par le Docteur E était appréhendé comme une attitude empathique et une considération positive inconditionnelle : au cours du premier entretien, elle tenait à ce que l'entretien soit tout d'abord utile au patient. Cet entretien avait pour fonction initiale d'inviter la Patiente E à évoquer son vécu émotionnel, afin d'obtenir une certaine confirmation sociale quant au bien-fondé de ce qu'elle éprouvait. Le Docteur E montrait alors à sa patiente qu'elle considérait, avec empathie, ses expériences vécues. L'empathie conduit ainsi à exprimer que le médecin tient l'expérience de chaque patient pour inédite (19).

Durant l'interaction, la Patiente E nous a fait part de ses histoires de vie, notamment avec les médecins qu'elle consultait. Le Docteur E, quant à elle, intervenait pour valoriser sa patiente, utilisait des « remarques légitimantes », en travaillant sur les ressources de sa patiente, sur son expérience acquise pour faire face à ses difficultés. Ces « remarques légitimantes », décrites par M. Vanotti, sont l'expression du respect et de la reconnaissance de l'autre (19). Cette rencontre a aussi été l'occasion de reconnaitre le vécu douloureux de la Patiente E et de légitimer son discours devant des pairs.

Dans l'ouvrage « Les conflits relationnels », les auteurs exposent la quête de la reconnaissance identitaire comme étant une des dynamiques essentielles des relations

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

interpersonnelles (18).

Dans une étude sur les attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients, les patients déclarent apprécier le fait que leur médecin considère leurs « évènements de vie » afin de se sentir reconnus en qualité de personne (26).

Le vécu médical antérieur définit par ailleurs le contexte de la rencontre. En effet nous avons pu constater au cours de nos entretiens que beaucoup de patients définissaient leur médecin en construction négative à partir des précédents médecins qu'ils avaient pu consulter. Connaître les modes de défense du patient permet également au médecin de se positionner par rapport à ses demandes.

- Etre congruent et authentique

La congruence a été définie par C. Rogers comme la capacité d'être réellement soi-même, d'avoir conscience de qui l'on est, et de pouvoir vivre cette identité pleinement et ouvertement. Le Docteur E adoptait pendant l'interaction avec sa patiente la posture d'un médecin ouvert et humain, correspondant aux valeurs qu'elle nous a décrites dans l'entretien individuel. En adaptant son style de congruence aux besoins et aux attentes du patient, elle rend sa qualité de thérapeute efficace (6).

Cette efficacité du thérapeute fait référence au concept de médecin-médicament développé par M. Balint. Par ce concept, il met l'accent sur l'importance du médecin en tant que personne dans le processus de guérison. Cet effet médecin-médicament est accentué par le fait que la Patiente E identifie son médecin comme *« Dieu »* et une *« bouffée d'oxygène »*, en lui témoignant toute son admiration et sa confiance.

Ce type de transfert positif, alliant sympathie ou estime, est un facteur de succès. Dans un article portant sur les processus transférentiels dans les relations de soin, ce type de transfert permettrait à l'analysant de progresser pour complaire à l'analyste : il va attribuer une identité qui ne correspond pas à la réalité (27).

Pour ces patients idéalisant leur médecin, les rapports personnels entretenus avec leur médecin prennent une importance capitale. Selon J. Nathanson, le transfert peut être généralisé en dehors de la simple cure psychanalytique. Il est alors envisagé comme un processus global de guérison (28).

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Comme évoqué par M. Balint dans son étude, il est important que le médecin prenne conscience de cet « effet thérapeutique-médecin », afin de pouvoir l'utiliser à bon escient et d'en connaitre les effets secondaires éventuels.

Une telle relation d'aide n'est cependant pas réalisable pour tous les patients. Ainsi, la dyade B, *Dr « Etre stimulé » et Patiente « Exigeante-Méfiante envers le corps médical* » expose une limite de « l'approche centrée sur la personne » pour le médecin. La Patiente B a en effet construit des défenses suite à son vécu d'expérience médicale douloureuse. Ces défenses pouvaient être le résultat d'un manque de reconnaissance du corps médical et notamment du Docteur B. Elles ne permettent donc pas au Docteur B de l'aider au sein d'une relation d'aide malgré les tentatives qu'il a pu mettre en place.

1.2.2.2. Comment le médecin fait face à une erreur médicale?

Afin de faire face à l'erreur médicale, le Docteur H met en place des attitudes liées au concept de la relation d'aide et à « l'approche centrée patient ».

- L' « échange réparateur »

Il propose ainsi à la Patiente H un entretien en interaction, dans le cadre de notre étude, afin de présenter des excuses pour être pardonné de l'erreur commise. Du point de vue juridique, la rencontre effective démontre le désir de l'offenseur de restaurer la confiance du plaignant. La demande de l'excuse fait ainsi place à l'altérité et à l'expression de sa liberté (29).

Le dialogue, lors de l'interaction, est utilisé comme un instrument puissant de réparation d'une erreur. Dans une étude portant sur le vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic, les médecins déclaraient désirer pouvoir informer leurs patients, leur donner des explications sur la situation, s'excuser s'il y avait lieu et comprendre leurs sentiments. Dans la majorité des cas, un dialogue franc, sans conflit et constructif paraissait nécessaire aux médecins. Les patients sont aussi de cet avis. Ainsi, selon cette même étude qui a recensé plusieurs travaux sur le sujet, une majorité des patients souhaitaient avoir connaissance des erreurs de leur médecin (30).

Le Docteur H et sa patiente entretenaient une relation basée sur la même perception de la médecine générale. A la suite de cette erreur médicale, ils souhaitaient retrouver une alliance thérapeutique. En effet, d'après F. Bourdeaut, la confiance et l'alliance thérapeutique antérieure revêtent une importance pour la résolution de l'erreur (31).

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Afin d'illustrer les moyens utilisés pour réparer l'erreur du Docteur H, nous allons utiliser une partie de « l'échange réparateur » pour un retour à l'équilibre rituel, décrit par E. Goffman, dans son ouvrage « Les rites d'interaction » (8). Cet échange est symbolisé par un cycle réparateur mettant en jeu les étapes suivantes : la sommation, l'offre d'excuse, l'acceptation et le remerciement.

La sommation

La Patiente H en acceptant de revenir sur cet évènement-erreur, reconnaissait l'erreur commise. Ils prenaient ensemble la responsabilité mutuelle d'en parler, s'inscrivant ainsi dans le mouvement de sommation.

L'offre d'excuse pour réparer l'offense et rétablir l'ordre

Le Docteur H souhaitait reconnaitre et expier son erreur face à sa patiente. Faire sa demande d'excuse, c'était aussi implicitement accepter que sa patiente puisse refuser. Il montrait ainsi qu'il la considérait comme une personne capable de choix, choix qu'il s'engageait à respecter. Il répondait en ce sens à la perception que la Patiente H avait d'elle-même, un « personnage-façade symbolique » : *Patiente « Actrice dans les soins ».*

De plus, il souhaitait connaitre son vécu et son ressenti. L'entretien était ainsi l'occasion pour la Patiente H d'exprimer sa *« grosse déception»,* d'évoquer la colère et d'énoncer son état de souffrance dans lequel elle était à ce moment-là. Comme énoncé dans le guide de la Haute Autorité de Santé paru en 2011 concernant l'« Annonce d'un dommage associé aux soins » (32), « annoncer un dommage consiste à prendre en considération le patient et à reconnaître sa souffrance ».

Le Docteur H mettait en action les préceptes de la relation d'aide et développait une écoute empathique et une légitimation du ressenti de sa patiente. Pour appuyer cette légitimation, il a aussi choisi de reconnaitre son erreur devant des pairs et de les intégrer à l'entretien.

Acceptation, réception de l'offre par l'offensé et remerciement de l'offenseur pour le pardon

La Patiente H semblait sensible à l'honnêteté de son médecin et à la présentation de ses excuses. Elle déclarait à la fin de l'entretien qu'elle acceptait le pardon.

Cette tolérance et ce respect exprimés par la patiente ont permis d'aider le Docteur H, touché négativement par cette erreur. Les attitudes de tolérance et de respect des patients sont aussi perçues comme aidantes par les médecins, dans le travail sur le vécu des médecins

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic (30). D'autre part, dans l'étude sur les attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-patient, les patients reconnaissent au médecin une condition humaine qui lui confère le droit de se tromper : il est surtout demandé au médecin d'avoir conscience de ses limites (26).

L'attitude de la Patiente H permet au Docteur H d'exprimer face à elle, le sentiment de culpabilité qui l'avait envahi suite à cette erreur. Même si la patiente pouvait être considérée comme la victime dans cet évènement erreur, le médecin était aussi impacté. L'expression de son ressenti faisait donc partie intégrante du cycle de réparation.

Plus qu'une confession honteuse, c'est un véritable échange réciproque qui peut améliorer le vécu du médecin en soulageant sa conscience et en lui permettant d'obtenir un pardon que seul le patient peut lui accorder. Cette mise au point améliore aussi le vécu du patient.

Au-delà de l'échange réparateur décrit par E. Goffman, un travail de rétrospection semble nécessaire, comme il a été exposé dans l'étude sur le vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic. En effet, afin de connaitre l'origine de l'erreur, le Docteur H et la Patiente H ont échangé sur ce qu'il s'était passé. Ils ont effectué un travail de rétrospection permettant à la Patiente H de mieux comprendre les choix de son médecin. Ces échanges peuvent ainsi apporter une réponse aux attentes de la patiente et éviter ainsi l'impact et les inquiétudes liées à son incompréhension (30). Ce travail réalisé ensemble s'apparente à la compréhension commune du problème, une des dimensions de « l'approche centrée patient ».

- <u>Rôle de médiation de l'entretien</u>

Au sein de cet entretien, de manière non anticipée, nous avons tenu le rôle du médiateur afin de faciliter la conciliation.

Cette expérience d'entretien a mis l'accent sur la possibilité de médiation qui est possible en France et facilitée depuis la signature d'une convention de partenariat entre le Conseil de l'Ordre National des Médecins et le Médiateur de la République, en septembre 2010 (33). Cette convention définit les termes d'une coopération visant à instaurer un échange réciproque d'information afin d'identifier les actions correctives et préventives les plus adaptées pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Cependant, il semblerait que ce recours soit peu utilisé, les médecins préférant faire appel à d'autres tiers tels que d'autres professionnels de santé ou directement à la famille du patient (34).

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les attitudes de relation d'aide ainsi présentées dans cette partie peuvent permettre aux médecins de s'adapter à un patient « exigeant » et de réparer une erreur médicale.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.3. Techniques de communication

De nombreuses études montrent l'important effet des techniques de communication sur les résultats cliniques concernant les patients (23,35–37). Parmi ceux-ci le taux de satisfaction, la compréhension, la confiance, le sentiment d'être reconnu en tant que personne ou encore les coûts de santé. Ces travaux confirment que la communication constitue une compétence clinique de base, pour permettre de délivrer d'excellents soins et obtenir des informations nécessaires.

Selon A. Cicourel, la plus grande source de progrès médical serait l'amélioration de la communication entre soignés et soignants.

Pour l'Ecole de Palo Alto, la communication permet de mieux se comprendre et créer du lien (16). Dans un travail sur la communication et son enseignement, des médecins canadiens ont retenu la définition suivante: la communication en médecine comporte essentiellement deux fonctions, l'échange d'informations et le développement d'une relation (23).

Le « counselling » et la négociation ont par ailleurs été reconnus comme des techniques de communication efficaces, permettant une incidence positive sur le taux de satisfaction des patients par rapport aux recours aux interventions techniques (36).

G. Bateson, au sein du courant de l'Ecole de Palo Alto, a développé une approche interactionnelle, systémique et pragmatique comme cadrage théorique pour étudier la communication interpersonnelle (16). Au sein de ce courant, P. Watzlawick a ensuite exposé cinq axiomes de la communication:

- Premier axiome : l'impossibilité de ne pas communiquer.
- Deuxième axiome : les niveaux de la communication (le contenu et la relation).
- Troisième axiome : la ponctuation des séquences des faits.
- Quatrième axiome : la communication digitale et analogique.
- Cinquième axiome : l'interaction symétrique et complémentaire.

Ces cinq propriétés peuvent permettre d'illustrer les moyens mis en œuvre par les médecins lors de nos entretiens.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.3.1. La métacommunication

- Définition

On appelle métacommunication, une communication portant sur la communication elle-même. Elle est basée sur le dialogue, il ne s'agit pas seulement de comprendre, mais de comprendre ensemble.

C'est ce que nous avons proposé aux médecins, en réalisant ces entretiens avec leur patient. Ceux-ci représentaient en effet un espace de parole permettant d'aborder les enjeux et les problématiques au sein de leur relation. La dyade G l'a bien illustré, avec le désir du Docteur G de comprendre le problème de communication.

D'après l'Ecole de Palo Alto, c'est précisément le fait de métacommuniquer qui rend les relations interpersonnelles fluides et satisfaisantes (16).

Pour la résolution des conflits de manière générale, il existe la voie juridique, la médiation et la négociation directe (34). Concernant les conflits inter-relationnels, ils ne peuvent être résolus que par ceux qui sont engagés, les moyens s'apparentent alors au dialogue et à la métacommunication (18).

- Connaitre le point de vue porté sur la communication

D'après le troisième axiome de la communication, la nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires. C'est-à-dire que la nature de la relation dépend du regard que les protagonistes portent sur leur communication, sur l'interprétation des évènements.

Le Docteur J a utilisé l'entretien pour parler avec son patient de l'interprétation qu'il pouvait faire de ses attitudes. Il se demandait comment son patient a perçu sa façon de lui donner des conseils diététiques, s'il les avait perçus comme une injonction sévère. Le Patient J ayant compris ses explications, lui expliqua que ses conseils avaient été dit avec gentillesse: *« Non vous m'avez dit gentiment, vous m'avez pas engueulé en disant ça »*. Le Docteur J a donc cherché à connaître la ponctuation de séquence de communication, c'est à dire à connaître le point de vue que son patient portait sur leur communication.

Ce type de précaution permet d'éviter que chacun ne développe un système de défense a priori car, en effet, pour G. Bateson « la définition d'une relation ne dépend pas seulement de la

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

chaine des évènements qui constitue l'interaction mais aussi la façon dont les individus voient et interprètent leur événements » (16).

- Connaitre le cadre de référence de son patient

G. Bateson établit une typologie des relations interpersonnelles. Pour lui, ce qu'il a défini au sein du cinquième axiome de communication : « Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence. » (16).

La relation médicale se construit sur une inégalité, et la communication est par définition complémentaire. Les partenaires adoptent des comportements qui s'ajustent l'un à l'autre.

Le terme de position est utilisé pour décrire ces comportements. Celui qui définit le cadre de la consultation et les interactions occupe la position haute. Dans le contexte d'une consultation médicale, on peut dire que le savoir du médecin le situe en position haute et fait office de cadre de référence.

Les Docteurs B et J ont choisi de basculer ce mode interactionnel dans l'intérêt d'une alliance thérapeutique, afin de répondre à une exigence de leur patient. Ils se sont mis en position basse afin de s'ajuster à leur patient.

Le Docteur J a souhaité, comme exposé dans le chapitre « 1.2.4 Négociation », mettre en œuvre une « approche négociée ». Pour ce faire, il adopta une position basse, d'ouverture, le savoir du patient définissant le cadre de la consultation. Ainsi, le médecin a reconnu le cadre de référence de son patient, c'est-à-dire les perceptions du soin et de la maladie de son patient.

Le Docteur B, quant à lui, s'est positionné en position basse et s'est laissé stimuler par l'exigence de sa patiente. Il s'est ainsi ajusté au cadre de référence de la patiente voulant maitriser la consultation.

1.2.3.2. La communication non verbale: un instrument à fort potentiel

P. Watzlawick, par son premier axiome, évoque « l'impossibilité de ne pas communiquer, tout comportement a valeur de message ». Ainsi, il semblerait que seulement 30% du message passe par son contenu (les mots), le reste étant de l'ordre du non-verbal (23).

Au sein de son analyse, il expose deux notions, deux autres axiomes :

- « Toute communication présente deux aspects: le contenu et la relation tels que le second englobe le premier et par la suite est une métacommunication » (2ème axiome)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Toute communication présente deux niveaux: le « contenu », c'est à dire ce qu'on dit et la « relation », la façon de le dire. La « relation » précise comment le contenu doit être compris, ce qui peut être assimilé à une métacommunication. La « relation » prime sur le « contenu ». En d'autre terme, la façon de le dire établit le type de relation dans lequel on s'inscrit.

- « La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digitale et analogiques. » (4ème axiome)

La communication digitale réside en l'emploi de signes conventionnels, en l'expression verbale. Elle évoque ainsi le contenu du discours.

La communication analogique présente un lien plus direct avec ce que le discours signifie (expression non verbale ou onomatopées). Elle est plus imagée et mieux adaptée pour exprimer ce qui touche au vécu personnel ou pour provoquer une émotion chez son interlocuteur. Elle permet de situer le discours dans son niveau relationnel.

Pour adopter une relation d'aide, comme décrite auparavant, les dyades H et E ont utilisé principalement une communication non verbale, de nature analogique.

- <u>Usage de l'« écoute active »</u>

Comme nous l'avons évoqué dans la partie 2.5 des Résultats, les relations de la Patiente E avec le corps médical se sont construites sur la base de problèmes de communication. Au sein du concept « Eléments de communication » de la thèse sur les concepts en médecine générale de M.A. Bousquet, elle décrit des obstacles à la communication pour les médecins et les patients. Un de ces obstacles peut résider dans la façon de communiquer des médecins. Ils utilisent de façon prédominante le style interactif : ils dominent les échanges, posent les questions et interrompent assez précocement les patients dans leurs explications des raisons pour lesquelles ils consultent. Ce style, marqué par le modèle biomédical, peut entraver une communication efficace car le patient n'a alors pas forcément la place d'exprimer ce qui l'angoisse, le sens qu'il donne à ce qui lui arrive (23).

Cette façon de communiquer est celle décrite par la Patiente E lors de ses précédentes relations médicales. La relation, c'est-à-dire la façon de communiquer, ne lui convenait pas. Elle n'avait pas l'occasion d'extérioriser ses angoisses et de communiquer sur le sens qu'elle donnait à ce qui lui arrivait.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour le Docteur E, le niveau relationnel était primordial par rapport au contenu du discours. Elle indiqua, en effet, à sa patiente que leur discours s'inscrivait dans une relation d'aide en adoptant une attitude d'« écoute active ». Par ailleurs, dans l'interaction avec sa patiente, le Docteur E essayait de transformer et d'améliorer ses modes de communication. En effet, pour P. Watzlawick, « C'est donc la communication qui nous offrira les éléments thérapeutiques efficaces. » (16).

L'« écoute active » est une technique de communication définie par C. Rogers. Elle consiste à vouloir réellement comprendre le message communiqué, à adopter des attitudes verbales et non verbales pour démontrer au patient qu'il est écouté, qu'il peut se confier, que le médecin est en position de relation d'aide. Savoir se taire en respectant le silence est une habilité importante du médecin qui encourage le patient si elle s'accompagne d'une attitude non verbale adéquate et d'un regard centré, ouvert et attentionné sur le patient (6). Reformuler, résumer, recadrer le discours ainsi que poser des questions ouvertes font partie des attitudes verbales de l'« écoute active ». Elles permettent de faire réfléchir, évitent la suggestion et ouvrent à la perspective de l'autre. Les patients y associent soit un sentiment d'être écoutés, soit des signes d'attention. Par la manifestation de la parole et la qualité des silences, la compréhension et l'« écoute active » créent un espace où la souffrance peut être exprimée et partagée (26).

Le Docteur E imprimait un contact visuel permanent sur sa patiente. Ceci produisait un effet de valorisation et permettait d'apprécier l'engagement et l'intérêt que ce médecin portait à sa patiente.

- <u>Création d'un contexte relationnel</u>

Le Docteur H a créé une atmosphère chaleureuse et empathique pour réparer son erreur. L'entretien avec sa patiente s'est déroulé dans un cabinet de taille réduite avec un style décoratif épuré, favorisant une distance interpersonnelle réduite et signant sa personnalité. Cette dimension spatio-temporelle ou proxémique a montré son efficacité en matière de communication (38).

Les résultats des différentes recherches sur la communication non verbale des médecins montrent bien que celle-ci a des conséquences sur la satisfaction, la compréhension, la détection physique des détresses émotionnelles et joue un rôle important dans les histoires de revendications d'erreur médicale (35).

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La communication analogique permet par ailleurs d'illustrer le langage et de conforter l'image que l'on souhaite donner à ses patients.

Les attitudes du Docteur A témoignaient d'une « bonne communication » avec une « bonne distance » qui s'est établie avec sa patiente. Elle arborait une posture avec une inclinaison du corps en avant et un contact direct. Il en était de même pour la dyade D, illustrée par des éléments sonores, le rire, mettant en avant leur relation complice. Le Docteur I par sa posture relâchée contribuait également à une bonne interaction avec son patient.

Plusieurs études ont mis en évidence que la satisfaction des patients au cours de la consultation est associée à des indices non verbaux décrivant l'intérêt que leur porte le médecin : le ton de la voix, le contact visuel, l'expression faciale dont le sourire, les caractéristiques du cabinet médical, la gestuelle, une distance interpersonnelle réduite. En revanche, le toucher peut paraître comme un signe de domination et de contrôle (37,39–41).

- Une façon d'exprimer ses émotions

L'expression des émotions durant les consultations est aussi relayée par la communication non verbale. Les communications non verbales jouent un rôle essentiel d'adaptation émotionnelle (41). Le Docteur F a ainsi choisi d'utiliser une attitude de retrait, comme une manifestation adaptatrice de son ressenti émotionnel. Durant l'interaction, il restait en retrait et affichait un faciès strict, s'opposant à la résonance affective dont il avait fait part avant l'entretien. Cette attitude peut être cependant circonstanciée par notre présence.

En outre, la communication analogique peut faire référence au soin « émotionnel », décrit au sein de l'étude de Z. Di Blasi. Le soin « émotionnel » regroupe les attitudes et les capacités relationnelles, le savoir-être. Ce type de soin a prouvé son efficacité pour réduire les sentiments négatifs tels que l'anxiété et la peur au cours des consultations. Il se différencie par ailleurs du soin « cognitif », centré sur l'explication (42,43).

1.2.3.3. Patient facilitateur de la communication

La Patiente D illustrait pendant tout l'entretien la notion de respect et de considération qu'elle témoignait à son médecin. Elle souhaitait mettre à l'aise le Docteur D, prenant des initiatives dans ce sens, dès le début de l'entretien : *« je vais commencer »* puis *« je vous ai donné des idées hein? »*. Lorsque le Docteur D semblait embarrassé par certaines questions, elle changeait rapidement de sujet.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

En conclusion, les techniques de communication telles que la métacommunication et le comportement non verbal paraissent être une habilité majeure pour les médecins afin de résoudre des problématiques relationnelles.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.4. Négociation

Les notions d'« approche négociée » d'A. Strauss (7,15) et de « la décision médicale partagée » de C. Charles (3) ont été utilisés pour décrire cet outil.

A. Strauss, sociologue du courant de l'interactionnisme symbolique, a développé le concept de l'« approche négociée ». L' « approche négociée » peut être définie comme un processus relationnel souple, caractérisé par une participation optimale des deux partenaires et visant l'atteinte de consensus ponctuels et renouvelés. Il évoque la notion de trajectoire pour aborder le croisement de la démarche des professionnels et le cheminement du malade. L'expérience des professionnels de santé collabore avec celle des patients. L'expérience vécue est un élément décisif dans la trajectoire de la maladie. Le dialogue, en tant que mode de relation, va transformer les positions des interlocuteurs, tant sur le plan du savoir que sur le plan de la compréhension. Le fait même de se parler l'un à l'autre permet une transformation mutuelle de la relation interpersonnelle. Les deux parties définissent ainsi ensemble la situation problématique, en mettant en commun leurs savoirs, croyances et attitudes. Le médecin intègre la compréhension conventionnelle de la maladie (modèle biomédical) et l'expérience unique vécue du patient pour trouver un terrain d'entente pour mieux gérer le problème.

L'objectif principal de « l'approche négociée » est de réduire l'asymétrie d'information et d'établir une décision médicale partagée entre le médecin et le patient. « L'approche négociée » implique de se centrer sur les perceptions du patient et « le prendre où il en est et non pas là où le médecin voudrait qu'il soit ». Ce concept permet d'aboutir à une démarche décisionnelle partagée en adoptant les attitudes suivantes:

- Aborder le patient sur un mode individualisé,
- Identifier et résoudre les différences inévitables de perceptions du médecin et du patient,
- Reconnaître comme complémentaire les niveaux de contrôle et de responsabilité du patient et du médecin,
- Parler de façon explicite avec le patient du partage du contrôle et de la responsabilité des soins
- Réévaluer et modifier les ententes avec le patient au fur et à mesure que surviennent des changements dans son état et dans la relation thérapeutique.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ce modèle de l'ordre négocié se rapproche d'une des dimensions de « l'approche centrée patient » : s'entendre avec le patient, avoir une compréhension commune sur le problème, les solutions et le partage des décisions.

Plus récemment qu'A. Strauss et « l'approche négociée », C. Charles a défini le concept de « décision médicale partagée » (3), établissant des modèles décisionnels dynamiques allant d'un pôle centré sur le médecin, le modèle paternaliste à un autre centré sur le patient, le modèle informatif. Ce concept met l'accent sur un processus relationnel dynamique axé sur les besoins du patient et suppose l'ouverture et la flexibilité du médecin.

Dans la suite de cette partie, nous allons étudier chacune des attitudes de « l'approche négociée » et décrire la manière d'accueillir et de répondre aux demandes des patients revendiquant un savoir médical, définis comme des patients « exigeants » dans la partie des aspects problématiques relationnels.

1.2.4.1. Aborder le patient sur un mode individualisé

Le médecin, qui souscrit à l'approche négociée, est soucieux d'être à l'écoute, de répondre aux besoins réels du patient et de suivre son évolution dans le temps. Par exemple, le Docteur J décrivait son patient comme une personne bien identifiée au sein de sa patientèle.

La façon d'individualiser le patient est de :

- reconnaitre son savoir théorique

Au cours de l'entretien, le Patient J et le Docteur J ont pu échanger sur des nouveautés scientifiques. Ces échanges ont été l'occasion pour le Docteur J de se rendre compte de l'étendue des connaissances de son patient. Il semble important que le médecin connaisse les modes d'accès à l'information de son patient.

- reconnaitre son savoir expérientiel

Le Docteur E reconnaissait le savoir expérientiel de sa patiente, l'expertise de la patiente se confrontant à la sienne au cours de l'interaction : « *Vous êtes l'expert de votre propre corps…de votre propre vie* ». (EE2, ligne 545)

M. Balint évoque la notion de processus de la maladie (14). Il considère que les patients viennent offrir à leur médecin des symptômes et des maladies, qui sont le reflet de difficultés rencontrées dans leur vie. Il déclare alors l'importance de prendre en considération le vécu du malade, leur savoir expérientiel. Les « réponses » que les médecins vont apporter aux « offres

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

du malade » sont des facteurs d'une très grande importance dans l'évolution de la maladie. Ainsi, des « réponses » non adaptées peuvent entrainer des effets secondaires du « remède médecin ».

1.2.4.2. Identifier et résoudre les différences inévitables de perceptions du médecin et du patient

Lors de l'interaction, le Docteur J et le Patient J ont évoqué leur différence de perception au sujet des médecines alternatives, le Docteur J identifiant ouvertement avec le patient les points d'accord et de désaccord dans leurs positions respectives.

Le Docteur J mettait en scène un *Dr « Rigoureux »*, exerçant une médecine rigoureuse selon le principe de « la médecine basée sur les preuves ». Cette conviction de rationalité médicale et la personnalité « affirmée » du médecin a pu conduire le Patient J à ne pas évoquer, dans un premier temps, certaines alternatives thérapeutiques utilisées, par peur de se faire « *engueuler* » ou bien de ne pas avoir de réponse.

Ceci peut être illustré par l'anecdote du curcumin : alors que le Patient J souhaitait obtenir une information sur cette épice, le refus du Docteur J de lui en fournir malgré son statut de médecin et sa connaissance de la culture du Moyen-Orient, a entraîné une incompréhension vive du patient. Le Patient J pensait que son médecin se moquait de lui ou ne prenait pas le temps de lui répondre par absence de considération pour la médecine alternative.

Partager les différences de perception de soin avec son patient, a ainsi incité le Docteur J à évoquer son évolution par rapport à sa position initiale fermée au sujet de l'homéopathie. Il se déclara être désormais plus ouvert à ces perspectives, prêt à écouter et prendre en considération les informations apportées par son patient. Ce partage lors de l'interaction a permis de lever l'incompréhension initiale du Patient J.

Comme évoqué dans l'article « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients », de nombreux médecins ont dû s'intéresser aux médecines complémentaires ou alternatives pour répondre à la demande des patients. En effet, plus de la moitié des Français font aujourd'hui appel à ce type d'offres de soin (17).

En utilisant les points de convergence, en discutant sur l'écart de leurs perceptions, le patient et le médecin peuvent arriver à une définition commune et partagée du problème. La négociation est ici le processus central qui a permis de réduire les différences de perception entre le médecin et son patient, pour aboutir à un modèle délibératif. Cependant, une croyance

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

excessive du médecin pour la rationalité médicale d'une pathologie ou d'un traitement peut aussi aboutir à un modèle paternaliste figé. Le médecin restant sur ses positions, la décision ne peut être partagée. De manière similaire, comme nous l'avons évoqué pour le couple G, une démarche de soin axée' de manière excessive sur une approche psychologique, sans prendre en compte les véritables attentes du patient peut aussi aboutir à un modèle décisionnel figé : le Docteur G ne considérait alors pas les attentes de la Patiente G en termes de thérapeutique. En reprenant l'exemple de la prise en charge de l'asthme, la Patiente G souhaitait une prise en charge avec des thérapeutiques conventionnelles (salbutamol) à la différence d'une prise en charge psychosomatique voulue par le Docteur G.

Concrètement, l'approche négociée se traduit dans le quotidien par une suite d'ententes thérapeutiques ponctuelles, modifiables et renouvelables dans le temps selon la situation.

1.2.4.3. Reconnaître comme complémentaire les niveaux de contrôle et de responsabilité du patient et du médecin - Parler de façon explicite avec le patient du partage du contrôle et de la responsabilité des soins

Afin de faire évoluer le débat, le médecin peut adopter une position non experte pour inciter le patient à augmenter son niveau de responsabilité par rapport à sa maladie. Il peut aussi responsabiliser le patient en partageant avec lui l'incertitude liée à une situation ou à une méthode de traitement. Dans cette attitude, médecin et patient définissent leurs attentes mutuelles en partageant leurs informations respectives : maladie et traitement pour le médecin, mode de vie et valeurs pour le patient.

Lors de l'interaction, le Patient J faisait part de son ressenti envers certains médecins qui, selon lui, pensaient encore détenir le monopole du soin: *« ils pensent qu'ils détiennent la science infuse. »* (EJ2, ligne 752). Pour lui, un bon médecin était celui qui possédait la capacité d'appréhender une pathologie au-delà des critères purement organiques érigés par la science médicale, en étant plus à l'écoute du patient et en le responsabilisant. En ce sens, le médecin reconnait une responsabilité partagée dans la définition commune d'une pathologie. Le Docteur J semblait avoir cette capacité-là, le Patient J le qualifiait alors de bon médecin.

Le Docteur J expliquait durant l'interaction que la façon dont il partageait la responsabilité des soins avec son patient lui convenait. D'une part, l'exigence de son patient, un patient acteur de sa santé, améliorait le partenariat de soin. D'autre part, la personnalité du médecin, rigoureuse et affirmée, lui permettait de légitimer la demande de rigueur du patient. Ainsi, comme décrit dans l'article « Les institutions hospitalières : des institutions de la

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

reconnaissance », le soin peut mettre en œuvre une autonomie véritable pour le patient, lorsqu'il résulte d'un processus relationnel et de délibérations partagées (44).

1.2.4.4. Réévaluer et modifier les ententes avec le patient au fur et à mesure que surviennent des changements dans son état et dans la relation thérapeutique

Comme évoqué auparavant, C. Charles a défini le concept de « décision médicale partagée » (3). Chaque couple interagit selon un modèle de décision prédominant, mais évolutif en fonction de l'enjeu médical présenté : par exemple le modèle paternaliste est privilégié par le médecin en cas d'urgence médicale, à l'inverse il choisit le modèle informatif pour une situation clinique moins complexe.

De manière générale dans la relation, la tâche du médecin est d'adopter, dans un premier temps, un niveau de contrôle complémentaire à celui du patient et de faire évoluer le niveau de négociation en fonction de la situation, tout en favorisant un niveau optimal d'autonomie chez le patient.

Dans le couple F, d'une manière générale, la relation se déroulait selon un modèle de décision médicale partagée. Médecin et patient délibéraient et décidaient ensemble de la conduite à tenir. Lors d'un évènement aigu, une lombosciatalgie hyperalgique, le Docteur F a pris seul la décision qui s'imposait : hospitaliser la Patiente F. Il adopta ici un modèle paternaliste, indispensable pour cette situation qualifiée d'urgente.

Concernant le couple J, le modèle décisionnel n'était pas non plus figé. En effet, de manière générale, le Patient J était demandeur d'informations pertinentes quant à son état de santé. Une fois informé, il prenait ensuite ses propres décisions, en utilisant d'autres sources d'information, comme les notices de médicaments ou l'avis de personnes de son entourage. L'étape de délibération sur les options thérapeutiques, décrite au sein de la « décision médicale partagée » de C. Charles, subit alors des influences externes, des intervenants extérieurs participant à la décision (3). Sachant que son patient prenait en compte ses informations, mais que la décision de prise médicamenteuse était ensuite revue par le patient seul, le Docteur J adoptait alors un modèle informatif. Cependant, cela dépendait des thérapeutiques auxquelles il avait recours. En effet, le Patient J n'attachait pas d'importance au fait de prendre seul des thérapies homéopathiques, décisions qu'il ne partageait pas avec son médecin. Par contre, il s'en remettait à ses décisions pour des thérapies plus complexes comme la gestion de son traitement anticoagulant.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le Docteur J adaptait donc son niveau de contrôle et de responsabilité des soins de santé du patient en fonction de l'évolution des besoins réels de ce dernier.

Le Patient J déclarait faire confiance au Docteur J pour les décisions médicales concernant des thérapies plus complexes. La confiance a ici toute son importance, elle est un facteur facilitateur de la décision médicale partagée (45). G. Simmel définit la confiance comme « un état intermédiaire entre le savoir et le non savoir. » (5).

1.2.4.5. Patient facilitateur pour une évolution des pratiques

Comme il a pu être évoqué dans l'étude Intermède, les patients exigeants et autonomes dans la gestion de leur santé, peuvent mettre à l'épreuve leur médecin (5). Le Docteur B, se désignant comme un personnage-médecin *Dr « Etre stimulé »*, estimait que cette exigence de sa patiente avait un effet stimulant, demandant de la rigueur et de la réflexivité. Pour le Docteur E, les récits conflictuels de sa patiente avec ses anciens médecins s'apparentaient aussi à une forme d'autoformation, lui indiquant des attitudes ou paroles à proscrire.

Le patient peut être perçu comme facilitateur par ses connaissances théoriques en incitant les médecins à mettre à jour leurs connaissances, en parallèle du suivi des progrès scientifiques. Dans son rapport, E. Grand expose les différentes attitudes des médecins face au savoir médical du patient. Elle valorise les savoirs théoriques des patients, pouvant être considérés comme une remise en cause bénéfique des connaissances des médecins (46).

D'autre part, la perception de patient expert permet au médecin d'utiliser un cadre de référence-patient, permettant d'aborder de nouveaux questionnements et d'apprendre ainsi autrement. C'est le savoir expérientiel des patients que nous avons déjà abordé. Médecin et patient peuvent partager leur expertise, comme l'évoquait le Docteur E au cours de l'entretien.

Le savoir expérientiel des patients est reconnu comme complémentaire du savoir académique. La notion de « patients formateurs » s'est développée, ceux-ci investissant les universités médicales et paramédicales et étant impliqués dans la conception, l'animation et l'évaluation des cursus universitaires. C'est ainsi une manière novatrice d'approcher la formation en médecine et permettre d'appréhender le malade sous un autre angle. Des « patients formateurs » sont désormais formés dans les cursus universitaires avec pour spécialité l'éducation thérapeutique (17).

Dans les conférences, les « patients formateurs » présentent les nouvelles tendances en termes d'objectifs pédagogiques et de méthodologie. Ils se réapproprient et enseignent des thèmes

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

comme l'histoire de l'implication des patients dans le système de soins, l'apparition des nouveaux paradigmes de soins fondés sur le rétablissement et l'éducation, la gestion autonome des médicaments, la qualité des soins centrés sur le patient, les collaborations possibles entre soignants et soignés (17).

Pour conclure sur cette partie, savoir adopter des attitudes de négociation avec son patient semble permettre au médecin d'établir une démarche médicale partagée.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.5. Réalisme sur soi

Avant tout, il est nécessaire que le médecin accepte qu'il puisse être humain, avec toute la vulnérabilité que cela suggère et qu'il s'interroge donc sur sa propre subjectivité (19). La subjectivité du médecin est à considérer comme inhérente à la relation médecin-patient : le médecin prend en compte sa propre expérience subjective qui résonne en lui, en plus des données cliniques objectives.

Par ailleurs, la dimension affective de la relation renvoie au concept de réflexivité qui permet d'apprendre à se connaitre en tant que personne, reconnaître la relation transférentielle ainsi que ses propres limites et, par conséquent, faire preuve de réalisme. A ce titre, en tant que personne, le médecin doit développer des capacités de flexibilité, d'adaptabilité et de disponibilité (6).

Il participe ainsi à la dimension du concept de « l'approche centrée patient » : faire preuve de réalisme pour le médecin et tenir compte de ses limites (10).

Afin d'avoir une attitude de réalisme sur soi, les médecins peuvent adopter une pratique réflexive. La réflexivité est une capacité morale d'autoévaluation et d'autocritique permettant d'assurer son perfectionnement (6). C'est une attitude provoquée par un évènement qui induit un doute, une perplexité ou une incertitude et qui conduit un individu à rechercher une explication et des solutions (47).

Dans notre analyse, c'est un moyen qui peut notamment permettre au médecin d'améliorer ses compétences relationnelles et de survenir aux situations difficiles.

Il est à noter que cette notion a été introduite par D. A. Schön en 1983, celui-ci lui ayant donné deux caractéristiques :

- la réflexion-sur-l'action, c'est-à-dire la capacité de réfléchir sur l'action en aval des moments de vif engagement dans une interaction, mais aussi la capacité de réfléchir sur le système et les structures de l'action individuelle ou collective.

- la réflexion-dans-l'action, c'est-à-dire la capacité de réfléchir dans le vif de l'action sans en interrompre le déroulement.

Cette activité réflexive a été beaucoup développée dans d'autres professions telles que l'enseignement (48). Il y est d'ailleurs mis en avant que l'action est toujours le creuset de cette activité réflexive. L'enseignante ou enseignant réflexif est celui qui dialogue avec la situation dans laquelle il intervient, qui est à l'écoute des éléments composant le contexte de son action,

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

qui, pour employer l'image de D. A. Schön, donne raison aux élèves, tend l'oreille et répond à ce qu'ils sont, à ce qu'ils apportent dans la situation éducative.

1.2.5.1. Quels sont les outils permettant de réaliser une démarche réflexive ?

1.2.5.1.1. La formation

La formation a permis aux Docteurs A, D et J d'aider à la réflexion-sur-l'action mais aussi de légitimer son rôle de médecin pour le Docteur A, de reconnaitre sa propre capacité d'écoute pour le Docteur D et de remettre en cause sa posture de médecin pour le Docteur J.

Par sa formation et son investissement pour la formation des futurs médecins, le Docteur A a pu observer l'évolution de son modèle relationnel avec ses patients: elle a transposé son modèle de jeune praticienne autoritaire et paternaliste en un modèle de relation basée sur le partenariat et l'autonomie du patient. Auparavant, le Docteur A exerçait une médecine avec un sentiment de responsabilité exacerbée empreinte de culpabilité en cas d'échec, laissant peu de place au patient dans la démarche de soin. La formation lui a permis de remettre en cause son statut dans la relation et de partager la responsabilité des soins avec ses patients.

C'est la formation qui a permis au Docteur D de remettre en question ses pratiques, de s'autoévaluer et de pallier des manques. Celle-ci a eu un impact double sur ce médecin. Tout d'abord, elle lui a permis de construire une légitimité dans sa posture d'écoute. En parlant de l'écoute elle dit : *« J'avais besoin d'une certaine concentration et je savais pas que c'était important. J'avais pas appris que c'était aussi important. »* (ED2, ligne 655) Les 2 termes sont importants : « savoir » faisant référence au cognitif intellectuel et « apprendre » au savoir-faire et habilités : elle ne « savait » pas intellectuellement qu'il fallait écouter et elle ne « savait » pas le faire. Elle décrit bien que c'est l'expérience vécue d'une capacité d'écoute qui donne un sentiment d'efficacité personnelle, notion formalisée par A. Bandura (49). En outre, la formation a eu un rôle positif dans la gestion de son émotion. Nous évoquerons celle-ci dans la seconde partie de ce propos intitulé : « 1.2.5.2 Comment apprendre à reconnaitre ses limites ».

La remise en cause de sa posture a aussi été possible pour le Docteur J grâce à la formation en « psychothérapie adaptée à la médecine générale ». Cette forme d'apprentissage lui a permis de remettre en cause sa posture de médecin et d'avoir une vision réaliste de sa pratique. Le Docteur J évoquait cette dimension au cours du premier entretien où il met en avant la différence entre ses valeurs idéales et la réalité.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.5.1.2. L'expérience

- L'expérience personnelle

Au cours de l'entretien, le Docteur A a évoqué l'importance d'un travail personnel, notamment à l'aide d'une psychanalyse. Le fait de comprendre certains mécanismes de la pensée l'a, en effet, aidé dans la relation avec ses patients. Cela lui a permis de développer une expertise du soin, une technique complémentaire pour comprendre ce qui se joue dans le vécu des patients et la relation. Elle a pu évoluer vers une pratique moins culpabilisante et plus valorisante.

Une expérience personnelle, l'accompagnement d'un proche dans la maladie, a eu un impact sur la perception du métier pour le Docteur E. L'expérience du monde hospitalier, vécu comme inhumain, a intensifié sa vision humaniste de sa pratique de la médecine générale. Cette perception du monde hospitalier, que le Docteur E connaissait bien du fait de son expérience professionnelle d'urgentiste, a même été un déclencheur de sa « reconversion » professionnelle.

- L'expérience professionnelle

Par le statut de maître de stage : démarche réflexive grâce aux étudiants

L'exercice de maitre de stage a permis au Docteur F un apprentissage de la réflexivité. Lors de l'entretien, il faisait allusion à cette expérience comme un moyen de transmettre mais aussi de recevoir et d'apprendre : il pouvait ainsi échanger avec les étudiants sur sa pratique professionnelle.

Pour le Docteur A, la présence des internes a pu aussi constituer une aide pour se repositionner dans la relation avec ses patients. Elle l'évoquait lors du premier entretien : *« je me souviens d'un (…), il avait une capacité d'écoute et de relationnel, dans la distance, dans la relation, il avait tout compris. Vraiment. Et du coup ça m'a … ça m'a fait réfléchir sur la manière dont moi j'appréhendais les choses et sur des patients où j'avais des difficultés finalement à communiquer, à avancer, il m'a permis d'avancer. »* (EA1, ligne 278)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Par l'expérience d'une erreur

Le cadre théorique de la réflexivité a été évalué par des étudiants-enseignants canadiens (50). L'objectif de leur recherche empirique qualitative était de mieux comprendre les conceptions que se font les futurs enseignants de la pratique réflexive. Pour eux, la réflexivité revêt trois caractéristiques principales :

- un caractère ancré dans la pratique,
- un caractère transversal : un cas traité d'une manière pourra faire évoluer la façon dont on traite le suivant,
- un caractère interactionnel : un échange à plusieurs sur un cas.

Le Docteur H mettait en scène un médecin réflexif qui, à la suite d'une erreur médicale, s'est interrogé sur sa capacité d'écoute et sa pratique de la médecine alternative. L'expérience de cette erreur lui a permis de se remettre en question et de réévaluer sa pratique afin de l'améliorer. Cet exemple de l'erreur exprime bien le fait que la réflexivité est ancrée dans la pratique. Le Docteur H se reposait la question de sa double pratique de médecine occidentale et médecine alternative basée sur les plantes et l'acupuncture.

L'aspect transversal de la réflexivité est aussi illustré par cette erreur. L'expérience de l'erreur a fait changer le comportement du médecin lors d'autres situations similaires. Depuis, devant chaque patient présentant une fatigue inhabituelle, il pensait davantage à réaliser des explorations complémentaires. « La reconnaissance et l'analyse des erreurs permettent leur prévention et donc l'amélioration de la qualité des soins » conclue C. Savage au sein de sa thèse sur le vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic (30). L'évocation des erreurs en groupe de parole et groupe de pairs est, par ailleurs, une forme de réflexivité interactionnelle. D'après la thèse de C. Savage évoquée ci-dessus, ces groupes de parole améliorent le ressenti du médecin, approfondit sa réflexion autour de l'erreur et a une valeur pédagogique pour le médecin en cause et ses confrères (30).

Le caractère interactionnel de la réflexivité est, par exemple, utilisé par des équipes de soignants hospitaliers. A. Lafosse, cadre de santé, a décrit, en quoi les espaces de réflexion permettent aux soignants de dispenser des soins de qualité. Ces échanges en équipe pluridisciplinaire permettent de confronter différents points de vue, de mieux comprendre les prises en charge et situations de soins, les processus mis en jeu. Le fait d'échanger en équipe

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

aurait une fonction de catharsis mais aussi une fonction d'apprentissage en rapport avec les savoirs émergent (51).

Au moment d'une consultation médicale, « dans le vif de l'action »

Au cours de l'interaction de la dyade A, le médecin et la patiente ont évoqué un évènement qui les a interpellés. La Patiente A avait, en effet, subi une fracture de la malléole. Cette fracture l'avait rendue handicapé et la Patiente A avait, par conséquence, demandé une consultation à domicile. Pour le Docteur A, l'image que lui avait alors renvoyée la patiente, n'était pas en accord avec l'image qu'elle avait d'elle. La discordance portait sur l'expression émotionnelle de sa patiente : habituellement dans la pondération et la pudeur, elle exprima ce jour-là une souffrance avec exubérance.

Le Docteur A, en désaccord avec cette image et cette situation sans issue dans laquelle sa patiente se tenait, ressentit alors de la colère. Elle stimula la patiente afin que celle-ci marche et refusa de lui prescrire un fauteuil roulant, ne voulant pas la soutenir dans cette attitude néfaste pour elle.

Pour aborder cette expérience au cours de l'entretien, le Docteur A évoquait une réflexion « dans le vif de l'action », mais aussi a posteriori de l'action. Suite à son attitude catégorique, elle s'est demandé si sa colère n'avait pas perturbé son raisonnement médical. Elle a alors adopté un positionnement médical objectif, en revenant sur la discordance radio-clinique, lui permettant ainsi de prendre du recul sur la résonance affective qu'avait eu l'évènement sur elle.

Cette analyse du médecin sur sa réaction et son comportement témoignent d'une « distanciation objectivante » : elle prend de la distance sur sa résonance affective pour construire un raisonnement objectif (52).

Cette analyse de la réaction émotionnelle au cours d'une consultation, rappelle les éléments évoqués par M. Balint dans son étude sur la relation médecin-malade (14). Celui-ci y explique en effet que son but principal est d'étudier la pharmacologie « du médecin en tant que remède », pour donner au médecin un regard nouveau et lui permettre d'apercevoir ses problèmes. Les médecins participants à son étude devaient par ailleurs établir un rapport prenant en compte leurs réactions émotionnelles en face de leur patient et décrire leurs implications possibles dans la relation. Ceci permettait de développer une meilleure connaissance et prise de conscience de « l'effet thérapeutique du médecin », de l'influence du

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

médecin par sa personne dans la relation avec ses patients. Ce travail est un des fondements de la méthodologie utilisée dans les groupes de formation Balint.

Dans le cadre de l'entretien en interaction

Les entretiens que nous avons proposés, ont aussi permis au médecin d'apercevoir les problèmes dans la relation qu'il entretient avec le patient, dans un cadre interactif. L'entretien en interaction peut donc être vu comme un outil pour une démarche réflexive.

Les Docteurs A et J ont utilisé l'entretien afin de connaitre l'impact de certaines de leurs attitudes dans le processus relationnel. Le fait de connaitre les conséquences de leurs attitudes leur permettait, en effet, de se remettre en question et d'en parler avec le patient.

Le Docteur J a, par exemple, analysé sa réaction lors de l'anecdote du curcumin. Au cours de l'entretien, il demandait par ailleurs à son patient ce qu'il attendait de lui, en adoptant une posture réflexive. Il évoqua en particulier le ressenti de son patient lorsqu'il lui avait demandé de perdre du poids.

De même, le Docteur A demandait à sa patiente son ressenti sur ses attitudes, notamment sur le fait qu'elle puisse parfois adopter une posture autoritaire : *« Et j'ai été brusque avec vous ce jour-là ? »* (EA2, ligne 388). Elle remettait ainsi en cause ses attitudes en demandant l'avis de la patiente.

Ces éléments ont, en fait, eu deux fonctions : celle de permettre au médecin de se remettre en question en connaissant le vécu du patient sur ses attitudes mais ainsi d'échanger et de pouvoir expliquer leurs divergences de vécu afin de résoudre un conflit éventuel. De cette façon, l'Ecole de Palo Alto caractérise la réflexivité comme un processus relationnel dynamique, dans lequel chacun des protagonistes est impliqué (cf. « 1.2.3.1 Métacommunication »).

1.2.5.2. Comment apprendre à reconnaître ses limites ?

A partir des outils évoqués plus hauts : la formation et l'expérience, nous allons montrer comment le médecin peut apprendre à identifier et à gérer ses processus transférentiels et sa résonance affective.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.5.2.1. Reconnaitre et gérer ses émotions

- Importance des émotions

Les études de médecine ne préparent pas ou peu à aborder les émotions. Or, comme M. Vanotti l'évoque dans son article « l'empathie dans la relation médecin-patient », l'échec de cette tâche complexe semble être la principale source de frustrations et d'insatisfaction chez le médecin et chez le patient (19).

Dans la littérature, M. Weber a souligné l'importance des émotions au sein de notre société et plus particulièrement au sein du milieu professionnel. Cette importance serait minimisée voire ignorée. De manière plus générale, dans la société et le monde du travail, les relations affectives sont mises de côté et remplacées par des critères d'évaluation impersonnels et par l'ethos du travail efficace. Les émotions permettent pourtant de s'adapter au monde et de se confronter à l'altérité. Elles sont des régulateurs de l'interaction sociale.

Il est ainsi noté par M. Vannotti, que les conventions sociales conduisent souvent à une canalisation et à une répression des émotions, donc à une tendance naturelle pour les patients et les médecins à la retenue des émotions (19).

S. Freud a, lui, insisté sur les notions de transferts et de contre-transferts. Il existe un enjeu émotionnel fort au sein de la relation médecin-patient qu'il faut reconnaitre pour savoir le gérer. Ces notions utilisées préalablement au cours des psychanalyses ont été reprises de manière plus générale au sein de toute relation thérapeutique entre le médecin et son patient (28).

- Reconnaitre sa résonance affective et ses processus transférentiels

Pour faire face à l'émotion des patients, le médecin pourrait essayer de reconnaître qu'il est lui-même touché, par exemple par les pleurs ou la colère de son patient et qu'il est en résonance avec cet état émotionnel. La « résonance » exprime l'idée que chaque professionnel doit reconnaître en lui ce qui, dans son expérience personnelle, lui permet de s'identifier à la situation du patient et de partager une compréhension commune sans s'identifier complètement au patient lui-même (19). Il va ainsi raisonner en s'écartant de la dimension émotionnelle pour aller vers la dimension cognitive.

Le contre-transfert a été défini par Freud comme «l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscient de son analyste» (53). Tenir compte des réactions émotionnelles ou du

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

contre-transfert peut permettre au médecin d'avoir un regard nouveau et d'apercevoir ainsi les problèmes. Le contre-transfert peut ainsi avoir deux fonctions, connaitre le patient et nous faire réfléchir sur nous-mêmes (54).

La formation du Docteur D à la médecine psychosomatique a par exemple eu un effet positif pour la gestion de ses émotions. Elle a appris à reconnaitre ses émotions, c'est-à-dire la résonance affective des évènements vécus et les contre-transferts mis en jeu. Le Docteur D a ainsi compris comment réagir face à la réaction de ses patients, élément manquant à sa pratique. La formation lui a fait comprendre qu'elle pouvait s'ouvrir au patient tout en se protégeant.

Le Docteur D suggérait dans sa lettre (Cf. Annexe n°3 : Entretiens, ED3), qu'il était nécessaire de noter ses émotions, ses réactions émotionnelles pendant les consultations.

En effet, face à l'exigence d'efficacité clinique, les médecins sont progressivement amenés, activement par leurs enseignements et involontairement par un réflexe d'autoprotection, à minimiser les émotions. Cependant M. Vannotti mentionne l'aspect primordial de l'apprentissage de la gestion des émotions. Différentes méthodes ont été développées pour enseigner un tel savoir-faire dans la relation médecin-malade : groupes Balint, supervisions directes, séminaires sur la communication médecin-patient, etc.

Par ailleurs, l'expérience auprès des patients fait partie des moyens pour apprendre à gérer ses limites. Ainsi, le Docteur I a appris, par l'expérience et avec le temps à canaliser ses émotions. Cet apprentissage lui aurait apporté une immense satisfaction, elle se décrit comme heureuse dans son travail.

Le Docteur F quant à lui sait reconnaitre ses limites, mais conserve encore, malgré son expérience, certaines difficultés. L'interaction avec la Patiente F illustrait cette difficulté. Au cours de l'entretien, il nous a effectivement exposé une relation dans laquelle il semblait être investi émotionnellement. Cet investissement était perçu comme bloquant pour le Docteur F. Une culture commune et probablement des contre-transferts positifs semblaient majorer les difficultés ressenties. Au cours de cette interaction, les émotions de la patiente, particulièrement vives, nous paraissaient constituer un facteur bloquant supplémentaire.

1.2.5.2.2. Savoir trouver la « bonne distance »

Le Docteur D exprimait la notion d'apprentissage pour *« garder la distance »*. Sa façon de gérer la distance est illustrée au cours de la relation avec la Patiente D. La capacité qu'elle a

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

eu de quitter son rôle de médecin lors de son appel à l'aide pour le dépannage téléphonique montre que l'inversion des rôles ne compromettait pas leur statut.

Ainsi, J.M. Lebret évoque le principe de « la séparation liante » d'E. Levinas comme une proximité distanciée (52). Cette séparation liante apparaît comme une condition de la relation responsable du corps soignant. Le soignant oscille en permanence entre, d'une part, une distanciation avec le patient en se limitant à son rôle de soignant de la maladie, d'autre part, en cherchant à se rapprocher de la personne en souffrance en entamant une relation de don/contre don, qui engagera alors la personnalité même du soignant.

Le Docteur D semblait connaitre ses limites pour maintenir une « bonne distance ». Son refus suite à la proposition d'un massage par sa patiente en est un exemple, la distance physique n'aurait alors plus été respectée.

On peut mentionner les travaux de l'anthropologue E.T. Hall sur la proxémique, c'est-à-dire l'étude de l'organisation sociale de l'espace entre les individus (38). Au sein de ses travaux, celui-ci propose une échelle de distance interpersonnelle. Quatre distances sont envisagées : intime, personnelle, sociale et publique. Chacune comporte deux modalités : proche et lointaine. Il utilise également le terme de bulle dans laquelle chacun circule librement, ce qui permet de préserver son intégrité physique et morale. Mais chaque culture humaine définit de façon singulière ses propres bulles et ses activités afférentes.

Concernant la distance thérapeutique, celle-ci se situe entre la distance sociale éloignée durant l'entretien et la distance intime éloignée durant l'examen physique. Cependant comme évoqué par E.T. Hall, elle dépend de la culture des protagonistes.

Pour revenir à notre exemple, le Docteur D a refusé, en terme proxémique, d'avoir une distance intime proche avec sa patiente lors de la proposition du massage.

La recherche de la « bonne distance » avec leurs patients est un critère problématique exprimé par les médecins au cours des *focus groups* réalisés dans le cadre de l'étude intitulée « attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients » (26).

Le Docteur D et la Patiente D semblaient avoir compris les rôles de chacune au cours de l'interaction et donc au cours de leur relation. Cette compréhension commune était illustrée par l'ambiance amicale de l'entretien en interaction. Elles ont réussi à trouver la « bonne distance », celle qui leur convient, avec une tonalité amicale, ce qui est confirmé par la lettre du Docteur D : *« Entretien qui à la fin n'en était plus un, puisqu'elle proposait presque de*

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

finir en allant boire un café… Comme si nous étions alors en train de bavarder entre connaissance ». (ED3, ligne 7).

Cette relation suggère par ailleurs la notion d'amitié dans les soins (22) : il peut sembler, dans certains cas, que la relation de soin s'apparente, en certaines modalités, à la relation d'amitié. En effet, l'empathie et la reconnaissance réciproque sont des attitudes que nous pouvons retrouver dans ces deux types de relations : la relation d'amitié et celle de soin.

1.2.5.3. Facteurs facilitateurs

- <u>Le respect mutuel entre médecin et patient</u>

La déférence définie par E. Goffman, est « une attention mutuelle que les acteurs s'accordent, une reconnaissance statutaire qui confirme le bénéficiaire dans l'idée qu'il se fait de lui au regard des civilités qui les concernent. ». Elle implique la notion de respect de l'autre, en tant qu'être sacré de qui il faut préserver la face comme on garde ou sauve la sienne. « L'interaction est alors secrètement hantée par le souci de garder la « bonne distance » avec l'autre, gestion diffuse de l'impression donnée à voir aux autres tout en étant vigilant sur celle de l'autre pour éviter l'offense ou la gêne. » (7,8).

Pour illustrer ces propos, nous avons repris l'exemple de l'interaction D, pendant laquelle la patiente a voulu « préserver la face » du Docteur D, en concluant une conversation qui pouvait être désagréable pour elle. En effet, au moment de l'évocation de la timidité du Docteur D, en voyant qu'elle était gênée, la Patiente D a abrégé la discussion.

La déférence implique une notion de respect de l'autre que nous avons retrouvé au cours des interactions. Le respect était une notion reprise plusieurs fois par le Docteur A pour décrire la Patiente A ou la relation qu'elle entretient avec elle. Leur relation basée sur des fondements de respect a permis d'établir une « bonne distance ».

Ce principe de respect mutuel est considéré comme un critère positif pour qualifier la qualité de relation entre médecin et patient dans l'étude sur les attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-patient (26).

- <u>Patient facilitateur pour aider à la gestion des émotions</u>

Certains patients peuvent occulter, dissimuler des émotions, par peur de blesser les soignants ou d'être rejeté (19). A ce titre, l'interaction D exposait une patiente dite « facilitatrice », qui s'interroge sur l'impact que peuvent avoir ses propos, ses attitudes sur le médecin. Elle

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

considérait le médecin comme un être humain, avec ses limites, ce qui était facilitateur pour le Docteur D.

Dans sa lettre de débriefing, le Docteur D évoquait qu'elle avait découvert, lors de l'entretien, le fait que la patiente lui dissimule des choses afin de la protéger et ne pas créer chez elle un contre-transfert négatif.

Le médecin possède ainsi deux clés essentielles pour résoudre les problématiques relationnelles : la capacité de se remettre en question (la réflexivité) et de reconnaitre ses limites en tant qu'humain (le réalisme sur soi). La formation au contact des pairs et l'expérience au contact des patients permettent au médecin d'exploiter ses capacités.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Validité interne de l'étude: forces et limites

2.1. Forces de l'étude

2.1.1. Originalité de l'étude

Nos recherches documentaires n'ont pas fait apparaître de travaux français similaires, c'est-à-dire explorant, en dehors de toute consultation, la relation médecin-patient sur la base de l'analyse de dyades médecins-patients en médecine générale.

Le fait d'aborder cette relation médecin-malade en interaction nous a permis de recueillir des données différentes de celles obtenues lors d'entretiens séparés. Croiser les entretiens et confronter les différents points de vue, nous ont permis de mieux comprendre les processus relationnels mis en jeu en situation de soin. Ces données complémentaires ont pu être comparées à la littérature existante.

Par ailleurs, du fait de la richesse de chaque relation et chaque intervenant, nous avons pu obtenir une série d'interactions extrêmement diverses dans leur forme et dans le fond des échanges.

Certains médecins et patients ont souligné l'importance et l'intérêt d'échanger sur leur relation. L'entretien en interaction a été l'occasion pour ceux-ci d'évoquer des sujets non abordés auparavant. Les protagonistes ont ainsi appris des éléments parfois importants de leur relation. Ces entretiens ont été « utilisés » par certains médecins ou patients à des fins précises, ils ont eu des apports inattendus pour l'un ou l'autre des protagonistes.

Les apports inattendus des entretiens :

- Le Docteur D a appris que ses patients ne lui disaient pas tout afin de la protéger.
- Le Docteur B a appris le vécu douloureux de l'hospitalisation en service psychiatrique de sa patiente.
- La Patiente B a exprimé un besoin de reconnaissance de son vécu médical douloureux.
- La Patient C a appris le statut que son médecin souhaitait avoir.
- La Patient J a appris que le Docteur J avait changé, qu'il était désormais réflexif et qu'il souhaitait lui dire.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.1.2. Technique de triangulation des sources et des méthodes

Toute interaction implique des échanges de type verbaux et comportementaux. Nous avons ainsi utilisé deux techniques de recueil des données: l'enregistrement verbal et l'observation.

Le travail individuel effectué par chacune des chercheuses pouvait apparaitre comme subjectif. Ceci a été contrebalancé par le travail collectif et le croisement des regards. Il n'y avait donc pas de grille d'interprétation unique des situations étudiées, mais un ensemble diversifié et plus complet d'angle d'analyse. La triangulation des données a permis d'accroitre la confiance dans les résultats, d'élargir la compréhension du phénomène, de confronter ou d'intégrer différentes théories ou hypothèses. Elle a permis ainsi de minimiser les biais d'interprétations inhérents à la recherche qualitative.

La technique du *member checking* consiste à recueillir un ensemble de « conversations informelles » à différents moments de l'étude, permettant ainsi une vérification des données recueillies auprès des participants, afin d'accroitre la validité de l'étude.

Cette technique a été proposée spontanément par un des médecins de l'étude, le Docteur D, qui nous a suggéré d'introduire dans notre méthodologie une partie débriefing, comme cela était prévu par notre test de faisabilité. Cette méthode, intégrée a posteriori, et les éléments obtenus lors des débriefings apportent à notre étude une valeur inattendue. En effet, grâce aux quatre débriefings, nous avons pu connaitre le ressenti des médecins face aux entretiens en interaction, et ce qu'ils en avaient appris de leur relation.

Nous avons cependant noté qu'il était important d'allouer un certain temps entre l'entretien médecin-patient et l'entretien débriefing. En effet, pour le Docteur G souhaitant le réaliser immédiatement après l'entretien avec la patiente, le débriefing a eu une fonction de décharge émotionnelle plus que celle d'une réelle analyse.

2.1.3. Force d'apprentissage pour notre profession future

La réalisation de cette thèse a été l'occasion d'un apprentissage du travail en groupe. Notre interaction, nos échanges d'idées ainsi que nos interprétations complémentaires ont donné au travail sa richesse. Il nous a aussi appris à déconstruire nos opinons puis à les reconstruire ensemble.

Le travail commun entre médecins et sociologues a permis d'accroitre particulièrement sa richesse. L'apport du point de vue sociologique sur notre travail, croisé avec nos regards de praticien a permis de fournir une perception nouvelle et plus complète. Notre analyse s'est par

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

ailleurs efforcée de lier les théories sociologiques et les observations « de terrain ». Cette double perception nous a ainsi permis d'appréhender la relation médecin-patient sous un angle différent que celui enseigné et, de manière générale, de mieux comprendre les rapports qui se nouent entre les individus.

Cette analyse nous a amené à réfléchir sur notre propre perception du soin et de la médecine. L'analyse de notre profession sous l'angle sociologique nous a permis de prendre du recul sur les relations qui se créent entre médecin et patient et sur notre rôle dans la démarche de soin. A travers l'expérience de nos ainés, nous avons pu apprendre comment remettre en question le personnage que nous jouons dans la relation que nous avons avec chacun de nos patients. Cela pourra nous permettre de savoir reconnaître nos limites telles que nos contre-transferts qui peuvent être perçus comme difficiles à maitriser.

La notion de dynamisme avec une inter-influence qui se joue entre médecin et patient tout au long de leur relation est aussi un des aspects importants qui ressort de notre analyse et qui sera à exploiter : rien n'est figé, tout s'interprète et se construit mutuellement.

2.2. Limites et difficultés de l'étude

2.2.1. Le recrutement des médecins et patients

E. Goffman évoque le fait que : « Un chercheur ne contrôle pas la façon dont les membres d'un groupe de pairs choisissent de se « mettre en scène ». ».

2.2.1.1. Recrutement des médecins

- Difficultés de recrutement de médecin

Le recrutement des médecins nous a rapidement posé problème. Cette difficulté de recrutement était d'abord due, en grande partie, au contenu de l'étude et à la complexité des entretiens en interaction, qui nécessitait que les professionnels de santé se dévoilent face à leur patient et à nous-mêmes. La particularité méthodologique de cette étude demandait par ailleurs au médecin un investissement personnel chronophage et mobilisant.

Les refus pour la participation à notre recherche n'ont pas clairement été expliqués, l'absence de réponse aux courriels étant considérée comme un refus. Pour ceux qui ont été recrutés par contact direct, les difficultés de logistiques étaient par ailleurs évoquées et nous essayions d'y remédier en organisant l'entretien individuel et l'entretien en interaction, l'un à la suite de l'autre.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Limite due à l'échantillonnage

Du fait des modalités de recrutement, les médecins participants n'étaient certainement pas représentatifs de l'ensemble de la profession. En effet, pour la plupart, ils étaient investis professionnellement en tant que maitre de stage, enseignant en médecine générale ou participaient à des groupes de pairs et à des formations de type Balint ou sur le domaine de la psychothérapie.

Nous pouvons penser que, ces médecins étaient donc déjà investis dans une réflexion de fond sur leur profession et demandeurs d'analyse externe relative à leur pratique. Ainsi, ils pouvaient être considérés comme des médecins «particuliers», ce qui est à prendre en compte dans la lecture de nos résultats de l'étude. Par ailleurs, ces caractéristiques des médecins ont permis la réalisation de l'étude qui n'aurait pas pu avoir lieu sans l'intérêt et la motivation dont ils ont fait preuve.

2.2.1.2. Recrutement des patients

Nous nous sommes questionnés sur l'impact du choix du patient par le médecin sur la qualité méthodologique de notre étude. En effet, comme pour les médecins, il s'agissait globalement de patients prédisposés à parler de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin. Pour certains médecins en particulier, cette caractéristique de leur patient faisait même partie de leur choix et leur permettait d'aborder l'entretien plus sereinement.

Le contexte de la demande a aussi été évoqué comme un facteur déterminant dans le choix du patient. Le Docteur B pensait que le choix de sa patiente était en partie dû au fait qu'ils s'étaient vus récemment en consultation.

Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre « 12 Matériels et méthodes », nous avons orienté notre choix vers des relations « qui ne roulent pas bien » pour les dernières dyades médecins-patients. Cette caractéristique de relation a rendu le choix plus difficile. En effet, le Docteur F estimait que cet entretien n'était pas le lieu pour régler les conflits. Le Docteur J déclarait ne pas oser le faire avec une patiente dont la relation était jugée conflictuelle. Cette difficulté dans le recrutement des patients s'est également exprimée par le refus de collaboration d'un patient choisi par le Docteur I. Il semblait difficile à celui-ci de participer à un entretien en « face à face » avec son médecin. Malgré une bonne entente actuelle, leur relation initiale avait été conflictuelle à cause d'une discorde sur la prescription d'antibiotique. Ce constat sur le processus de recrutement des patients est à prendre en compte dans l'analyse

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

de nos données sur les conflits étant donné que les entretiens concernant des relations qui avaient été « conflictuelles » étaient difficiles à réaliser. Cependant, au cours des relations observées, nous avons pu recueillir un panel de relations diversifiées et notamment des situations conflictuelles. Ce recueil était, en fait, facilité par la personnalité des protagonistes, présentant une réelle faculté d'analyse de ces situations.

2.2.2. Recueil et analyse des données

2.2.2.1. Qualité du recueil

La qualité du recueil a été assurée par un enregistrement intégral et une retranscription écrite des entretiens.

Lors des entretiens, nous nous sommes efforcées de relancer et de reformuler de la façon la plus neutre possible comme cela est prévu dans la méthodologie de l'entretien semi-directif et de celui de type *focus group*.

Le recueil des comportements non verbaux au moment de l'interaction et la retranscription des gestuelles de manière fine ont été difficiles. De plus, étant plus impliquées dans le recueil des informations verbales, nous nous sommes attachés à retranscrire une ambiance générale, afin que le lecteur puisse s'approprier l'atmosphère de l'interaction.

2.2.2.2. Difficultés déclarées par les médecins

Certaines notions abordées dans l'entretien ont suscité des questionnements, notamment concernant les valeurs professionnelles ou la manière de définir son patient. Il a été difficile pour certains médecins de donner des traits de caractère de leur patient, de peur d'aboutir à une typologie de celui-ci.

Certains médecins évoquaient aussi une difficulté à répondre avec la spontanéité demandée pour ce type d'entretien.

Afin de ne pas générer d'anxiété supplémentaire, le lieu des entretiens a été décidé par les acteurs. Tous ont choisi leur lieu de rencontre habituel (cabinet ou chez le patient), un endroit alors connu et rassurant.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.2.2.3. Limite d'investigation liée au chercheur

Nous n'avons pas eu de formation préalable à la réalisation des entretiens semi-directifs ou des *focus groups*. La qualité de la réalisation des entretiens a évolué au cours de ceux-ci, de manière concomitante à notre apprentissage « de terrain ».

Par ailleurs, ces entretiens pouvaient être perçus comme la conversation ou le dialogue que nous pratiquons déjà en consultation de médecine générale. Au sein de ces consultations, nous pouvons en effet retrouver les mêmes valeurs d'écoute, de partage et de reconnaissance mutuelle. Les techniques de recueil d'informations, comme la reformulation et le recentrage, y sont également similaires.

La clarification du sujet d'étude lors de la présentation de notre travail aux différentes dyades et l'utilisation du guide d'entretien nous ont enfin permis d'adopter une démarche plus rigoureuse.

La présence des chercheuses est une question fondamentale et récurrente dans la démarche qualitative. Le chercheur ne se positionne pas en expert de l'objet, mais en facilitateur de l'explicitation de données qu'il souhaite recueillir (9). Nous sommes conscientes de la possibilité d' « interférences de surface » inhérent à notre présence.

Dans un des entretiens en interaction, nous avons d'ailleurs été prises à partie par le médecin, qui connaissait notre position de médecin. Cette interpellation est plus à voir comme faisant partie intégrante de la fonction de l'entretien: la réparation d'une erreur médicale. Nous pensons que le médecin souhaitait légitimer la reconnaissance de son erreur devant des pairs.

Ayant recruté nos anciens maitres de stage, nous avons pu être identifiées comme soignantes par trois des patients participants. Pour ces entretiens-là, la chercheuse reconnue se positionnait alors en observatrice afin de limiter au maximum son implication dans l'interaction.

2.2.2.4. Analyse des données : limite liée à l'interprétation

Quatre des médecins ont été nos maitres de stages. Nous avions un lien plus particulier avec ceux-ci. Il a donc fallu prendre en compte les implications personnelles et les incidences provoquées par la recherche. Une mise à distance entre les chercheurs et ses recherches a pu être effectuée par le travail en équipe, afin de réduire au maximum les erreurs d'interprétations pour ces dyades.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tout au long de l'analyse, nous nous sommes attachés à contextualiser les interactions observées entre les deux acteurs de la consultation en intégrant autant que possible dans l'analyse les effets perçus et renvoyés de notre présence.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Perspectives

Notre étude a permis de révéler, à partir d'analyses d'interactions, les outils relationnels mis en œuvre par les médecins pour résoudre des conflits. La continuité des soins, la relation d'aide, les techniques de communication, la négociation et le réalisme sur soi, ont ainsi été mis à jour à partir de concepts déjà décrits dans la littérature. Ces différents outils se complètent et reflètent les dimensions de « l'approche centrée patient ». Ils permettent au médecin de mieux comprendre son patient, ses perceptions et ses attentes afin de s'adapter à lui.

Le patient a été, pour plusieurs situations, facilitateur pour l'utilisation de ces outils dans la relation. La notion de « patient facilitateur » fait écho à celle de patient expert qui se développe actuellement. Le patient a une expertise par son savoir théorique mais aussi par son savoir expérientiel et notamment par son vécu de l'expérience de la maladie. Les expertises du patient sont une aide pour la construction de la relation mais aussi pour la formation du médecin.

A partir des conclusions de notre travail de thèse, nous pouvons proposer des perspectives pour l'élaboration de nouvelles études. Des objectifs de formation et des aspects pratiques existants seraient à promouvoir.

Perspectives pour l'élaboration de nouvelles études

Au vu des résultats obtenus, une nouvelle étude qualitative à distance de notre travail pourrait être proposée, en interrogeant les patients et les médecins. Elle permettrait de connaitre les effets relationnels de l'entretien en interaction entre le médecin et son patient, et d'évaluer les changements sur leur façon de communiquer.

Il serait aussi intéressant de poursuivre sur le champ de l'interactionnisme symbolique, en réalisant des entretiens avec plusieurs patients d'un même médecin. Nous pourrions ainsi connaitre les différents « personnage-façade symbolique » du médecin en fonction des relations qu'il noue avec ses patients. Cela permettrait une évaluation de la pratique des médecins en les aidant à reconnaitre en eux leurs différents « personnages-façade symbolique » et ainsi les mener à une démarche réflexive.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Perspectives de formation

La démarche d'apprentissage de la médecine à partir de l'expérience concrète de l'action serait à promouvoir dans les facultés. A Créteil, de nouveaux programmes d'enseignement permettent de sortir du cadre de rationalisation scientifique de la prise en charge. Ces enseignements favorisent la réflexivité des étudiants en valorisant leurs expériences vécues lors des stages, plutôt que leurs savoirs médicaux. En effet, la qualité de la saisie de l'expérience professionnelle et la façon dont on s'approprie une expérience sous toutes les dimensions (cognitives, émotionnelles et sociales) est déterminante dans l'ampleur des apprentissages (55). Cette démarche d'apprentissage s'est également développée à la faculté de Lyon, dans le cadre du Diplôme d'Etudes Supérieures de médecine générale, avec la réalisation de Groupes d'Echange de Pratiques, de séminaires abordant « l'approche centrée patient », la relation médecin-malade ou à travers des sujets plus concrets comme la prise en charge des syndromes dépressifs en médecine générale. Lors de ces temps de formations, chacun des étudiants exposent une situation qui lui est problématique. Les participants aux séminaires tentent ensuite de trouver des solutions ensemble. Ces groupes sont un lieu de partage de l'expérience professionnelle et permettent aux étudiants de s'approprier leur propre démarche professionnelle.

Les programmes de formation des médecins, au sein du Développement Professionnel Continu, proposent, à partir des travaux de M. Balint, des « séminaires Balint » pour sensibiliser les médecins à l'aspect relationnel de leur profession. Ainsi, le partage du vécu relationnel des médecins au cours de leur exercice avec des pairs permet d'adopter une pratique réflexive interactionnelle et de trouver des solutions aux problématiques relationnelles éventuelles.

Dans notre travail, nous avons mis en évidence que les différences de perceptions du soin peuvent être à l'origine de conflits relationnels. Autant les patients que les médecins devraient les identifier pour améliorer la prise en charge du soin.

Pour les médecins, lors d'une formation sur une pathologie chronique, les formateurs pourraient davantage les amener à parler de leur perception de cette maladie et de sa prise en charge. Au-delà du caractère théorique de la formation, il serait intéressant pour les médecins de reconnaitre dans quelles mesures ils intègrent leurs perceptions de la maladie à leur réflexion médicale.

Pour les patients, un « point écoute santé » pourrait être développé, et permettrait d'aborder la

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

perception du soin et de la médecine avec différents professionnels de santé (infirmières, psychologues,…). Ce type d'espace existe déjà sous le terme de « médiation ethno-clinique », notamment pour des patients de culture non occidentale. En effet, les situations d'inter culturalité peuvent être à l'origine d'une incompréhension mutuelle et gêner à la construction de la relation thérapeutique. Ces espaces ethno-cliniques reprennent le cadre des consultations ethno-psychiatriques, développées par G. Devreux, et abordent des problématiques interculturelles diverses dans le champ de l'éducation, comme celui de la santé. De manière générale, ces espaces pourraient aussi permettre de creuser les difficultés médicales en lien avec des conflits de perception, en intégrant des dimensions autres que culturelles, afin d'accompagner les patients dans leur démarche de soin (56,57).

Perspectives en pratique professionnelle

L'assurance maladie reconnait actuellement la complexité de la gestion des maladies chroniques pour les médecins libéraux. Certaines consultations difficiles du point de vue biomédical font maintenant partie du système de cotation. La compétence relationnelle des médecins est reconnue depuis longtemps comme étant bénéfique dans la prévention, les processus de guérison ainsi que dans la réduction des coûts de santé. Une revalorisation de la relation au sein de l'assurance maladie devrait alors être envisagée. Une consultation dédiée à la résolution de problématiques relationnelles pourrait être ainsi évaluée du point de vue pratique et financier afin d'être intégrée dans le système de cotation. En pratique, cela pourrait être réalisé seulement entre le médecin et son patient, ou avec un tiers. Par exemple, une structure de médiation, comme les espaces ethno-cliniques évoqués précédemment, pourrait être à la disposition du médecin et du patient et proposerait un médiateur pour aider à la résolution de leurs conflits. Au sein de ces espaces, les médiateurs ethno-cliniques sont présents pour décrypter la situation problématique et aider à la construction d'une relation thérapeutique.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Conclusion

Nom, prénom du candidat : Phlippoteau, Claire

CONCLUSIONS

La relation médecin-patient a fait l'objet de différentes modélisations d'un point de vue sociologique. Dans notre thèse, nous avons souhaité l'aborder à partir du concept de l'interactionnisme symbolique. L'hypothèse initiale était que ces échanges réciproques entre patient et médecin permettent la construction et l'évolution de leur relation.
L'objectif de notre étude était, dans un premier temps, d'analyser ces différents échanges réciproques, en les confrontant à la théorie de l'interactionnisme symbolique, afin de comprendre comment le médecin perçoit son rôle dans la relation. Dans un second temps, cette analyse nous a permis de connaitre et faire apparaître les outils relationnels que le médecin utilise dans l'exercice de sa fonction.

Après un test de faisabilité, cette étude qualitative a été réalisée, grâce à dix médecins et en deux phases. La première phase était un entretien, de type semi-directif, réalisé avec chacun des médecins et une des chercheuses. Il permettait de connaitre l'exercice professionnel ainsi que les valeurs du médecin. Au cours de celui-ci, le médecin choisissait un patient avec qui il envisageait de réaliser la deuxième phase de l'étude. Le deuxième entretien, de type *focus group*, mettait en scène chacune des dyades médecins-patients ainsi constituées, créant un espace de parole où leur relation était au cœur du débat.

A partir des dix dyades médecins-patients, nous avons donc pu analyser les concordances et les discordances de leurs perceptions mutuelles et faire émerger les enjeux problématiques de leur relation.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Des conflits de perception quant au statut du médecin généraliste et du soin se sont exprimés au sein de trois dyades. Pour trois autres, la problématique relationnelle résultait d'un personnage patient exigent, par rapport à un savoir dans le domaine de la santé ou à un vécu d'expérience médicale douloureuse. Par ailleurs, une attitude non congruente d'un des médecins a conduit à une erreur médicale. Au travers des entretiens, la gestion des émotions est apparue comme un véritable enjeu problématique pour les médecins.

Les entretiens ont permis de révéler cinq moyens utilisés par les médecins pour aboutir à la résolution de leurs conflits : la continuité des soins, la relation d'aide, les techniques de communication, la négociation, et le réalisme sur soi. Ils ont ainsi validé un certain nombre de concepts déjà décrits dans la littérature.

La majeure partie des moyens mis en évidence lors des entretiens se retrouvent en effet dans les dimensions de l' « approche centrée patient » : s'intéresser à la perspective et l'expérience vécue du patient, établir une relation d'aide thérapeutique, avoir une compréhension commune et faire preuve d'une pratique réflexive. La continuité des soins a, par ailleurs, été illustrée par le concept de la « compagnie d'investissement mutuel ». « L'approche centrée sur la personne » nous a aidées à caractériser la relation d'aide. De manière similaire, le processus de négociation mis à jour a été étayé grâce aux attitudes développées par l' « approche négociée » et par la « décision médicale partagée ». Enfin, l'entretien par *focus group*, s'est avéré être un outil majeur d'amélioration de la propre communication du médecin avec le patient en créant un espace de métacommunication. L'Ecole systémique de Palo Alto nous a, à ce titre, permis de déchiffrer les techniques de communication utilisées par les médecins.
L'une des observations secondaire de cette étude a été celle d'une dérive de « l'approche centrée patient ». En souhaitant établir une prise en charge globale du patient, les médecins peuvent devenir « englobalisant ». Ils ne prennent alors plus en compte la perspective du patient valorisée par cette approche.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Enfin, certains patients de notre étude se sont montrés facilitateurs dans la relation, faisant ainsi écho à la notion de patient expert qui se développe actuellement, le patient aidant à la formation du médecin.

Le Président de la these,
Pr Fourneret Pierre
Signature

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le
27 MAI 2015

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est

Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

Professeur François-Noël GILLY

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

THESE SOUTENUE PAR Mme Michel-Béchet, Léa

CONCLUSIONS

La relation médecin-patient a fait l'objet de différentes modélisations d'un point de vue sociologique. Dans notre thèse, nous avons souhaité l'aborder à partir du concept de l'interactionnisme symbolique. L'hypothèse initiale était que ces échanges réciproques entre patient et médecin permettent la construction et l'évolution de leur relation.
L'objectif de notre étude était, dans un premier temps, d'analyser ces différents échanges réciproques, en les confrontant à la théorie de l'interactionnisme symbolique, afin de comprendre comment le médecin perçoit son rôle dans la relation. Dans un second temps, cette analyse nous a permis de connaitre et faire apparaître les outils relationnels que le médecin utilise dans l'exercice de sa fonction.

Après un test de faisabilité, cette étude qualitative a été réalisée, grâce à dix médecins et en deux phases. La première phase était un entretien, de type semi-directif, réalisé avec chacun des médecins et une des chercheuses. Il permettait de connaitre l'exercice professionnel ainsi que les valeurs du médecin. Au cours de celui-ci, le médecin choisissait un patient avec qui il envisageait de réaliser la deuxième phase de l'étude. Le deuxième entretien, de type *focus group*, mettait en scène chacune des dyades médecins-patients ainsi constituées, créant un espace de parole où leur relation était au cœur du débat.

A partir des dix dyades médecins-patients, nous avons donc pu analyser les concordances et les discordances de leurs perceptions mutuelles et faire émerger les enjeux problématiques de leur relation.

Des conflits de perception quant au statut du médecin généraliste et du soin se sont exprimés au sein de trois dyades. Pour trois autres, la problématique relationnelle résultait d'un personnage patient exigent, par rapport à un savoir dans le domaine de la santé ou à un vécu d'expérience médicale douloureuse. Par ailleurs, une attitude non congruente d'un des médecins a conduit à une erreur médicale. Au travers des entretiens, la gestion des émotions est apparue comme un véritable enjeu problématique pour les médecins.

Les entretiens ont permis de révéler cinq moyens utilisés par les médecins pour aboutir à la résolution de leurs conflits : la continuité des soins, la relation d'aide, les techniques de communication, la négociation, et le réalisme sur soi. Ils ont ainsi validé un certain nombre de concepts déjà décrits dans la littérature.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La majeure partie des moyens mis en évidence lors des entretiens se retrouvent en effet dans les dimensions de l' « approche centrée patient » : s'intéresser à la perspective et l'expérience vécue du patient, établir une relation d'aide thérapeutique, avoir une compréhension commune et faire preuve d'une pratique réflexive. La continuité des soins a, par ailleurs, été illustrée par le concept de la « compagnie d'investissement mutuel ». « L'approche centrée sur la personne » nous a aidées à caractériser la relation d'aide. De manière similaire, le processus de négociation mis à jour a été étayé grâce aux attitudes développées par l' « approche négociée » et par la « décision médicale partagée ». Enfin, l'entretien par *focus group*, s'est avéré être un outil majeur d'amélioration de la propre communication du médecin avec le patient en créant un espace de métacommunication. L'Ecole systémique de Palo Alto nous a, à ce titre, permis de déchiffrer les techniques de communication utilisées par les médecins.

L'une des observations secondaire de cette étude a été celle d'une dérive de « l'approche centrée patient ». En souhaitant établir une prise en charge globale du patient, les médecins peuvent devenir « englobalisant ». Ils ne prennent alors plus en compte la perspective du patient valorisée par cette approche.

Enfin, certains patients de notre étude se sont montrés facilitateurs dans la relation, faisant ainsi écho à la notion de patient expert qui se développe actuellement, le patient aidant à la formation du médecin.

Le Président de la Thèse
Pr Fourneret Pierre

Vu et Permis d'imprimer
Lyon, le 12.05.15

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

Carole BURILLON

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

Professeur François-Noël GILLY

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Bibliographie

1. Hammer R. Expériences ordinaires de la médecine-Confiances, croyances et critiques profanes. Zurich et Genève: Editions Seismo; 2010. 236 p.

2. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

3. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med. sept 1999;49(5):651‑61.

4. Lang T, Rolland C, Clément S, Membrado M, Drulhe M, Helardot V, et al. La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. Analyse pour l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle et la réduction des facteurs de risque. févr 2007 ; Disponible sur: https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00189814

5. Lang T. Rapport INTERMEDE - L'interaction entre médecins et malades, productrice d'inégalités sociales de santé? Le cas de l'obésité [Internet]. 2008 mai [cité 5 févr 2014]. Disponible sur: http://www.iferiss.org/IMG/pdf/interaction_entre_medecins_et_malades.pdf

6. Moreau A. Intérêt et limites de l'Approche Centrée sur le Patient dans une Démarche Educative vis-à-vis du patient diabétique de type 2 en médecine générale. Claude Bernard Lyon 1; 2013.

7. Le Breton D. L'interactionnisme symbolique. Paris, France: Presses universitaires de France, DL 2008; 2008. 249 p.

8. Goffman E. Les rites d'interaction. Paris, France: les Éd. de Minuit, impr. 1974; 1974. 230 p.

9. Morrissette J, Guignon S, Demazière D. Recherches qualitatives: de l'usage des perspectives interactionnistes en recherche. mai 2011;30(1):1‑32.

10. Nicola Mead PB. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine. 2000;1087‑110.

11. Schneider-Harris J. Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant-soignée. Rech Soins Infirm. 1 juin 2007;89(2):52‑7.

12. Bozarth JD, Motomasa N, Ducroux-Biass F. La relation thérapeutique: enquête sur l'état de la recherche. Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. 21 août 2014;19(1):58‑76.

13. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Rech Soins Infirm. 1 juin 2007;89(2):33‑42.

14. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. 1988. 418 p.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

15. Gilles Girard, Paul Grand'Maison. L'approche négociée: modèle de la relation patient/médecin.

16. Picard D, Marc E. L'école de Palo Alto. Paris, France: Presses universitaires de France , impr. 2013; 2013. 127 p.

17. Jouet E, Flora G, Luigi, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Prat Form - Anal. juin 2010;2010(58-59):olivier_lv.

18. Picard D, Marc E. Les conflits relationnels. Paris, France: Presses universitaires de France, impr. 2012; 2012. 127 p.

19. Vannotti M. L 'empathie dans la relation médecin – patient. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 1 oct 2002;29(2):213‑37.

20. Béranger J, Fortineau J. Étude épistémologique et juridique de la communication médecin-patient. Cah Numér. 7 juill 2014;10(2):125‑56.

21. Pellerin D. Les erreurs médicales. Trib Santé. 4 nov 2008;20(3):45‑56.

22. Lefève C. La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? Hors Collect. 26 mai 2010;105‑26.

23. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.

24. Cousin, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : Pourquoi s'en préoccuper? Rev Médicale Suisse. 2010;257:1444‑7.

25. Kahn E, Ducroux-Biass F. Carl Rogers plus pertinent aujourd'hui que Freud. Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. 2008;8(2):21.

26. Alain Moreau, Merie-Cécile Dedianne, L Sarrassat, Philippe Hauzanneau, José Labarère, JL Terra. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients-Etude qualitative par la méthode du focus groupe. 2004 sept. Report No.: 660/661.

27. Aimer les patients, relation patient-soignant - MACSF [Internet]. [cité 15 mai 2015]. Disponible sur: https://www.macsf.fr/vous-informer/organisation-des-soins/relation-patient-soignant/aimer-les-patients.html#paragraphe-26251

28. Natanson J. L'évolution du concept de transfert chez Freud. Imagin Inconsc. 2001;2(2):7.

29. Quinche F. Plaintes de patients et communication en médecine. J Int Bioéthique. 1 juin 2001;12(2):93‑112.

30. Savage C. Vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.

31. Bourdeaut F (analytic). Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale (French). LAENNEC. 1 janv 2012;(3):24‑38.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

32. HAS. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçants en établissements de santé ou en ville. [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf

33. Signature d'une convention de partenariat entre le Médiateur et le CNOM | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 26 mars 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/article/signature-d%E2%80%99une-convention-de-partenariat-entre-le-mediateur-et-le-cnom-1015

34. Martin C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale: enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2012.

35. Silverman J, Kinnersley P. Doctors'non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. Br J Gen Pract. 1 févr 2010;60(571):76‑8.

36. Santé Canada. La communication efficace...à votre service. 1999.

37. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient. Médecine. 1 mai 2010;6(5):221‑7.

38. Winkin Y, Collectif. La nouvelle communication. Paris: Points; 2014.

39. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits. J Gen Intern Med. janv 2006;21(Suppl 1):S28‑34.

40. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. Br J Gen Pract. 1 févr 2010;60(571):83‑7.

41. Theyssier Perrine. Etude des communications non verbales chez l'enfant: approche dans l'incapacité d'apprentissage non verbal. 2002.

42. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. Presse Médicale. juin 2006;35(6, Part 1):967‑73.

43. Blasi ZD, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. The Lancet. 10 mars 2001;357(9258):757‑62.

44. Pierron J-P. Les institutions hospitalières : des institutions de la reconnaissance ? Rev Déthique Théologie Morale. 15 sept 2014;281(HS):149‑64.

45. Moreau A, Carol L, Dedianne MC, Dupraz C, Perdrix C, Lainé X, et al. What perceptions do patients have of decision making (DM)? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study using focus-group interviews. Patient Educ Couns. mai 2012;87(2):206‑11.

46. Grand E, Hervé C. La relation médecin-patient ou le problème de la juste distance. Evaluation dans un réseau de soins. 2004.

47. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. [cité 2 mai 2015]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

48. Boutet M. La pratique réflexive : un apprentissage à partir de ses pratiques. 2004; Disponible sur: http://formationspip.csaffluents.qc.ca/sites/csaffluents.qc.ca/formationspip/IMG/pdf/Boutet_M_Pratique_reflexive.pdf

49. Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Orientat Sc Prof. 15 sept 2004;(33/3):475‑6.

50. Collin S. La pratique réflexive: de quoi parle-t-on? De quel point de vue? Formation. 2011;(18):45‑6.

51. Une pratique réflexive pour des soins de qualité A.Lafosse.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/pratiques_reflexives_A._Lafosse.pdf

52. Lebret J-M. Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné - cadredesante.com [Internet]. [cité 4 mai 2015]. Disponible sur: http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Reflexion-philosophique-sur-la.html#nb3

52. Argument. Revue Française de Psychanalyse. 2006;70(2):325‑30.

54. Brunschwig H. Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. Imagin Inconsc. 2001;2(2):91.

55. Even G. Former les étudiants en médecine à la relation. Champ Psy. 1 mai 2001;22(2):133‑42.

56. Kouakou K. Le Carnet/Psy. 2014;(33):19‑27.

57. Hannoteaux A. La médiation ethno-clinique comme espace facilitant la rencontre interculturelle entre familles migrantes et professionnels [Internet]. Université Toulouse II- Le Mirail UFR de psychologie; 2005. Disponible sur: http://pjd31.free.fr/memoire_dess_hannoteaux.pdf

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexes

- Annexe n°1 : Guide de l'entretien individuel
- Annexe n°2 : Guide de l'entretien en interaction
- Annexe n°3 : Entretiens

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. Annexe n°1 : Guide de l'entretien individuel

1) Présentation du cadre de l'entretien :

Présentation de l'enquêtrice

Présentation du déroulé de l'entretien **:** Ce n'est pas un questionnaire prédéfini mais plutôt un entretien. Pour faciliter le recueil et l'analyse des données, nous souhaiterions enregistrer l'entretien, si vous êtes d'accord. Nous vous assurons l'anonymat et la confidentialité.

Cet entretien est la première étape du travail de recherche auquel vous souhaitez participer. Celui-ci est à appréhender comme une première rencontre, au cours de laquelle nous allons faire connaissance avec vous et votre métier.

2) Thèmes à aborder :

- **Questions générales :**

Est-ce que vous pourriez vous présenter ?
Comment pourriez-vous décrire votre pratique médicale ?

- **Evolution professionnelle :**

Pouvez-vous détailler votre parcours d'étude puis professionnel ? (médical et autres) (libéral, salarié, remplacement, installation)/choix professionnel ? (pourquoi médecin généraliste ?/ projet professionnel de départ ?
Comment pouvez-vous définir votre travail actuel ? (motivations, limites, difficultés, intérêts)
Vos valeurs professionnelles ? Et leurs évolutions
Du point de vue pratique, comment s'organise votre temps de travail ? Et la satisfaction de cette organisation
Quelle place donnez-vous à votre formation professionnelle ?

- **Le médecin généraliste et ses patients :** (dans le but de connaître l'image globale du médecin)

Décrivez nous votre patientèle ? A-t-elle évolué au cours de votre exercice ?
Quelle est selon vous la relation idéale avec vos patients ? Ou la pire ?
Avec quel type de patient êtes-vous à l'aise ou pas ? Et pourquoi ?

- **Choix du patient pour l'entretien en interaction**

Pensez-vous à des patients puis un patient en particulier ?
Organisation des entretiens futurs.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Annexe n°2 : Guide de l'entretien en interaction

1) Présentation du cadre de l'entretien

Présentation des enquêtrices : Nous sommes deux étudiantes à la faculté de Lyon, réalisant un travail de recherche.

Présentation de l'enquête : Nous réalisons une étude sur la relation entre le médecin et son patient. Nous souhaitons observer les interactions qu'il existe entre eux.

Présentation du déroulé de l'entretien **:** Ce n'est pas un questionnaire prédéfini mais plutôt un entretien. Pour faciliter le recueil et l'analyse des données, nous souhaiterions enregistrer l'entretien, si vous êtes d'accord. Nous vous assurons l'anonymat et la confidentialité.

Nous vous proposons à votre tour de vous présenter et ensuite nous aborderons différentes sujets.

2) Présentez- vous ?

3) Thèmes à aborder :

-Représentation initiale :

Comment avez-vous choisi votre médecin?

Quels éléments, quels critères ont fondés votre choix ?

Quelles ont été vos premières impressions l'un de l'autre ?

-Représentations mutuelles globales :

Comment pouvez-vous me décrire votre médecin ? Votre patient ? Qu'en pensez-vous ?

-Construction/évolution de l'image :

Quels sont les événements marquants dans l'histoire de votre relation ?

Quels changements ont-ils eu sur l'image que vous avez de votre médecin /patient ?

Qu'en pensez-vous ?

4) Conclusion :

Qu'est-ce que l'entretien vous a apporté ? Qu'avez-vous appris l'un de l'autre ?

Avez-vous des choses à ajouter?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. **Annexe n°3 : Entretiens**

Dyade A :

Entretien individuel Docteur A et débriefing en interaction : (EA1)

Date: Juin 2014, réalisé après l'entretien en interaction avec la Patiente A.

Lieu: A un café sur une place de village (choisi par le docteur A)

Placement: Interviewer et Docteur A attablées autour de confiseries, en face à face

Comportement général: L'ambiance est très détendue. Lors de la sortie des écoles, la place est très animée avec des enfants jouant sur le manège.

Interviewer (I) : Suite au mémoire de Claire, on a un peu revu comment on allait faire en pratique. On va faire ça en 3 étapes, un premier entretien avec le médecin pour bien le connaitre et qu'il choisisse lui-même le patient, puis l'entretien médecin patient qu'on a fait ensemble, puis après faire le débriefing. Donc nous aujourd'hui on va faire le premier et le dernier. Les deux en même temps.

Docteur A (Dr A) : Ensemble, d'accord.

I: Donc en fait le premier entretien, c'est surtout pour apprendre à vous connaitre. Pour commencer, même si vous l'avez fait la dernière fois, est ce que vous pourriez vous présenter?

Dr A: Donc je m'appelle X, j'ai 53 ans, je suis installée à V depuis 21 ans. Euh j'ai des engagements professionnels très impliqués dans différentes structures. Euh et je pense que j'ai maturé dans la relation médecin malade avec le fils des années et j'ai modifié grandement ma pratique depuis quelques années.

I: D'accord et justement au sujet de votre pratique médicale, commet est ce que vous pourriez nous la décrire?... En ce moment, ou son évolution, au fur et à mesure des années?

Dr A: Alors je la décrirai différemment. Par rapport à ma pratique d'avant. Je crois qu'elle s'est améliorée, mais je me rend compte aussi que lorsqu'on est épuisé psychiquement, même si on a l'expérience, c'est compliqué d'avancer et de faire, comment je dirais, une qualité importante de la relation médecin malade. C'est plus, en exemple, un patient qui vient pour sa rhino, "qu'est s'tu me fais chier, je m'en fou!" Voilà. Je suis plus en forme en ce moment mais sur le plan général, je pense que vraiment, je me suis rendu compte que j'ai vraiment changé de pratique et que je fais attention à des trucs auxquels je ne faisais absolument pas attention il y a a quelques années.

I: Qu'est ce qui a permis d'évoluer comme ça? Qu'est ce qui pour vous a fait évoluer votre pratique justement?

Dr A: L'expérience surement. Le Balint que j'ai fait et puis les formations.

I: Des formations Balint, vous en faites?

Dr A: J'en ai fait. J'ai fait du Balint simple et aussi du psychodrame Balint, qui est un truc absolument génial. Euh que j'ai, où on revivait vraiment énormément la consultation. ... donc elle a de plus physique et c'est assez étonnant parce que ça vous fait ressentir des émotions ou des difficultés que vous auriez pas pu aborder par le... par le langage.

I: Donc c'est une remise en scène en fait d'une consultation?

Dr A: Oui c'est ça. On fait un psychodrame. C'est à dire que parmi l'assistance on va choisir le patient, par exemple si le patient est accompagné, le mari du patient, et on va expliquer comment la scène s'est joué. On va dire « voilà je suis allée le chercher dans la salle d'attente, je lui ai serré la main, il m'a regardé ou il m'a pas regardé. Son mari a dit ça ou sa femme a dit ça. Et on va refaire la scène. Et c'est au choix donc de la personne qui met en scène ce jeu de choisir, de vouloir parler ou pas déjà et de choisir le patient, et puis un situation. Et après que la

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

scène est joué, on ressent des choses et puis il y a des discussions, c'est assez intéressant.

I: Donc ça c'est des formations qui sont plutôt du domaine du relationnel plus que, on va dire, le technique « pur et dur »?

Dr A: Alors oui. Il y a le relationnel et puis le technique « pur et dur », ben ouais une fois qu'on a appris l'approche centrée patient, la reformulation, les questions ouvertes...enfin tout ce qui fait finalement la possibilité de dialogue, ou le cycle de Prochaska, parce que c'est important aussi de savoir les phases précontemplatives etc... parce que c'est vrai dans toute démarche de soin. Euh on arrive à moins se faire mal quoi. Parce que fasse à son patient qui fait rien, qui a pas envie, ou qui est bien comme ça et qui n'a pas du tout appréhendé sa maladie. Euh le jeune médecin va se remettre en cause en disant « Ouais qu'est ce qu'il se passe? », le vieux médecin ben aura la patience d'attendre, de reprendre, de pas avoir le sentiment d'un échec et je crois que c'est... un des trucs important pour bien améliorer notre relation, il est impératif d'avoir, euh comment dire la patience et l'absence de burn out face à la relation médecin malade, pas le sentiment non plus que si le patient ne fait pas ce qu'on lui demande c'est parce que l'on a pas été assez si... le temps patient est important.

I: Et ça vous l'avez appris au fur et à mesure des formations justement, ou avec des patients...?

Dr A: Les deux, et puis aussi une psychanalyse personnelle, j'ai fait 7 ans de divan à deux séances par semaine.

I: D'accord. Donc le personnel et le professionnel ont permis de...d'évoluer...

Dr A: Et là si d'une certaine façon, dans ma vie personnelle, ça a surement amélioré les choses, mais enfin c'est plus compliqué. Je pense que très certainement dans ma relation avec mes patients la psychanalyse m'a vraiment aidé... aidé à comprendre certains mécanismes de pensée, pas vouloir dire « il y a qu'à etc… »...et arriver à faire autrement. Parce que moi quand j'étais jeune médecin, j'étais la maman, c'est à dire mon patient il arrivait, j'allais lui sauver la vie, j'aller faire tout pour lui, j'étais vraiment incapable de dire non, incapable de ... je culpabilisais quand le patient n'était pas bien, d'avoir l'impression que si son diabète était aussi déséquilibré c'est que je n'avais pas su le convaincre etc…et à la fois j'étais dans l'autoritarisme. Je me souviens d'une de mes patientes qui m'a dit « Même *(en accentuant sur le mot)* dans la rue vous m'engueuler ». Ca faisait un an que j'étais installée, je l'avais vu avec un énorme gâteau, etc. et je l'avais regardé en faisant les gros yeux. Et c'est un truc vraiment que je ferais pas, que je ne ferai plus maintenant. Et ça me fait penser à autre chose, c'est que je me suis retrouvée un jour à Leclerc dans un super marché, je faisais une fête et dans mon caddie il y avait que des apéros, du champagne, enfin il y avait tout ce qu'on fait pour faire la fête. Et à la caisse je vois un de mes patients, et j'ai vu le regard très désapprobateur de ce patient vis à vis de tout ce que j'avais dans la... Je ne sais pas ce qu'elle a pensé, c'est toujours très compliqué de...entre ce que vous, votre présentation et la sienne, enfin bon voilà et ça m'a fait repensé à ce patient que j'avais emmerdé dans la rue parce qu'il mangeait son gâteau. Et donc voilà...

I: C'est vous qui vous dites autoritaire ou c'est les patients qui vous font ressentir que vous l'étiez? C'est votre manière à vous maintenant de vous critiquer?

Dr A: Non mais quand je parle d'autoritarisme, je dis que mon patient en fait... oui j'étais autoritaire oui, j'étais une maman, dans un truc d'interdit. Et je suis même pas sûre qu'en tant que parents j'ai été aussi autoritaire.

I: Plutôt directe?

Dr A: Directive, voilà c'est le mot. Donc euh oui c'est pas de l'autoritarisme mais de la directive très importante. Voilà.

I: Et maintenant vous pouvez dire que ce n'est plus la même chose? C'est différent dans la relation que vous avez avec vos patients?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr A: Je pense oui. Globalement oui, mais après « chassez le naturel de temps en temps moment je suis plus fatiguée que d'habitude pour d'autres raisons et c'est vrai que l'autre jour je me suis surprise à dire à un patient « écoutez de toute façon, 10% pour vous c'est pas mal. » On peut pas attendre, enfin je veux dire, j'étais je crois pas du tout dans le soin.... voilà donc un côté d'exaspération etc. Et quand j'étais plus jeune, je crois que ce genre de truc je l'aurai mal vécu. Maintenant je me dis c'est pas grave.

I: Mal vécu dans quel sens?

Dr A: Ben mal vécu parce que je n'étais pas dans la relation de juste. Si vous voulais pour moi un docteur c'est quelqu'un qui doit faire, qui doit toujours être docteur face à un patient et qui n'a pas le droit d'avoir des émotions, n'a pas le droit de... etc... Dans ma tête de jeune médecin. Maintenant pour moi, qui suis un petit peu plus vieux docteur, je considère qu'un médecin est un professionnel qui essaye dans la mesure des cas à avoir une distance suffisante avec ses patients, à avoir une attitude intéressante, mais qui de temps en temps parce que le matin il a eu un souci à la maison, parce que l'on est fatigué, parce qu'on est malade, de temps en temps même si ce n'est pas souhaitable, s'il on est pas top ce jour-là, ben c'est pas grave.

I: Et laisser plus de place à l'émotionnel aussi?

Dr A: Non je ne dirais pas ça, pas l'émotionnel, pas du tout. Pas du tout, mais dire si ça fait chier, ça fait chier, quoi. C'est pas de l'émotion c'est ... non. Vous voyez par exemple, vous parlez de l'émotionnel, il m'est arrivé vraiment quand j'étais plus jeune, je parlais beaucoup de ma fille, de mes enfants enfin voilà. Puisque je venais d'accoucher six mois avant mon installation donc forcément mes patients ont vu grandir la famille. Avec moi dans la cabinet, donc forcément maintenant ils me renvoient, donc des fois je peux dire, certains vieux patients, qui sont dans des habitudes un peu difficiles sur une forme de copinage entre guillemets. J'arrive à gérer parce que finalement, mais ça me dérangerait presque. J'essaye dans la mesure du possible de limiter les allusions il revient au galop ». Par exemple en ce personnelles sur ce que je fais, parce que ça n'a rien à voir dans la relation médecin malade. Rien.

I: Si on doit revenir de manière très brève, est ce que vous pourriez me décrire sur votre parcours professionnel?

Dr A: Alors mon parcours professionnel, donc euh j'ai été thésée en 1992, je me suis installée en 93, euh 5 ans après j'étais maitre de stage, alors là euh, je vous dirais après....après j'ai été maitre de stage, impliquée dans la formation, maitre de conf', professeur, membre de la HAS, formateur au sein du CNGE donc avec différentes formations. Donc euh voilà, j'ai fait du Balint, en groupes de pairs. Je ne suis plus dans un groupe de pairs maintenant ni en Balint. Mais voilà je me suis formée tout le temps, la nécessité de se former, de réfléchir, de discuter avec les autres, de se comparer mais aussi d'arriver à avancer ensemble. Je trouve que c'est très intéressant et la relation médecin interne, quand on passe le coté, je dirais, un peu hiérarchique de l'interne face au maitre de stage etc, qu'on puisse vraiment discuter en deçà de la relation personnelle, tant l'interne que soit, je crois qu'on avance.

I: Cet échange autant avec les professionnels qu'avec les internes?

Dr A: Oui parce que moi les internes, c'est aussi des professionnels. Après c'est vrai que peut être au départ c'est un peu compliqué dans la relation parce qu'il y a une hiérarchie, parce qu'ils sont là aussi pour montrer ce qu'ils savent faire, et que des fois c'est compliqué, mais une fois qu'on a dépassé ça...moi j'avoue que souvent les deux derniers mois du stage, vraiment je m'éclate avec les internes, parce qu'on a vraiment des échanges entre professionnels, dans une discussion sur le soin... après c'est pas obligé mais c'est vrai que du bonheur dans ce cas là. Euh parce qu'on discute sur la relation même...même des fois, moi je me souviens d'un interne qui était, il était coréen et à la fois français, sa mère était française, son père coréen, donc il était asiatique tout en ayant aussi la culture française. Et donc il avait une capacité

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'écoute et de relationnel, dans la distance, dans la relation, il avait tout compris. Vraiment. Et du coup ça m'a ... ça m'a fait réfléchir sur la manière dont moi j'appréhendais les choses et sur des patients où j'avais des difficultés finalement à communiquer, à avancer, il m'a permis d'avancer. Et souvent les internes, ils peuvent parfois permettre au patient d'avancer alors que moi je suis en panne avec eux. Et je trouve que permettre aussi, de faire autrement et d'accepter que ça puisse marcher sans soi, je crois que dans le soin c'est hyper important.

I: Hum, hum.

Dr A: Parce que moi je me souviens quand j'étais plus jeune, un patient me quittait, il me (*en appuyant sur le mot*) quittait. C'était pas on se quittait, c'était il me quittait. Il me quittait et euh je le supportais pas, je me disais « qu'est-ce que t'as fait? qu'est-ce que t'as bien pu faire pour qu'il s'en aille?» Alors que j'ai fait tellement de choses pour lui, je ne comprends pas.

I: Hum hum, vous réfléchissiez beaucoup à pourquoi est-ce que lui *(en accentuant sur le mot lui)* vous avez quitté?

Dr A: Oui pourquoi ce... finalement cet abandon parce que c'était un peu ça. Et le mot est fort mais je le relie à l'abandon. Il m'avait abandonné. Alors que moi j'étais le Dr etc... je crois que vraiment... et là je vais élever un point personnel, c'est que je pense que...dans notre propre histoire, il y a forcément dans la relation médecin malade. Comment vous dire...des éléments de sa propre vie. Moi j'ai été abandonné par mon père quand j'avais neuf mois, et du coup euh, le fait que mon patient m'abandonne m'a fait quelque part revivre c'était l'abandon. C'était.. et là voilà je me souviens, que c'était compliqué, c'était compliqué, parce que j'avais l'impression de pas avoir été à la hauteur comme j'ai longtemps pensé que mon père était parti à cause de moi, voilà. Et donc euh...

I: Une espèce de transfert, sur votre vécu...

Dr A: Absolument, et c'est pour ça que la psychanalyse en soit ma vraiment aidé à avancer.

I: Hum, hum pour qu'au niveau personnel pour soyez bien, pour avancer aussi au niveau professionnel?

Dr A: Oui et puis réagir aussi du coup à ce qu'on est, à ce qu'on est, ce qu'on fait, pourquoi. Vous savez je crois que, moi ce que... pouvoir, enfin être capable de... décidément. Etre capable de comment dire... de se dire bon là, « il y a un truc qui déconne, mais pourquoi ça déconne? Qu'est ce qu'il se passe et qu'est ce qu'on aurait pu faire pour faire autrement », sans pour autant être dans la culpabilité, et je crois que c'est une manière aussi de permettre d'avancer dans le soin. Dans sa vie perso, j'y arrive moins, mais dans la vie professionnelle je trouve que c'est assez intéressant et je pense que pouvoir... c'est valorisant parce que, même si on a fait, pouvoir se dire qu'on est capable de pouvoir éventuellement rectifier le tir, parce qu'on comprend ce qu'il s'est passé et qu'on va peut être pouvoir modifier ça, en ayant un comportement différent, ça permet aussi d'avancer dans la relation médecin malade.

I: Et ce genre de réflexions que vous avez par rapport à la relation avec vos patients, vous le faites de vous même ou le fait d'assister au groupe Balint est important de pouvoir échanger, en discuter?

Dr A: J'ai fait du Balint après ma psychanalyse, je suis restée un an, j'ai bien aimé et paradoxalement.. euh face euh il y avait un psy qui était là, et je la trouvais nulle. La psy. Et je me suis dit, je sais pas. Il y avait des fois la façon dont elle se comportait vis à vis d'autres personnes etc., ça me...j'arrêtais parce que ça me, j'ai trouvé que j'étais pas en face de gens de... qui était de qualité. Et j'ai pas eu envie...

I: De continuer..

Dr A: Ouais dans ce groupe-là. Après je vous dis pas que si je trouve un autre groupe j'irai. Mais petit à petit je crois que j'ai euh je dis pas, il m'arrive de temps en temps d'avoir des difficultés avec des patients, et

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'en parler des fois à mes confrères, de façon informelle. Ou avec mes internes, parce qu'ils sont au cœur de notre consultation. Mais j'éprouve pas tellement le besoin de... de retourner comment dire... de retourner dans une... dans un groupe Balint, non je...

I: Dans un groupe trop formel et trop structuré aussi?

Dr A: oui parce que j'ai le temps, malheureusement les journées ne font que 24 heures, et je pense que j'ai vraiment acquis une certaine... une certaine expertise du soin, dans la relation même si euh j'ai peut être pas...je suis capable de les décortiquer, mais peut être pas de l'analyser dans le feeling au quotidien que je peux faire. Mais de temps en temps quand je sens qu'il y a des difficultés, j'essayer d'analyser et de faire autrement ou bien de supporter l'idée que peut être ce patient là, avec moi, en tant qu'individu, ça peut pas coller et que c'est pas grave. Et qui trouvera surement son médecin...

I: Qui lui convient...

Dr A: Qui lui convienne. J'ai arrêté de penser que je pouvais être autre chose que ce que je ne suis.

I: Hum hum

Dr A: Et ça c'est vrai. C'est vraiment vrai. Je suis, voilà. Donc je souffre moins que ça parce que pendant 10 ans, j'ai eu le sentiment que je jouais au docteur en fait. J'étais euh comme je disais souvent, j'ai euh... comme je disais souvent j'ai eu mon diplôme dans un paquet bonus, et d'ailleurs on en rigole avec mon mari me dit souvent « ouais de toute façon, avec tes dix ans d'âges et ton paquet bonus ». Et donc euh, c'est une anecdote entre nous, mais c'est vrai que ça a été comme si j'avais usurpé à ma profession finalement. Que je suis là, que j'étais là par hasard et je suis pas là par hasard.

I: Hum hum

Dr A: C'est difficile de se sentir soignant, vraiment c'est difficile. Quand on est jeune médecin, pas tout à fait construit soi même avec des peut être des fractures de vie, j'en ai eu peut être plus que d"autres. Et euh du coup de dire, quand on voit face à soi une personne d'un âge, qui arrive et qui vous dit, qui vous raconte des histoires complètement dingues, vous vous sentez pas légitime et je crois qu'il y a vraiment ça quoi. Aussi où je me place moi en tant que docteur pour pouvoir avoir une relation, je dirais adaptée à ce que je suis, euh dans le soin, mais est ce que, est ce que ce que je peux amener au patient dans la technique mais aussi dans le relationnel et puis l'écoute. Parce que je me rend compte, une de mes internes me disait l'autre jour, elle me dit « c'est marrant », enfin non elle m'a pas dit ça comme ça, mais elle me disait, elle se reconnaitra je pense si elle lit ce texte, euh elle me disait, « ouais je savais que ça allait pas trop mais j'ai pas senti à un moment donné, parce que le patient était en difficulté que d'un coup vous étiez complètement intégré dans le soin. » C'était plus du tout dans ma difficulté du quotidien actuel. Et elle m'a dit « mais vraiment... », je crois qu'elle a vraiment, et moi aussi j'ai senti ça, qu'à un moment donné, on sort finalement de ses difficultés propres alors qu'on a rien, on se dit qu'on pourrait arrêter de travailler à un moment donné, pour pouvoir, ou que la relation et le soin soit là et à ce moment là précis, n'existe que ça. Et c'est vraiment, c'est vraiment intéressant je trouve. Je crois que moi aussi, dans la relation médecin malade c'est savoir aussi se regarder et être capable de modifier certain comportement, d'avoir une technique mais aussi avoir envie quoi.

I: Oui c'est ça, savoir qu'on peut le faire, mais le faire.

Dr A: Avoir envie. Avoir envie. Je garde l'envie. Et c'est vraiment un truc qui fait parti de moi, vraiment, après je trouve. Voilà.

I: Et est ce que vous pourriez dire que vous êtes satisfaite de votre travail actuel?

Dr A: En dehors de mon problème actuel qui n'a rien à voir, oui. Oui alors après je suis toujours à la bourre, il m'arrive d'être dans des récréations avec mes patients, où je me lâche un peu sur des trucs comme ça oui. Mais bon j'ai arrêté de penser que je pouvais

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

être autre chose que ce que je suis, encore une fois.

I: Et si je vous demande en quelques mots de me définir votre travail? Comment vous pourriez le définir le travail que vous faites avec vos patients? La relation que vous avez avec eux?

Dr A: Le travail comment? Dans les adjectifs? Je comprends pas votre question?

I: Comment vous pourriez définir votre travail, avec toutes les valeurs qui représente, tout ce qui...

Dr A: Alors c'est intéressant parce que ça me renvoie à l'entretien que l'on a eu avec ma patiente l'autre jour. Euh d'ailleurs, je suis pas sure que ce soit moi qui ait choisi cette patiente, euh votre consœur dit que oui, mais j'en sais rien en fait. Et euh mais c'est la patiente je dirais idéale, et elle me renvoit des choses positives, et je pense que oui il y a une, dans la relation il y a le respect l'écoute. Euh le sentiment d'arriver à faire ce qu'il faut pour ce patient, tout en respectant ses croyances et son... et ce qu'il est. Ce qu'il est donc euh oui c'est ça que je définirais...

I: C'est comme ça que vous définiriez votre travail?

Dr A: Sans souffrance également je rajouterai. Sans souffrance et en essayant en tout cas de ne pas mettre mes propres représentations dans la balance. Et là je crois que c'est ça le plus compliqué. Une femme voilée qui vient vous voir, qui se fait traiter comme de la merde par son mari, et qui finalement vit très bien la situation. Je dis ça mais voilà. Parce qu'elle a une place que je ne comprends pas forcement, et que cette place elle va l'avoir encore et que quand elle sera vieille, elle va avoir le même comportement avec sa belle fille, sa belle mère, etc... C'est des habitudes ancestrales et des coutumes ancestrales qui sont ce qu'elles sont. Qui moi personnellement ne me plaisent pas. J'arrive à, j'arrive à comment dire, à supporter sans aucun problème parce que je pense que ces femmes là, elles sont bien là où elles sont. Ce qui ne veut pas dire qu'une femme qui se ferait frapper avec une violence conjugale, je la supporterai, mais je veux dire que dans une autre culture, il y a des choses qui existent et qui sont, qui sont compliquées pour nous occidentaux à appréhender, et il faut les voir, il faut essayer en tout cas de ne pas mettre sa propre représentation dans la balance, sauf la violence en général etc. Après où est la violence, où est la normalité c'est ça aussi.

I: Sans jugement du coup...

Dr A: C'est pas nous les médecins qui vous permettent de dire les choses quoi.

I: Si on revient, au sujet de votre patiente, est ce que vous pourriez décrire votre patientèle, d'une manière générale?

Dr A: Ma patientèle? [I: Hum] Euh c'est une population relativement défavorisée, euh ouvrière étrangère, je dois avoir plus de 30% de CMU c'est quand même beaucoup. Euh, à la fois très respectueux du médecin, où on peut faire de la médecine de terrain, c'est à dire euh on peut voir des vieux, des jeunes, de la gynéco, des enfants...etc. Quelques emmerdeurs. Peu de, des discussions sur qu'est ce qu'ils en pensent, sur l'information...ça aussi ça a changé par rapport à avant c'est que j'explique beaucoup plus les choses. Et j'essaye de les amener à réfléchir sur l'intérêt de l'examen ou pas, de leur donner la possibilité, de dire « je veux ou je veux pas », » faire cette chose où ça m'amènera? ». Alors qu'au début, là ça change aussi dans la position du docteur, je me sentais un peu illégitime dans mon paquet bonus et à la fois je voulais leur donner, « tu fais ce que je te dis », et ça, c'est un paradoxe dans la relation mais, euh maintenant je ne suis plus du tout dans ça. Enfin j'essaie en tout cas.

I: Vous les amenez plus à décider?

Dr A: En tout cas, j'essaye de faire ça et je me rends compte que nos représentation, il y a des patients à qui avant je me disais « de toute façon il ne comprendra jamais il est trop con » et puis euh ou parce qu'il décide de faire autre chose que je lui ai, que je pense qu'il devrait faire. Et là je m'assure juste qu'il a bien compris, ce que je lui ai expliqué. Et finalement qui il choisi l'un ou l'autre c'est pas grave, enfin je veux dire…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

I: Il aura compris déjà.

Dr A: Le fait qu'il ait déjà compris et qu'il ait pu faire un choix, pour moi c'est déjà euh une qualité dans le soin très importante. Et plus que si j'arrive à le convaincre de faire quelque chose.

I: Je vais revenir sur ce que vous disiez, vous êtes parti de ce coté...

Dr A: Y' a qu'à, du côté, y'a qu'à, ou plus essayons de faire participer nos patients dans ce qu'il y a de plus euh voilà alors des fois. En plus c'est intéressant parce que j'ai des mamies qui me disent « mais docteur, vous me grondez même plus! ». « Ben non je te gronde plus ». A la fois...

I: Au début ça ne marchait pas forcement?

Dr A: ... c'est pas que ça marchait pas, c'est que ça pouvait marcher éventuellement, mais que j'avais plus envie de cette relation là, ce qui n'est pas tout à fait la même chose.

I: Oui. On va dire que ça vient plus de vous, que ce que les patients...

Dr A: Ah ben oui oui. Bah alors bien sûr. Le fait de les gronde ça ne marche pas, enfin je le sais. Mais chez certains patients ça peut effectivement marcher un peu à un moment donné. Mais ce qui est important, c'est de, c'est d'arriver. Non, non j'ai plus envie. Mais je pense que le travail psychanalytique comme le travail de la relation m'a permis quand même de réfléchir à ça. Et c'est étonnant parce que depuis que j'ai parlé un peu de relation avec euh les internes. Je me suis rendu compte que les internes quand ils observent ils ne se rendent pas compte de tout ce qu'il se passe dans la relation. La réflexion que, j'en ai rediscuté y a pas longtemps, et effectivement, l'interne n'avait pas ressenti, n'avait pas vu toute les choses, et c'est après, puisqu'elle était dans ce travail, j'ai vraiment travaillé avec elle sur le... j'ai vraiment travaillé avec elle sur la relation et ça a vraiment, il y a que beaucoup d'échange.

I: D'accord, est ce que vous pourriez nous dire qu'elle est la relation idéale ou la pire des relations que vous pourriez avoir avec un patient? la relation idéale?

Dr A: Y a pas de relation idéale, il y a une relation qui se créait et le médecin face à son patient d'avoir une attitude tranquille, d'écoute et de respect du patient dans ce qu'il est et dans ce qu'il croit, pars je pense pas qu'il y est de relation idéale, je pense que c'est une relation qui va se faire ou qui va pas se faire, en fonction de moi, en fonction du patient. De moins en moins en fonction de moi, puisque je pense que j'ai pris... je me souviens d'un patient qui était au front national, je l'ai viré de mon cabinet. C'était, ça faisait trois ou quatre ans que j'étais installée et le front national commençait à monter, il m'a dit quelque chose qui était extrêmement... quand j'ai su qu'il avait sa carte du FN, je l'ai viré du cabinet.

I: D'accord.

Dr A: Maintenant je le ferai plus.

I: On va dire que la relation se créait entre, on va dire qu'il n'y a pas de relation idéale mais c'est entre ce que vous donnez au patient et ce que le patient donne? Ca viendrait plus du patient quand même ? C'est lui qui créait la relation alors?

Dr A: Non, le médecin se met en position de relation avec son malade mais le médecin doit avoir une attitude d'attente, et pas forcement, de comment dire, si la relation que fait je pense que le médecin peut ressentir dans son égo, dans sa relation, dans son plaisir de travailler avec ce patient. Mais c'est la récompense entre guillemets du soin, mais le médecin n'attend pas forcement de son patient quelque chose qui va lui donner. Le médecin est là pour faciliter et permettre à son patient d'avancer dans ses problématiques. Après si une relation se fait c'est du plus. Par rapport au docteur, mais c'est du bonus, c'est pas vraiment, pas vraiment une obligation.

I: Ca va se faire au fur et à mesure, mais c'est pas le but ultime?

Dr A: C'est ça, tout à fait je le verbaliserai comme ça.

I: Justement par rapport à la patiente que vous avez choisi...

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr A:Ouais si je l'ai choisi...

I: Là est la question.

Dr A: Ouais, moi j'ai trouvais ça très intéressant parce que très, très intéressant dans le sens où c'est une patiente en plus voilà. On a une super relation, on a pas d'état âme la dessus. C'est intéressant d'ailleurs. Ce que j'ai pu raconter, euh sur cette patiente devant elle, ma colère vis à vis de la voir comme ça, et qui a permis finalement les choses, mais vous voyez ça c'est des trucs que j'ai analysé, qu'on peut analyser, que je peux analyser maintenant alors que quand je n'aurai jamais analysé une histoire de colère, de comportement etc... Comme je vous ai dit quand je suis sortie de chez la patiente, je me suis dit « t'es allée un peu fort la dessus », mais j'avais mimé cette euh, j'avais peut être accéléré le truc mais profondément j'avais une colère. A la fois c'était satisfaisant parce que valorisant, et à la fois j'ai trouvé que c'était pas satisfaisant parce que finalement une fois que vous vous dites « c'est vachement bien, quand même t'es vachement bon médecin », euh j'aurai aimé d'aller plus loin, j'aurai envie de voir d'autres patients, comme ça je me suis dit, « tiens ça va m'avancer », vous voyez plus qu'un Balint en l'occurrence, c'est intéressant cette relation en face à face avec le patient qui raconte des choses. Et moi c'est quand vous voulez.

I: De le faire avec un autre patient chez qui ça sera plus...

Dr A: Ouais peut être avec un peu plus de difficultés oui...

I: On peut dire que c'est Claire qui aurait plutôt choisi la patiente alors? Moins que vous? C'est ça qui est intéressant aussi, c'est aussi de savoir pourquoi cette patiente là et pas une autre

Dr A: Je crois ouais que j'avais, on l'a vu un jour toute les deux, et je crois que oui à un moment donné elle m'a dit, ouais « tiens on a cherché, et elle? », je dis « pourquoi pas c'est une bonne idée ». Mais je crois qu'au final, bon elle elle dit que non hein, mais je crois…

I: Il y a pas une réflexion qui s'est faite [Dr A: Pas du tout]**, de dire lui parce que ce serait intéressant d'aller plus loin?**

Dr A: Non.

I: Et là vous auriez d'autres patients en tête?

Dr A: Ah la oui, j'en ai une avec qui je n'arrête pas de me, d'avoir une relation, la patiente chieuse, mais vraiment la patiente chieuse. Alors je ne sais pas si elle serait d'accord, mais oui. La patiente chieuse qui veut toujours mettre en échec, qui effectivement est extrêmement chieuse. On fait euh, avec qui, après c'est moins confortable parce que vraiment elle est difficile.

I: Vous pensez que ça pourra faire ressortir d'autres choses en fait?

Dr A: J'aurai bien envie de tenter l'expérience. Ce serait expérimental. Parce qu'après on pourrait, est ce que ça serait intéressant je sais pas mais, si vous voulez elle est, d'accord c'est ma représentation mais c'est pas une patiente qui peut conceptualiser grand-chose. Et qui peut être dans l'étude m'amènera pas grand-chose. Après, c'est intéressant aussi, c'est peut-être de, de prendre un patient qui a un moment donné est en rupture avec moi, et avec qui j'ai une meilleure relation maintenant et d'analyser ensemble, ce qui c'était passé et pourquoi...

I: Nous ce qui nous intéresse c'est de voir l'échange que vous avez avec votre patient à un moment donné, comment se construit la relation, comment vous arrivez à vous adapter, comment... toute la création en fait…

Dr A: Ouais. Tout à fait. Pourquoi pas, honnêtement pourquoi pas.

I: Si on revient du coup à l'entretien avec votre patiente, au final qu'est ce que vous avez retenu et qu'est ce que vous en pensez de manière générale, de manière globale de cet échange?

Dr A: Que… il est conforme à la relation que j'ai avec elle. C'est à dire une bonne relation, avec des échanges très intéressants

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

où chacun est à sa place. Mais qu'on ne mélange pas... pour parler la patiente idéale alors, vous voyez...

I: Donc ce serait la patiente idéale, pas forcément la relation idéale mais la patiente idéale?

Dr A: Non la relation idéale plutôt que la patiente idéale.

I: Et qu'est-ce que vous pensez de la description que la patiente a fait de vous? Si vous vous souvenez de ce qu'elle a dit?

Dr A: Je me souviens pas, mais je me souviens que j'avais trouvé ça assez honnête.

I: Elle parle d'un médecin humain,[Dr A: Hum] médecin emphatique, [DrA: Hum] médecin qui prend son temps, elle euh, alors d'ailleurs vous allez me dire ce que vous en pensez, elle met en dualité le médecin technique et le médecin relationnel, qui a une double casquette. Elle le dit souvent.

Dr A: Oui mais c'est vrai. Mais c'est vrai que, il y a les m-a-u-x et les m-o-t-s, c'est pareil.

I: Donc vous êtes d'accord avec ça?

Dr A: Oui je ne conçois le soin généraliste sans cette relation duelle entre la maladie, où on apporte à notre patient une technicité, un diagnostic, une thérapeutique, une information et puis la relation, 'écoute, la position du médecin qui est attentif, à la fois dans la bienveillance. Non je ne conçois pas les choses autrement.

I: D'accord, on remarque aussi tout au long que vous avez une place qui est, qui est bien déterminée dans sa vie, si on peut dire, elle dit quand même régulièrement, elle dit toujours, mon *(mot appuyé)* **médecin, mon** *(mot appuyé)* **docteur, et elle parle quand même « j'avais besoin... », par rapport à cette histoire de fracture de la malléole, elle dit « j'avais besoin de quelqu'un, mais pas n'importe qui. » Elle parle de quelqu'un d'extérieur à la famille mais elle a pensé à vous au moment où il fallait qu'elle puisse avancez.**

Dr A: Oui mais parce que je crois qu'elle me fait confiance, mais je crois pas que ce soit une confiance en moi...

I: Une confiance en vous?

Dr A: Non une confiance aveugle

I: Aveugle, d'accord.

Dr A: Aveugle...ouais. Peut-être qu'elle était mure, parce qu'elle dit bien, euh « mes fils me le disaient, mes enfants, ma famille me le disait mais moi j'entendais pas. » Peut être qu'il fallait que je, que son médecin, l'expert, peut être quelqu'un qui était à distance d'elle et pas impliqué dans l'intime qui puisse lui dire, « s'il me dit la même chose c'est que à priori », je pense qu'elle avait la solution mais qu'elle voulait peut être une... que je lui redonne le témoin. Que je facilite ça, mais je pense qu'elle avait déjà les clés. Peut-être que, elle m'aurait pas appelé un mois avant....

I: Ca se serait peut-être pas passé de la même manière?

Dr A: Non parce qu'elle avait besoin que je lui dise des choses et, elle avait besoin aussi, elle avait besoin que quelqu'un, professionnel soit autre, parce qu'elle avait peur, et cette peur, elle l'a déposé aussi.

I: C'est elle qui a quand même amené cet évènement dans la discussion il me semble, et elle parle de, si j'arrive à retrouver, elle disait qu'elle avait besoin d'un médecin aussi mais qui n'est pas dans la plainte, c'est à dire qu'elle avait besoin de quelqu'un d'extérieur mais elle dit aussi « quelqu'un qui n'est pas dans la plainte et qui aide à réagir », elle dit, c'est ses mots « elle m'a brusqué, ça m'a fait un électrochoc ». Vous vous l'aviez vécu comme ça aussi à ce moment-là?

Dr A: Non je ne pense pas mais j'ai été ferme. Je l'ai bien examiné et je lui ai dit « écoutez mon examen ne montre rien, qui puisse faire que vous ne marchez pas et il n'y a aucune raison que vous ne marchiez pas. » Bon voilà, j'ai été, j'ai eu à la fois un avis d'expert et à la fois quelque chose de ...et peut être que j'ai été ferme dans ça, mais j'ai essayé aussi de savoir « mais pourquoi vous avez peur à ce point? Qu'est-

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

ce qui vous fait peur à ce point? » voilà. Et c'est pour ça qu'elle a mis cette dualité entre la maladie, moi en tant que docteur je lui ai dit « ben non votre état est très bon, vous pouvez remarcher » et à la fois j'ai essayé de lui dire, 'mais quelle problématique vous avez? pour avoir si peur? Donc c'est en ce sens que je reviens à ce qu'elle disait la, les deux.

I: La double casquette?

Dr A: Ouais. Et je pense que c'est. Elle vit ça comme une brusquerie.... j'ai peut-être été brusque, mais...non je crois je crois que j'ai été ferme, et même je me souviens, lui avoir dit « mais vraiment il n'y a aucune raison que vous ne marchiez pas. je pense que ce n'est pas un problème mécanique », je lui ai clairement dit « il y a peut-être autre chose », je l'ai peut-être brusqué, c'est peut-être en, parce que je lui ai renvoyé peut être sa problématique c'était sa peur.

I: Et pas tant le coté mécanique..

Dr A: Voilà.

I: Parce que vous avez quand même dit: « Ca m'a un peu énervée de la voir comme ça ».

Dr A: Oui, oui, parce que oui...

I: Vous avez réagi comme ça en réponse à ce qu'elle vous renvoyé.

Dr A: Non, ce qui m'a énervé c'est de la voir larmoyante, dans une espèce de... de… elle m'a fait penser à sa sœur, c'est gravissime, j'ai choisi de soigner toute la famille et euh je soigne toute la famille et ça m'a énervée ouais. Ça m'a énervée parce que je me suis dit, elle va pas partir sur ce terrain-là quoi.

I: Vous aviez pas envie de... c'est pas la patiente que vous connaissiez?

Dr A: Ah non, elle me renvoyé quelque chose qui ne me convenait pas en fait. Clairement alors que moi en l'ayant examiné j'avais analysé que c'était pas euh, du point de vue médical et mécanique, je dirais technique, il n'y avait aucune raison. Je me suis dit autant sa sœur qui est une charmante dame, avec qui j'ai euh...avec qui j'ai une relation plus complexe, autant euh, autant avec elle pour moi c'était compliqué.

I: Finalement, parce que nous, quand on a relu un peu l'entretien, on voit que finalement dans cet évènement là, vous, vous arrivez à analyser un peu les choses sur le moment même, parce que vous êtes retourné la voir, en lui disant, « oui mince », je crois que ce que vous avez dit c'est « punaise tu as poussé le bouchon quand même », vous vous êtes rendu compte que vous l'aviez un peu brusquée et du coup vous êtes revenu en disant bon quand même il va falloir un peu apaiser tout ça, en sachant que vous même vous vous êtes dit "quand même je l'ai brusqué", et même après ça...

Dr A: J'ai senti ma colère, oui j'ai senti que, je vous dit parce que peut être que... quand on a fait une psychanalyse, je crois aussi que quand on a des relations comme ça où notre attitude est un petit peu véhémente ou agressive, ou gênante ou je dirais pas tout à fait adaptée à ce qu'elle devrait être, on est capable de modifier ça. Moi je... je crois que j'ai une vraie faculté à ressentir les choses...

I: A se mettre en recul, à se remettre en question?

Dr A: Oui voilà. Quand j'étais jeune médecin j'avais le feeling et maintenant je crois que j'ai la construction psychique et la technique qui me permet de faire autrement. Donc de le verbaliser parce que j'ai, j'ai les deux, la construction psychique et la technique. Moi je vois avec les internes, il y a des internes, la relation médecin malade, ils pourront être très bon docteur, ils choisiront les patients qui leur faudra, la relation médecin malade ce sera de la technicité pendant, et à la limite il en faut. Même si médecin généraliste c'est dommage qu'il soit que ça mais il y a des étudiants, et à la fois moi je vois avec mon binôme, je pense à une interne, il me disait toujours "de toute façon ce sera une trieuse et puis c'est tout", mais moi je crois que les gens ils peuvent évoluer, ils peuvent changer, ils peuvent avoir des parcours de vie qui à un moment donné font qu'ils font autrement, je suis profondément optimiste sur l'individu. Je crois que rien n'est jamais perdu.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

I: Hum hum

Dr A: Vraiment hein, je pense.

I: On a remarqué aussi dans l'entretien, que vous êtes quand même on va dire en alerte et que vous vous intéresse quand même à la posture que avez, ou que vous adoptez à un moment donné et l'impact que ça peut avoir par exemple sur un patient.

Dr A: Oui il y a des fois je joue au Docteur, mais avant je jouais au docteur parce que je me sentais illégitime mais maintenant je joue au Docteur parce qu'il faut jouer au Docteur à un moment donné, ou que moi je pense que. Ça veut pas dire que j'ai raison mais ça veut dire que je pense que ça peut être intéressant à un moment donné de jouer au docteur. Et à la limite, si je gronde un de mes patients un jour parce que je vais le faire sciemment, je vais le faire non pas le faire parce que je vais le gronder, parce que je ne suis pas foncièrement mécontente qu'il n'ait pas fait ce que je lui ai demandé, mais je vais le gronder parce que je sais que dans la relation, ça peut aider.

I: Par exemple la patiente à un moment donné elle parle, je sais plus comment s'est mis sur le tapis, mais une question de surpoids, quand le surpoids était noté lors d'une consultation [Dr A : ouais ouais] **et puis on arrivait pas très bien à comprendre ce qu'elle disait mais vous, Mais vous justement vous avez voulu essayé de bien comprendre ce qu'elle disait « d'accord, mais qu'est ce que vous voulez dire exactement ? Vous voulez dire que je vous rassure, que je vous culpabilise pas c'est ça que vous voulez dire? », on voit que vous étiez vraiment dans le… que ça vous intéresse, que vous voulez quand même …**

Dr A : Ca m'a interpellé ouais. Ça m'a interpellé oui, parce que je ne voyais pas de quoi elle me parlait, etc…et ce qui m'a frappé c'est euh j'avais pas appréhendé, chez elle en tout cas, cette histoire de poids. Qui semblerait été important pour elle. Et je me suis dit mais j'ai mal saisi cette importance, et donc ça me perturbait dans le sens où elle me parlait de quelque chose qui manifestement été importante pour elle, et qui m'était complètement.

I : Oui et puis elle y pensait à chaque fois qu'elle sortait de la consultation « ah ben oui t'as pas perdu de poids », mais pourtant vous n'en parliez jamais pendant les consultations.

Dr A: Hum hum, oui alors, ouais vous avez raison, c'est vrai que sur le coup j'avais oublié comment sur le coup ça m'avait interpellé en me disant « de quoi elle me parle? »

I: Il y avait un autre... qu'est-ce qu'elle nous a dit?... ah oui à un moment donné, ça c'était vous qui avez posé la question, « et le fait qu'il y est des internes, est ce que ça a changé quelque chose pour vous? » ça rentrait pas dans le but d l'entretien, mais c'est intéressant, ça montré que vous étiez voilà, dans l'intérêt, que ça vous posez question de savoir dans la relation avec les patients comment ça évoluait et comment ça [Dr A: Hum hum]**, c'est deux trois petites choses qui nous fait dire que...**

Dr A: Que j'étais dans l'écoute ouais. Oui mais non, je vous dis avant je jouais, maintenant je le fais naturellement, j'arrive à l'intégrer, je... je pense que quand je me regarde, la valorisation pour moi, je me sens légitime et je me sens aussi à ma place et dans mon travail. J'ai plus besoin de m'encombrer, puisque je le pense. Vous voyez la nuance? Et puis comme vous dites, comme je le disais tout à l'heure, la relation médecin malade est... vous attendez rien du patient, mais vous essayer d'être là, parce que vous êtes là pour ça. Et à la fois si il vous donne quelque chose, c'est... c'est extrêmement intéressant. Euh mais à la fois si cette récompense-là entre guillemets arrive pas, c'est pas grave. Vous voyez, et ça c'est vraiment ça le...arriver finalement, je pense que dans ma tête j'ai maturé dans la relation, j'aimerai faire aussi bien avec mes proches. Mais euh voilà.

I: Après vous disiez à la fin, "elle comme moi, on a bien compris notre relation". Ça vous vous en êtes rendu compte au fur et à mesure de l'entretien [Dr A: Oui tout à

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

fait]**, ou c'était déjà avant ça? Vous saviez déjà en fait?**

Dr A: J'avais pas vraiment réfléchi, non parce que comme je vous dis je ne suis pas convaincu que ce soit moi qui est choisi la patiente. Mais euh, j'aurai pu la choisir, j'aurai pu la choisir, parce que c'est une femme, elle me touche cette femme en fait, aussi parce qu'elle a eu un parcours compliqué et difficile et elle me touche beaucoup, alors qu'elle a.... elle fait partie de cette génération de femmes maghrébines avec des grosses difficultés et cette finalement, ce côté bouillonnant qu'elle peut avoir, elle m'émeut ouais, vraiment.

I: En tout cas nous ce qu'on a retenu en conclusion pour cette entretien, c'est ce que vous avez dire: « ça fait du bien d'entendre ce que vous me dites. Oui moi je pense que c'est l'image du médecin que j'ai envie d'être. »

Dr A: Oui mais tout à fait.

I: Ce que vous disiez au tout début, c'est quand même un entretien, un échange avec une patiente qui vous a... qui vous a quand même fait du bien?

Dr A: Ah oui. On va dire maintenant, le patient médicament pour le docteur (*rires*)

I: On peut le voir comme ça... et sinon à quel niveau cet échange a pu changer quelque chose?

Dr A: Ca n'a rien changé.

I: Ca a rien changé?

Dr A: Non.

I: Autant avec elle, qu'avec d'autres patients?

Dr A: De quoi, d'avoir...

I: D'avoir fait cet échange-là, oui.

Dr A: Non, ça a attisé ma curiosité et donné envie d'aller un peu plus loin dans ça. Je trouve ça assez intéressant et je me suis dit, à la fois la patiente je vous dit, la vraie chieuse, je sais pas, je suis pas sure que finalement ça serve à grand chose, ça serait intéressant d'essayer, mais ce qui serait intéressant ce serait de...de prendre quelqu'un avec qui à un moment donné, il y a eu le conflit où finalement les choses se sont apaisées et qu'est ce qu'il s'est passé? Qu'est ce qu'il s'est passé à ce moment là pour... comment dire... qu'est ce qu'il fait, est ce que ça vient... qu'est ce qu'il s'est passé?

I: Hum hum. On va dire une rupture...

Dr A: Alors j'ai une patiente récemment qui est partie de mon cabinet, un jour je l'ai eu au téléphone, elle voulait un RDV, et j'ai dit « venez entre deux », parce l'interne l'avait vu, j'étais pas encore arrivée, et je lui ai répondu un peu brusquement en disant « on vous prend dans une heure, venez et j'ai raccroché un peu brusquement. » Elle m'a rappelé deux heures après « écoutez vous m'avez raccrochez au nez, préparez moi mon dossier. » Elle a raccroché. Je lui préparais son dossier, elle est partie du cabinet, et elle est revenue, quelque temps plus tard, en s'excusant platement du comportement qu'elle avait eu etc...

(...)

Dr A: Ca serait intéressant qu'il y ait des temps, comment dire, même des temps, vous voyez, dans tout ce qu'on fait, qui sont pas rémunéré et qui pourrait être des temps je dirai salariés avec un forfait où il y aurait peut être des temps ou de temps en temps, on parle de la relation avec son patient.

I: Ca vous semble possible en pratique de le faire?

Dr A: Pourquoi pas... en lui disant...

I: Un petit peu ce qu'on a fait en fait?

Dr A: Oui en lui disant, « je trouve que dans notre relation, on a de difficultés, ça serait bien qu'on échange avec un tiers sur ça. »

I: Avec un tiers?

Dr A: Oui, avec un tiers. Oui je trouve que vous, le caractère dynamique du truc, je trouve que ça serait... je suis pas sure que si on faisait des études, au final ça couterait pas moins cher à la sécu de faire ce genre de truc, au lieu de faire en sorte que voilà. Non

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

mais ça serait, peut être qu'on fera ça dans les temps à venir.

I: Ben nous c'est pas la grande question mais c'est un peu, avec la thèse de savoir si ça vaut le coup ou pas. De discuter de la relation en face à face que vous avez avec eux, pour débloquer...après il faut que ce soit une relation dans laquelle il y ait quelque chose qui ce soit passé, soit une rupture à un moment donné. On peut pas le faire avec n'importe quel patient.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien en interaction Docteur A et Patient A (EA2)

Date: Février 2014

Lieu: Au cabinet du Docteur A

Placement: Les quatre participants sont installés en cercle. Le médecin est face au patient. Le patient est plus tourné vers l'intervenant.

Comportement non verbal:

Patiente A:

Au début de l'entretien : détendue, pieds croisés, mains liées mais non nerveuses

Pendant l'entretien : parle beaucoup avec les mains, mime les gestes, a le sourire

Lorsqu'elle regarde le docteur : regard complice

Lorsqu'elle parle : regarde le plus souvent l'intervenant même lorsqu'elle évoque son docteur

Lorsqu'elle évoque le décès de sa fille : pleurs

Lorsque le médecin parle : acquiesce les propos, a le faciès souriant, détendue

Docteur A :

Au début de l'entretien : posture décontracté, souvent le buste en avant, les mains dans les poches

Lorsque la patiente parle : acquiesce les propos, regarde seulement la patiente, faciès affichant un sourire permanent voire figé, contact avec le pied de la chaise sur laquelle la patiente est assise

Lorsque la patiente évoque le décès de sa fille et pleure : en retrait

Lors de l'échange de propos : petite tape sur la main

Présentation du modérateur et de l'observateur.

Modérateur (M): Est-ce que vous pourriez vous présenter?

Patient A (PA): Mme A., je suis patiente du Dr A, depuis X années, j'habite à W....

M: Vous avez quel âge ?

PA: J'ai 66ans, j'ai 2 enfants, enfin 3, j'en ai perdu une...

M: Hum d'accord... ok

PA: Voilà, je suis retraitée et j'ai toujours habité Villeurbanne.

M: D'accord, vous travailliez dans quoi ?

PA: Euh du secrétariat.

M: D'accord…

Docteur A (Dr A): Dr A, j'ai eu 53 ans il y a une semaine, voilà euh, médecin généraliste installée depuis 20 ans dans ce cabinet, et je crois bien Mme A depuis... c'était à peu près...

PA: Oui quand le Dr X est parti.

Dr A: Oui voilà, je soigne à peu près toute la famille, enfin beaucoup de la famille de Mme A. J'ai soigné un de ses fils qui maintenant habite euh assez loin, il habite de l'autre côté de...

PA: A Y.

Dr A: A Y. Donc je le vois plus, mais je l'ai soigné quand il habitait encore chez vous. J'ai connu sa fille, qui est décédée donc, il y a quelques années. Je soigne sa sœur, sa mère.

PA: Hakim aussi, puisque,…avant qu'il parte.

Dr A: Absolument.

PA: Et donc les deux garçons, les trois enfants...

Dr A: Oui euh voilà, je soigne donc sa maman, je soigne sa sœur, certaines de ses nièces, pas toutes, enfin voilà...

M: Vous connaissez bien...

Dr A: Je connais bien la famille.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

M: D'accord, Bon on va commencer sur le sujet. Déjà Mme A comment avez-vous choisi votre médecin ?

(Petit silence)

PA: Je l'ai choisi parce que, par rapport à la proximité, donc c'était le Dr X, là où j'habitais à U., et c'était la proximité, puis le docteur qui est venu se placer ici.

M: Donc c'était la proximité...

PA: C'était la proximité.

M: D'accord, et c'est un critère... c'est ce critère la qui a fondé votre choix ?

PA: Oui et puis surtout c'est que je suis restée parce que voilà, il y avait une relation avec le Dr. Elle a remplacé le Dr X avec qui s'était vraiment quelqu'un de très bien aussi, qui était par rapport au patient euh à l'écoute...

M: A l'écoute...

PA : A l'écoute, voilà. Et puis j'ai retrouvé le Dr A, qui était pareil, dans la continuation. A l'écoute, on peut venir complètement abattu et on repart, on est le fait d'avoir discuté avec, … de pas mal de chose quoi.

M: C'est un endroit où vous vous sentez écouté...

PA: Oui c'est ça, on vient... enfin moi pour ma part, je viens, je sais que bon je vais voir, et le docteur, et quelqu'un qui va m'écouter, et quelqu'un, je veux dire, d'extérieur à la famille. Donc ça compte énormément.

M: Le rôle d'écoute...

PA: Enfin moi personnellement, ça compte... Après je ressors c'est vrai, avec voilà euh, quand je suis vraiment là au bout en bas, elle me rebooste, elle me dit« il faut y aller il faut », donc il y a ça aussi.

M: D'accord...

PA: Et puis je prends mon traitement. Elle me fait confiance, je lui fais confiance...

M: Il y a de la confiance dans votre relation ?

PA: Voilà.

M: Voilà d'accord, et quel a été votre première impression lors de la première rencontre ? *(En s'adressant au Dr A)*

(Silence)

M: Si vous vous rappelez... *(Rires)*

Dr A: Pas vraiment...

M: Vous avez pas eu une première impression...

Dr A: Pas vraiment... je me souviens de quelque chose, je sais pas si vous vous en souvenez...*(en s'adressant à Mme A).* Euh j'étais jeune médecin et à l'époque j'étais encore marié avec un enseignant. Et il y avait une manifestation à Paris. Euh...d'école, sur l'école c'était sous Mitterrand, c'est ça hein ? *(En s'adressant à Mme A).*

PA : Oui…

Dr A: Et il y avait l'école publique, enfin euh, je sais plus si c'était euh... et on s'est retrouvé nez à nez à la manifestation, [PA : oui à la manifestation], elle m'a pas recadré parce que c'est vrai que j'étais pas dans un truc, et puis elle m'a embrassé comme du bon pain ect... Vous vous souvenez de ça ?*(en s'adressant à Mme A)*

PA: Ah oui je m'en rappellerai toujours... Ah je m'en rappellerai toujours !

Dr A: Et puis j'ai senti, après elle a réalisé que c'était son docteur, du coup elle a eu un mouvement de recul...

PA: J'étais gênée.

Dr A: Voilà oui de gêne...

M: Parce que vous étiez gêné ?

PA : Ben oui parce que je lui ai dit « salut ça va ? », et hop ! *(mouvement d'embrassade),* « ça va ? ».

Dr A: Je et donc euh...

M: Une question de distance...

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PA : Et oui, olala c'est le médecin... voilà, c'est ma réflexion en fait.

M: Et c'était au tout début ça ?

PA : Au début je crois hein ? *(en s'adressant au Dr A).*

Dr A : Oui oui c'est ça... je devais...

PA : 5 à 6 ans après...

Dr A : Oh même pas, 2 à 3 ans ouais...

M: D'accord.

Dr A: Ca faisait peu de temps que j'étais installée...

PA : Mais dans un contexte, à Paris, avec du monde, du monde, du monde de partout... et on est tombé nez à nez, et je lui ai dit « Salut ! », puis je l'ai embrassé.

Dr A: Ouais ouais...

PA: Oh la la, mais j'ai fait comme je vous dit maintenant.

Dr A: Elle était très ennuyée, en fait, je l'ai senti très gênée. Voilà, vous vous souvenez de ça ? *(En s'adressant à Mme A).*

PA: Oui oui, on en a reparlé après...

M: Et vous l'impression que vous avez eu du Dr c'était ? Vous vous rappelez de votre première impression ?

PA : Euh quand je suis...

M: Quand vous êtes arrivés, quand vous l'avez vu la première fois ?

PA : Oui, oui c'est ce que je vous dis, c'est passé tout de suite, j'ai vu la continuité avec le Dr X. Voila j'ai vu la même, j'ai ressenti tout de suite la même personne quoi. Enfin pas la même personne, mais moi, avec mon ressenti, tout de suite, quand elle m'a ausculté, quand on a parlé, voilà j'ai ressenti...j'ai pas ressenti d'appréhension ou de « Oh, c'est pas pareil », non. Non non.

M: Et maintenant que vous vous connaissez bien, comment vous pourriez me décrire votre médecin ? Est ce que vous avez la même impression, la même sensation ?

(*silence*)

M: Avec l'histoire que vous avez eu ?

PA : Après tant d'années ?

M: Ouais, comment vous pourriez me la décrire votre médecin ?

PA: Quelqu'un qui est à l'écoute, quelqu'un d'humain, et qui prend le temps avec ses patients. Euh bon même si des fois c'est un peu long, bon ben par rapport à ceux qui attendent dans la salle d'attente... mais il y a des cas où je pense qu'il faut un peu plus de, enfin moi me concernant, je parle me concernant hein ?

M: Oui bien sur...

PA: Je vous dis je ressors avec euh, bon ben soulagé quoi, quelqu'un qui m' a écouté et vous allez me dire « elle prend la casquette de plusieurs médecins ? ». Mais oui hein, moi quand je viens la voir je viens parce que j'ai mal quelque part, parce que j'ai besoin. Mais en même temps, je sais que je vais parler. On parle pas à l'extérieur avec d'autres personnes. J'ai quelqu'un avec qui je parle et j'ai le retour en même temps. Pour vous donnez un ordre d'idée, je me suis cassée la malléole.

M: Hum…

PA: Donc j'ai été hospitalisée, j'ai été opérée, tout ça et puis je pouvais plus marcher, je me suis dit « je ne remarcherais plus jamais. C'est fini, je ne remarcherai plus jamais. ». Et puis je pensais à elle, au Docteur, excusez moi (*rires*), alors je me disais : « elle le sait le docteur? ». Je le disais à ma sœur, elle me dit : « je sais pas je me rappelle plus son nom. » Bref, puis un jour je me suis dit il faut que je l'appelle...

M: C'était important qu'elle sache ?

PA: Il faut que je l'appelle, c'est pas possible. Donc je l'ai appelé, je lui ai demandé si elle pouvait venir me voir à la maison, parce que je pouvais pas me lever. Quand elle est arrivée, donc « ça va ? ». Elle ne m'a pas plaint (en *haussant la voix*) :

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

« olala mais qu'est-ce qu'il vous arrive ?». Mais elle me dit alors « alors comment vous allez ? », ben je lui dis « euh... ». Ben en même temps j'étais gênée, je ressentais quelqu'un qui en face de moi me renvoyait « comment vous allez ? », mais pas « han qu'est-ce qu'il vous est arrivé ? ».

M: Et ça pour vous c'était important ?

PA: Très important pour moi. Alors je lui dis « ben je me suis cassée la malléole et tout...». Et alors elle me dit « et alors, où vous en êtes ? », « Ben voilà, ça ne cicatrise pas vraiment... ». Alors elle me dit, « allez, levez-vous ! », « ah non ! », « Ah non ? Comment ? » Elle me dit, « Vous allez pas vous lever ? » (*En haussant la voix*), « Non non, il faut me commander un déambulateur là, sinon je peux plus marcher ». Elle me dit « non mais ça va pas ? ». Je lui dit « ben oui, je peux pas marcher, je ne pourrais plus marcher ». Elle me dit « vous allez vite vous lever ! Vite vous lever ! » elle me dit ! *(en haussant la voix*), « Il n'y a pas que vous qui vous êtes cassé la malléole, il y a beaucoup de personne qui se sont cassé la malléole, et vous allez vite vous lever et marcher ». « Haaan ... » je commençais à respirer… elle me dit « si si !». Alors je me suis levée, elle m'a tenu les bras et j'ai commencé à faire quelques pas, et puis elle, elle a pas insisté, et moi je me suis rassise en lui disant « je vous ai dit je ne pourrais pas, je ne pourrais pas.... ». Elle me dit alors « Bon ben je vous donne quoi? Qu'est-ce que vous voulez que je vous donne alors? Ben ma foi, vous voulez pas marcher, vous voulez rester sur une chaise, rester ici ? », et après « qu'est-ce qu'il vous fait mal, qu'est-ce que je vous donne comme médicament? », « Je lui ai dit je sais pas des douleurs tout ça et puis un déambulateur. », « Non non non du doliprane pour la douleur d'accord. Mais le reste, non, elle m'a dit vous vous levez et vous marchez. » Et ben ça a été radical.

M: Ça vous a aidé ?

PA: Et bien ça, ça a été radical. Elle est repartie. Parce que je suis quelqu'un, moi, toujours je parle personnellement, je suis quelqu'un qui réfléchit beaucoup après. Puis quelque part, elle a pas, elle est partie comme ça sur son... mais « ça va pas » elle me dit, non non non non même pas acheter, ni louer, vous prenez des béquilles à la rigueur ! », Elle me dit « vous allez vite vous bouger hein ! ». Et le fait qu'elle soit partie comme ça, mais sans revenir sur sa décision, à dire « excusez-moi ». Si, elle m'a dit après en partant, elle m'a dit « excusez-moi, je vous ai brusqué, je suis sure... mais moi j'ai pas envie de vous voir assise sur un fauteuil, c'est pas vous, donc voilà. »

« Je sais ce que j'ai fait. » Mais moi en partant, ça m'a ben ouuuuuh ça ma brassée, ça m'a retournée, je me suis dit « mais elle a raison ! Elle a raison ! ». Et après j'ai pris des béquilles.

M: Et est-ce que cet événement marquant a un peu changé l'image que vous aviez du médecin ?

PA: Ben bien sûr que ça m'a changé !

M: L'image que vous aviez d'elle, est ce que ça a changé quelque chose ?

PA: Pas du tout, au contraire. Ça a renforcé ma confiance et... et mon... l'envie de dire ben voilà c'est un médecin, elle m'a rendu service. Sinon le kiné chez qui j'allais il m'enlevait pas le déambulateur. Il me disait pas : « non vous revenez plus avec le déambulateur », non. Quand le docteur est venue à la maison, elle m'a dit « stop maintenant le déambulateur hein !», alors que lui, il m'a laissé aller le louer.

M: D'accord.

PA : Et donc euh bien sur, ça m'a renforcé ma confiance.

M: D'accord ça vous a renforcé la confiance...

PA: Et mon estime quoi. Elle avait un patient, je veux dire, je vous dis, elle m'a brusqué hannn... j'étais pendant trois mois complètement comme ça, et le fait qu'elle me parle comme ça... hannn ça m'a, ça m'a fait un électrochoc. Même si en partant elle m'a dit « excusez-moi hein, je vous ai brutalisé, je vous ai brusqué, mais il faut... j'ai pas envie de vous voir sur un fauteuil hein, vous avez pas l'âge de finir sur un fauteuil »... je vous dis ça m'a fait un

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

électrochoc. C'est à la fin de la semaine que j'ai pris les béquilles.

Dr A: Surtout qu'il n'y avait aucune raison, c'est ça. y aurait eu un élément médical qui vous empêchez de marcher, je l'aurais pas pris comme ça. Mais là, y avait aucune raison et j'avais l'impression que vous vous enferriez dans votre handicap en fait.

PA: J'étais traumatisée par le choc, j'ai eu un traumatisme par la chute, suite à la chute.

M: Et vous, est ce que cet événement a changé quelque chose sur l'image que vous aviez de...

Dr A: Non, parce que je la connais quand même assez bien, et elle a besoin de temps en temps... elle a besoin d'écoute certainement. Mais elle a aussi besoin qu'on lui renvoie... comme elle le dit elle-même, elle réfléchit à ce qu'on lui dit. Et souvent j'essaye de peser mes mots de façon adaptée, en lui disant mon avis médical sans... Mais là, c'est vrai qu'elle était enfermée dans un espèce de marasme, un peu comme ça et qui me dérangeait, parce que, parce qu'il n'y avait pas de raison médicale et que je la voyais s'enferrer. J'avais l'impression que voilà. Et je ne voulais pas être complice de ça. C'est pour ça que j'ai eu cette attitude-là. De, comme elle dit, le médecin n'est pas là pour plaindre les gens, il est là pour écouter leur souffrance, mais la plainte ce n'est pas notre rôle. Et du coup peut être l'aider à réagir. Donc, comme j'étais pas arrivé dans l'entretien et puis elle ne m' a pas laissé... elle était vraiment recroquevillée sur elle-même, et faire émerger finalement sa souffrance, parce qu' elle avait une grosse souffrance, j'ai trouvé ce moyen là pour essayer de la faire avancer. En disant ben non moi je ne suis pas complice de ça. Enfin je veux dire médicalement ce n'est pas justifié et donc je n'ai pas envie, c'est un peu...

PA: Et ça, ça compte énormément, en tout cas moi. Ça m'a aidé, je suis sûre que d'autre personne, voilà. Quelqu'un qui vient et qui vous dit « stop ! », vous êtes pas dans un état... Et puis, je vous dis, le mot 'fauteuil' hann, ça m'avait... Alors que quand, j'ai un autre… je suis venue le jour du décès de ma fille, du coup, elle avait pas le même regard.

M: D'accord

PA: Et puis malgré notre souffrance, et dans la peine et tout ça, vous regardez... enfin je parle pour moi, toujours en mon nom à moi, j'avais ma belle-sœur avec moi, vous vous rappelez ? (*En s'adressant au Dr A*).

Dr A: Pas vraiment non… pour être honnête je ne m'en souviens pas.

PA: Donc il y avait ma belle-sœur qui m'a emmené et le docteur, et elle était... voilà c'était le docteur et...je me rappellerai toujours... (*Pleurs*)

(*Silence*)

Dr A: Je crois que c'était pas le jour même, c'était quelques jours plus tard.

M: Et là, l'image que vous avez eu du médecin, c'était une image qui était en rapport avec celle que vous aviez, qui était congruente ?

PA: (*voix pleine de sanglots*) Je crois que c'est ça qui a renforcé. J'ai vraiment trouvé, je veux dire, quelqu'un qui m'a compris, qui a compris ma peine, mon chagrin, et ça pour ça... Pourtant elle était désemparée de me voir... je pleurais même pas, mais j'ai une image…euh voilà. Je m'en souviendrai tout le temps, tout le temps... elle me renvoyait une image « il faut repartir... » Allez ça y est c'est fini. (*En s'essuyant les yeux*)

Dr A: Et j'ai été brusque avec vous ce jour là ?

PA: Non pas du tout, pas du tout.

Dr A: Je me souviens pas...

PA: Pas du tout vous avez fait le tour, vous m'aviez pris l'épaule et puis vous m'avez dit « ben je suis...je sais pas quoi dire,… je sais pas quoi vous dire…» Elle m'a dit, je me rappellerais « je sais pas quoi vous dire ». Et puis ma belle-sœur lui dit « elle m'a dit qu'elle voulait un truc pour la calmer... ». Voilà et je m'en rappellerai toujours. L'image d'un... des images qui restent toujours. Voilà c'est un médecin aussi, chaque fois que je venais aussi à d'autres visites on en parlait.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

M: Vous reparliez de cet évènement...

PA : Voilà.

M: Et c'était important pour vous de pouvoir en parler dans ce lieu ?...

PA: Et le Docteur me demandait, « comment ça va ? Où vous en êtes ? », il y a vraiment eu un suivi aussi...pour le patient ça compte énormément. Voilà.

PA : Donc voilà, deux gros évènements, et puis la troisième avec maman…

Oui elle suit maman, donc voilà, la première fois qu'elle l'a vu elle a dit « ben elle va être centenaire »... (*Rires*)

Dr A: (*rires*)

M: Et qu'est ce que vous en pensiez vous de ça ?

PA: Ben oui... elle est partie pour. Et puis avec maman c'est pareil, elle est... voilà.

M: Et vous depuis que vous vous connaissez, l'image que vous avez eu s'est renforcée, plutôt positivement dans le temps ? Il n'y a pas eu des évènements qui ont changé l'image que vous avez de manières différentes ?

PA : Du docteur ?

M: Oui...

PA : Non.

M: C'était toujours la même image ?

PA: Toujours la même image. C'est mon docteur. Vous voyez, quand je vais me faire opérer, ou ne serait-ce que de passer des radios, on vous demande « qui est votre médecin traitant ? », et bien voilà je leur dis « C'est le docteur... », « et ça fait longtemps ? » « Ah oui, oui ça fait longtemps ». Voilà puis en même temps quand on dit bon ben c'est le Dr A, voilà c'est mon docteur (le mon est appuyé). C'est mon docteur voilà.

M: Et vous, pour vous l'image que vous avez eu de Mme A dans le temps ?

Dr A: Et bien je pense que c'est une patiente assez facile, quand on est docteur... (petit *rire*)

M: Dans quel sens ?

Dr A: Elle a la distance correcte avec le médecin. On en a discuté une fois, parce qu'elle a vu une psychologue, vous vous souvenez de ça ? (En *s'adressant à Me A*).

PA: Mme … ?

Dr A: Non, on ne va pas donner de nom. Vous savez l'autre ? Celle qui vous… Celle où vous étiez plus comme une copine...

PA : Oui oui la...

Dr A: C'était une psychologue, je sais que vous l'aviez trouvé je sais plus comment, et vous m'aviez dit à moment donné « ça me gêne. ». Vous vous souvenez de ça, et qu'il y avait trop de proximité qui faisait que... je trouve qu'avec madame A…

PA: C'était après le décès de ma fille...

Dr A: Avec Mme A, on arrive à communiquer, elle est capable de dire des choses… importantes, comme on est capable de rigoler je dirais un petit peu et ça n'a rien à voir avec le soin. Mais à la fois il y a une certaine, il y a une bonne distance entre nous...dans le soin, voilà

PA: Il y a le médecin/patient et voilà. On peut, comme je vous disais tout à l'heure, parler. Elle me pose des questions, je réponds, je parle, ça me fait du bien. Mais il reste toujours la distance patient/médecin.

Dr A : Sans coté dominant, du médecin qui dit « vous allez faire ça ou ça ». Mais à la fois un respect mutuel qui fait que la relation, elle existe sans pour autant qu'elle soit…euh décalée. Vous comprenez ce que je veux dire. (En *s'adressant à Mme A).*

PA: Oui, oui , je comprends tout à fait et moi je ressens ça aussi, on peut je vous dis, parler d'un tas de chose, mais il reste le lien patient/médecin est toujours là. C'est à dire que quand je repars, je suis venue chez mon médecin, je sors de chez le médecin.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

M: Et vous, lorsque vous dites que c'est une relation facile, il y a d'autres comme...

Dr A: Facile, dans le sens où de temps en temps... de temps en temps, il y a des patients qui poussent la corde. Mme A, par exemple quand elle voit que la salle d'attente est pleine et que je suis très en retard, et que voilà, elle … elle sait aussi pondérer son attente vis à vis de la consultation, essayer de ne pas trop déraper. Elle est respectueuse du médecin et elle comprend bien les difficultés que je peux rencontrer. Parce qu'elle sait que si le jour où elle va pas aller bien, je vais prendre le temps avec elle. Mais voilà... Dans le sens, elle est facile parce qu'elle comprend enfin je veux dire, elle est quand même sereine dans la relation et je veux dire, elle est pas là non plus pour... parce que y'a des patients, sous prétexte que je les écoute, ils vont s'installer et puis ils vont pas décoller entre guillemets. Vous comprenez ce que je veux dire ? *(en s'adressant à Mme A*)

PA: Oui.

Dr A: Mme A elle est très...

M: Elle a ce respect...

Dr A: Elle est très respectueuse des choses et c'est dans ce sens-là qu'elle est facile. Mais de temps en temps, les patients, certains patients, on est obligé de les recadrer. Et de temps en temps d'ailleurs on peut avoir des patients qui nous quittent, parce que justement, ils sont dans l'exubérance ect.... Et qu'à un moment donné, cette exubérance-là est telle qu'on est obligé de les recadrer. Et du coup, ça peut empiéter une relation où le sentiment, voilà… de déséquilibre. Et Mme A n' a pas ça. Pour moi c'est très facile, c'est une patiente, c'est une consultation, qui me fin, je veux dire, il y a des patients que l'on voit et on se dit « olala encore celle-ci ou encore celui-là ? ». Avec Mme A jamais. C'est vraiment une relation respectueuse, de soignant et puis oui et puis même si on dévie pour une raison X, on parle politique parfois ou des choses comme ça, [PA: Oui...] on peut être amené à dévier, mais on est chacun à notre place et pas dans une espèce de...

PA: Oui voilà, ça reste toujours une relation médecin patient.

M: Et les différents évènements dont elle nous a parlé, est ce qu'ils ont changé l'image que vous aviez d'elle, la représentation que vous vous faisiez d'elle ?

Dr A: Non mais je pense qu'elle a beaucoup d'énergie, beaucoup de force et c'est quelqu'un qui réfléchit. Donc, qui est finalement, le médecin est la plus comme un conducteur de cette énergie et l'aider finalement à faire émerger les choses. Pour le médecin que je suis, c'est un plaisir, je vais pas dire pas que... mais dans la relation médecin-malade c'est vraiment... Le médecin est là dans l'écoute et dans l'aide virtuelle je dirais, et le patient fait son chemin.

M: Et même dans la relation aussi à trois avec la maman de Mme A, est ce que l'image...

Dr A: Et bien, j'évite, il faut faire attention. Il faut faire attention parce que quand je vais voir sa maman, je vais voir sa maman et je ne vais pas voir Mme A. Et d'ailleurs elle sait très bien se mettre en recul, et ça elle l'a très bien compris. Ce qu'il n'est pas vrai tout le temps pour d'autres personnes de la famille.

M: D'accord.

Dr A: J'épiloguerai pas la dessus. Et donc du coup ça permet de maintenir une relation... Et c'est d'ailleurs pour ça que je m'isole souvent dans sa chambre. Mais il y a un respect, elle est pas du tout intrusive quand je vais voir sa...

M: Et ça n'a pas du tout changé l'image que vous aviez d'elle ?

Dr A: Non parce que c'est quelqu'un de... de censé, de réfléchi qui comprend les choses, on peut lui expliquer les choses et comme elle dit, quand je suis partie j'ai senti, par exemple, pour cette histoire-là, c'est que quand je suis arrivé, j'ai vu un tableau cataclysmique : « je ne peux plus marcher, j'y arriverai pas ». Et moi j'ai quand même regardé les radios, et tout ça, et j'ai regardé son pied et je me suis dit il n'y a aucune

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

raison qu'elle ne marche pas. Donc j'ai eu une attitude, je dirais, de dire « ben non moi je ne rentrerai pas dans cette combine », en fait, c'est un peu ça quoi. Mais à la fois je l'ai senti tellement perturbée, désemparée de ce que je lui disais, que j'ai…sur le pas de la porte, je lui ai quand même dit « bon excusez-moi mais il y a des moments, on peut pas déroger. » J'ai adouci, et vous, vous le dites très bien d'ailleurs...Je ne me souvenais pas complètement…

PA: Et moi en tant que patient, moi le fait que…j'avais besoin. Depuis deux mois que je trainais comme ça. J'avais besoin de quelqu'un, mais pas n'importe qui, qui me dise « stop ! Il faut te lever».

Dr A: Parce que votre fiston, il vous le disait en plus...

PA: Ola mais ils me l'ont tous dit, que j'exagérais, « tu vas rester sur un fauteuil… »Mais en fait moi j'avais besoin de quelqu'un, mais ce quelqu'un, c'était pas n'importe qui. Ce quelqu'un c'est, comme je vous ai dit « je vais appeler le docteur, je vais appeler le docteur »...

M: Vous attendiez ça d'elle..

PA: Oui j'attendais, ça faisait plusieurs jours que je voulais appeler, et j'ai pris la décision de l'appeler. Je lui demande de venir et elle me dit « Pourquoi, vous ne pouvez vraiment pas venir ? Vous pouvez pas marcher ?», je lui dis « Ah ben non, je ne peux pas marcher » (petit rire). Je dis « Non, je ne peux ni marcher, ni conduire », « Bon, elle me dit, je vais venir vous voir. ». Du coup elle est arrivée et puis ben voilà. Puis le soir j'étais soulagé de quelque chose, parce que finalement j'avais besoin de quelqu'un, mais pas n'importe qui.

M: Pas n'importe qui...

PA: Oui parce que comme je vous disais mes enfants me disaient « allez, lève-toi, c'est pas possible, il n'y a pas que toi ! », mais ça me dévalorisait... Alors que le médecin est venu et me dit « vous allez vite vous lever ! », ça a été dur hein, parce que j'en ai pris. Mais le fait qu'elle me dise « non mais c'est pour vous », j'ai réfléchi et le lendemain ou deux jours après j'avais les béquilles et je marchais. Et le kiné il comprenait plus rien, je lui ai dit « j'ai vu mon médecin, ne vous inquiétez pas. » (*rires*)

Dr A: Et vous vous souvenez qu'on en a reparlé, et vous aviez accumulé beaucoup de souffrance avant de vous être cassé les pieds, il y avait eu beaucoup beaucoup d'évènements et du coup en fait... (*en attente d'une réponse de la patiente*) qu'est-ce qu'on avait dit, vous vous souvenez ?

PA: Par rapport à ma maman là, que j'avais accumulé...

Dr A: Oui vous aviez accumulé...

PA: J'ai accumulé et j'étais fatiguée, c'est pour ça. Ça aussi ça fait partie, quand je viens, voilà je viens et je vide (*mot appuyé*). Voilà, je suis constamment avec elle, les autres ne font rien et tout ce qu'il s'en suit, donc bien sûr le Dr elle me dit « ça c'est à vous de le dire, c'est à vous de vous organiser ». Et j'étais fatiguée mais fatiguée et donc la chute quelque part, c'est mon corps qui n'en pouvait plus... qui a cédé.

Dr A : Et peut être que le fait de rester sur votre chaise, ça vous empêchez aussi de...comment dire, de reprendre cette espèce de poids qu'on vous faisait mener avec votre maman.

PA : Oui bien sûr.

Dr A: Ça vous protégez un peu de votre maman on va dire...

PA : Pendant que ?

Dr A : Oui...

PA: Oui et bien oui... j'ai pu constater que finalement, j'ai poussé jusqu'au bout la corde, je suis tombée et je me suis cassée la malléole et pendant trois mois, maman elle a vécu (*en accentuant la fin de la phrase*). Elle continuait à vivre, elle a vu du monde, elle sortait, elle mangeait. Voilà, je me suis dit, on se le dit mais, je me suis dit beaucoup de chose quand je disais « je vais plus marcher ». On reprend le dessus...

Dr A: Hum hum

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

M: Et là, maintenant comment vous pourriez me décrire votre patiente ?

Dr A: Comment je peux la décrire ? Ben je reviens sur ce que je disais...

M: La distance et le respect...

Dr A: Ouais, quelqu'un de respectueux, à la fois d'une relation médecin patient tout à fait adaptée, à la bonne place...

M: Et l' événement-là qui s'était passé, l'image que vous aviez d'elle n'a pas...

Dr A: Si je réfléchis un peu, ça m'avait un peu énervée de la voir comme ça. Parce que autant, comment dire, ça m'embête de dire des choses...

PA: Mais c'est le mot hein... Parce que vous étiez pas bien, non non non hein...

Dr A: Non, parce que, il y a quand même dans cette famille une souffrance qui faut porter. De manière je dirais exubérante on va dire. Et Mme A fait partie dans la famille de quelqu'un … d'un individu qui est dans la souffrance, la vraie souffrance, qui a eu vécu des choses extrêmement difficiles mais qui est aussi dans la retenue, mais je dirais dans la pondération et dans la non exubérance. Et de la voir en fait assise, ça restera entre nous hein, (*en regardant la patiente*) ça m'a renvoyé à cette image un peu de souffrance qu'il faut montrer, et peut être qu'elle ne pouvait pas faire autrement à ce moment-là parce qu'elle a eu sa fille qui est décédée, sa mère qui en a profité pour la phagocyter. Enfin, il y a eu beaucoup de choses, et peut être qu''elle ne pouvait pas faire autrement. Et c'est peut être quand je suis partie que j'ai voulu atténué ça, parce que j'ai bien senti que sur le coup, je l'avais un peu bousculé.

M: Donc au début c'était pas en accord avec l'image que vous aviez d'elle mais en fait...

Dr A : Voilà. Mais je me souviens bien par contre de ça, d'avoir descendue les escaliers et d'être dans ma voiture en me disant « Punaise tu as poussé le bouchon ».

M: Et vous vous avez reçu...

PA: Et moi de mon côté, j'ai dit « mais elle a raison ».

Dr A : Et après je me suis même dit... le kiné la pousse pas, le chirurgien n'avait pas l'air de la pousser, je me suis dit « est ce qu'elle est bien solide cette cheville ? Est-ce que je vais pas engranger... ». J'avais fait un examen clinique qui me paraissait adapté, j'avais vu des radios qui me paraissaient adaptées, et à la fin je me suis dit "bah puisque personne n'a eu ce genre d'attitude", j'étais un peu en colère. Et je me suis dit est ce que c'est pas ta colère qui finalement t'a poussé trop. J'avoue que je n'étais pas rassurée pendant une semaine, en me disant qu' elle se relève et qu'elle se fait re mal, « comment tu vas encaissé le truc ? », enfin je veux dire voilà. [Mme A : Ah ouais]. Après sur le coup je me suis dit quand même tu as eu une réaction... et je pense à la réflexion c'est ça, de vous voir si vous voulez dans une espèce de spirale comme ça, c'était compliqué pour moi.

PA: Ah mais j'ai vu, et c'est ce qui a fait cet électrochoc chez moi. En me disant « mais elle a raison, jusqu'à quand je vais rester comme ça ? ». Et vous, vous aviez pas l'habitude de me voir comme ça, parce qu'elle a pas l'habitude… de me voir me laisser aller…

Dr A: C'est vrai...

PA : Mais elle m'a renvoyé... et puis c'est vrai… ni le chirurgien, ni le kiné, j'y allais, il regardait et puis hop je sortais, le kiné il faisait ce qu'il pouvait et puis c'est tout.

Dr A: Et puis comme vous aviez pas trop envie aussi...

PA: Aussi et puis j'ai été traumatisée par cette chute, j'ai été traumatisée. Mais heureusement je vais vous dire, heureusement que j'en ai parlé beaucoup avec le médecin de ma chute, de pourquoi j'ai pleuré. Mais sinon on pense même pas, il y avait le coté traumatique. Donc je suis allée voir le D Y qui m'a dit qu'il y avait de l'ostéoporose et il m'a donné un traitement. Et quand je suis retournée voir le Dr Z, ben lui il m'a dit « mais vous savez, vous auriez du après votre chute être suivie [Dr A : Hum hum] pour le traumatisme, parce que chez

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

vous c'est le traumatisme ». Et c'est là que je lui ai dit, « mais le Dr A elle me l'a dit. ». Le traumatisme (*mot accentué*) avait plus pris le poids sur moi et dans ma tête, je ne pouvais plus remarcher. C'est la première fois que je me cassais quelque chose et il m'a dit « vous auriez dû être suivi pour le traumatisme plus que pour la plaie. »

M: Est-ce que vous voulez rajouter des choses sur le sujet ? Sur votre médecin, sur quelque chose que vous souhaiteriez lui dire ?

PA: Non, on se dit tout alors... (*Rires des trois*)

M: Et vous ?

Dr A: La communication est facile...

M: Oui la communication est facile ça se voit.

PA : Oui mais toujours en restant dans le lien médecin patient. Et par rapport à moi, c'est ça qui me convient, on reste toujours médecin patient. Même quand je viens là, je trouve du réconfort, je viens j'ai mal quelque part, bon ben il faut faire tout ce qu'il faut faire, les mammographies, [O : le coté médical] il a un suivi médical, et ça c'est 50% de tranquillité. Je sais déjà qu'au niveau des poumons, des mammographies, au niveau de tout, on est déjà tranquille. Mais en même temps je sais que quand je vais venir là, je suis là, je repars j'ai tout vidé.

M: Donc cette écoute..

PA : Voilà. Cette écoute, c'est très très important. Et puis j'écoute, je veux dire les conseils, « vous avez trop pris du poids, il faut faire quelque chose ». D'autres médecins vont vous dire « il y a trop de poids là, il faudrait absolument faire, faites ce que vous voulez mais perdez du poids. ». Je vous donne cet exemple parce que c'est trop dur quand même pour une femme... peut être parce que c'est une femme, j'en sais rien...

M: Pour vous c'est important ?

PA: C'est pas important, attention, c'est pas important parce que c'est une femme. Le chirurgien c'était un homme, le kiné c'était un homme, je veux dire j'ai peur que des fois on rentre dans ce truc de dire c'est important que c'est une femme, non non. Ce qui est important c'est ce que l'on renvoie du métier et l'humain. Et c'est vrai que quand on vient il y a déjà, pas la souffrance je dirais mais bon un problème, si en face on a pas quelqu'un d'humain qui vous répond sans, comme l'exemple que je vous ai donné avec la cheville...

Dr A : Sans mièvrerie...

PA : C'est très rassurant pour un patient. Déjà là vous avez fait le 50% du travail. S'il y a quelqu'un en face qui est humain, qui regarde un autre humain en face, qui a des choses à dire, voilà…une peine, un chagrin, la maladie qu'il a peur d'affronter, des tas de choses. Et s'il y a quelqu'un en face qui vous renvoie, « mais oui on va faire tout ce qui est de notre possible et puis voilà voilà voilà. » C'est énorme, c'est énorme.

Dr A: L'histoire du poids qu'est-ce que vous voulez dire par là, ça m'intéresse ?

PA: Ben j'arrive pas à perdre mon poids, mais pour une femme c'est...enfin moi ça me touche quand on dit... regardez là, je mesure 1m56, je pèse 75 kg, c'est pas normal ?

Dr A: Hum hum...

PA: Un autre médecin vous direz « vous voulez pas ? Et bien restez hein... ». Mais même si elle me l'a dit une fois, et bien c'est toujours dans ma tête. Et à chaque fois que je viens, j'ai cette appréhension, mais elle me dit rien...

M: D'accord...

Dr A: Je vous culpabilise pas. C'est ça que vous voulez dire ?

PA: Non voilà.

M: Hum hum...

PA: J'ai pas cette culpabilité, je ne ressors pas culpabilisé, « ah ben t'as pas perdu » non. Et ben tout le reste non, je repars en me disant « Ah ben t'as pas perdu » et je me dis que je ferai mieux la prochaine fois.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

M: Donc c'est vous qui vous dites ça ?

PA : oui…

M: C'est l'image que vous avez d'elle c'est ça ?

PA: Non elle me l'a pas dit, elle m' a pas dit « vous avez pas perdu... », mais je ressors avec l'idée de dire... je me dis que je ferais mieux la prochaine fois.

M: C'est vous qui vous le dites..

Dr A: Vous voulez dire que je vous réassure ?

PA : Oui oui oui.

Dr A: Non mais c'est pour ça que je voulais repartir sur ce que vous m'avez dit. Quand Claire m'a parlé de ça, je n'avais pas pensé à vous forcement parce que je trouve que dans la relation médecin patient vous êtes une patiente, franchement on est vraiment dans la bonne distance, dans la bonne écoute, dans la bonne relation. En tout cas moi en tant que médecin, vous êtes le type de patiente qui me va très bien. Avec qui je me sens vraiment parfaitement en adéquation.

M: Parce qu'il y a ce respect parce qu'il y a cette distance qui est respectée…

Dr A : Absolument.

M: Et puis vous sentez respecté, et puis il y a cette image.... Et puis aussi cette image qu'elle vous renvoie peut être de vous...

PA: Même au téléphone vous voyez, j'appelle au téléphone et il y a cette relation de médecin-patient. Et des fois elle doit être, elle est tout le temps prise, tout le temps prise, mais même au téléphone elle prend le temps, et c'est important, c'est très important, je reviens toujours à l'humain...

M: Elle prend le temps...

PA: Ben oui parce que l'extérieur, elle est dans son cabinet, elle voit les malades défiler... Mais le patient il est à l'extérieur avec ses soucis. Je dis pas que le médecin rentre là dedans, mais vous vous rendez compte quand vous êtes dans la détresse, et que même le médecin il prend le temps de vous répondre, c'est énorme,… pour un médecin, c'est énorme. Et ça compte beaucoup pour moi.

Dr A: Et le fait qu'il y ait des internes, ça a changé quelque chose pour vous ?

PA: …

Dr A: Le fait qu'il y ait un tiers ?

PA: Euhh non... non. Pas du tout. Je vais vous dire moi parce que, au contraire ça m'enchante, parce que les jeunes montent et apprenne le métier de médecin... Je prends comme ça. Il faut. Nous on vient d'une famille où il fallait toujours, l'école c'était très important, il fallait apprendre, apprendre. Donc quand je vois des internes, ça me fait dire heureusement il y a la relève.

Dr A : Hum hum

M: Sur notre sujet, est ce qu'il y a des choses que vous voulez rajouter ?

Dr A: Non.

PA : Non.

M: Vous pensez que l'entretien vous a apporté quelque chose à toutes les deux ?

PA: Oui moi j'aime bien, ça m'apporte tout tout... tous les échanges m'apportent. Ça m'apporte dans tous les points de vue. Moi je voudrais apporter, enfin donner tout ce que je peux et recevoir. Et un truc comme ça, pour moi ça me renvoi, ben voilà c'est bien. Et puis quelque part t'as donné ce que tu pouvais, et si ça peut vous rendre service, vous servir et bien moi ça me va très très bien.

Dr A: Moi j'aime bien l'échange avec Mme A. Mais ça m'a pas apporté je dirais, ça ne va rien changé dans la relation médecin patient, parce que... [M: ça n'a pas changé l'image...], elle comme moi on a bien compris notre relation, enfin je crois...

PA: Ah oui oui... c'est clair c'est très clair.

Dr A: On en parle d'ailleurs des fois.

PA: Oui c'est très clair.

M: Bon ben merci beaucoup, merci beaucoup à toutes les deux.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dyade B

Entretien individuel Docteur B et débriefing de l'entretien en interaction : (EB1)

Date : Le 26 mai 2014, il s'est déroulé après l'entretien en interaction avec la Patiente B.

Lieu : Cabinet du docteur B, c'était le deuxième entretien 1 et le premier débriefing et nous étions toutes les deux présentes, avec un interviewer principal.

Comportement général : L'ambiance est détendue et simple. Nous discutons même à la fin de l'entretien de la méthodologie de cette étude et des perspectives possibles.

Interviewer (I) : Alors pour commencer, est-ce que vous pourriez vous présenter ?

Docteur B (Dr B) : *(hésitation)* Me présenté… euh, bon, je suis généraliste, me présente comme médecin ?

I : Bien justement présentez-vous comme…, le terme est large donc…à vous de choisir…

Dr B : Si je me présente j'en ai pour une heure… *(Rires)* Oui professionnellement parlant…

I : Oui.

Dr B : Donc je suis généraliste depuis, j'ai fait mes études en 67, de 67 à 78, j'ai été interne trois ans, entre 75 et 78 et je me suis installé en 78, à X, à Y, pas dans le même local mais dans un local à côté… avec deux copains, donc voilà, on est 37 ans plus tard …je suis toujours généraliste… Qu'est-ce que je peux dire là-dessus… Quand on s'est installé, on avait, on était dans un contexte de… un peu de changement de société, de contestation de la société, et la profession en faisait partie, on faisait partie d'un syndicat qui s'appelait le syndicat de la médecine générale, qui existe toujours, qui voulait un peu impulser des idées nouvelles, qui voulait pas mal se démarquer par rapport à l'exercice traditionnel du médecin. De là à même remettre en cause le colloque singulier, c'est-à-dire l'échange entre le patient et le médecin. En disant que c'était pas suffisant, qu'il fallait d'autres possibilités, d'autres échanges à plusieurs, …dans d'autres contextes, en dehors du cabinet, parce qu'on trouvait, l'entretien singulier qui se passait en milieu fermé était réducteur, et donc il fallait sortir un peu le médecin de son cabinet.

I: De sortir le médecin du cabinet, ou vous parlez au cours de groupe de pairs ?

Dr B : Non c'était pas dans le sens groupe de pair, dans le sens, bon, c'est des choses qui ont été repris un peu après, c'est-à-dire, la médecine c'est pas uniquement, le médecin et son patient, fin la médecine, la prise en charge de la santé plutôt, c'est un ensemble plus large, c'est l'individu dans son groupe, dans sa profession, donc le médecin doit aussi connaitre tous ces éléments-là , la profession, l'ambiance familiale, euh donc tout ça retenti sur la santé et donc on voulait justement une prise en charge, un peu pluri…avec pleins de facettes, quoi.

I : Donc c'était une valeur que vous vouliez défendre dans votre profession, c'est quelque chose qui vous teniez à cœur…

Dr B : Oui c'est quelque chose qui nous tenait à cœur, quand on s'est installé à X on s'est pas installé n'importe où… on s'est installé parce que sur place il y avait un groupe d'usagers qui avait envie de faire une maison médicale, de travailler avec des médecins qui avaient des idées collectives, faire des groupes d'usagers, des groupes d'éducation à la santé, de la médecine préventive, et donc on a rencontré des gens sur X qui était, des militants associatifs, et c'est à la suite de ça qu'on s'est installé, donc c'était un contexte un peu particulier, donc au fil des années, on a gardé ça. Quand on est arrivé…On est arrivé à trois médecins, donc déjà on s'est installé d'emblée à trois, on a un peu chamboulé l'ambiance locale, on n'a pas très bien accueilli au départ, en plus on avait organisé assez vite une semaine sur la santé assez vite, avec des conférences, c'était au centre social. Avec un camion qui tournait dans la ville…On était ambitieux, on avait envie de marquer notre territoire. Voilà et puis petit à petit, on s'est installé comme *(en accentuant le « comme »)* les autres médecins, on s'est rendu compte quand même que le colloque

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

singulier c'était quelque chose d'important, et qu'il fallait le maintenir même si il y avait d'autres espaces où on parlait de la santé des gens. Même si le médecin effectivement devait sortir de son cabinet, c'est toujours dans mes envies parce que la maison de santé pluridisciplinaire c'est ça aussi, on n'est pas les détenteurs du savoir, le savoir il est partagé entre pleins de gens…. C'est marrant parce que je pensais pas me présenter comme ça... *(rires)*

I : Donc dans votre travail vous parlez beaucoup de valeurs de groupe, de prise en charge un peu globale du patient. Est-ce que y'a d'autres valeurs qui pourrez-vous décrire là-dedans ? Est-ce que vous pourriez me décrire d'autres valeurs ? D'autres choses qui vous tiennent vraiment à cœur ?

Dr B : Des choses qui me tiennent à cœur ? Bah c'est le droit à la santé pour tous par exemple, on a choisi d'être au premier secteur, on a jamais voulu faire de dépassement d'honoraires. J'en fais quelques-uns en acupuncture mais c'est vraiment très…léger. A un moment donné, le deuxième secteur conventionnel, c'était un secteur qu'on pouvait choisir, et y'a un certain nombre de médecin généraliste qui ont choisi le deuxième secteur, c'était conventionné aux honoraires libres, on fixait nousMême nos honoraires…Alors que nous on est toujours resté très purs… enfin purs une certaine forme de pureté…Je trouve que c'est important, la santé s'est quand même beaucoup dégradée au niveau du coût. Le coût de la santé a énormément grossit et maintenant c'est difficile… C'est une médecine à 2 voire 3 vitesse, en fonction de la classe sociale dans laquelle on est. Je trouve que c'est de plus en plus compliqué de se soigner correctement. Chacun a droit à un accès à la santé, …équivalent pour tous.

I : Du point de vue de votre parcours professionnel, est-ce que vous pourriez, mais alors très brièvement, nous dire un petit peu par quel, ce que vous avez fait….au niveau professionnel c'est-à-dire autant médical que paramédical.

Dr B : Il y a un autre élément dont j'ai pas parlé, c'est les médecines alternatives, très vite, on a fait de l'auriculothérapie, et puis de l'homéopathie, moi j'ai fait le diplôme d'homéopathie, on s'est intéressé à comment on pouvait trouver d'autre façon de soigner le cancer que la façon traditionnelle…Donc voilà c'était un pan de mon exercice… et l'acupuncture après. Oui c'est quelque chose qui me tenait à cœur aussi…La médecine allopathique, elle est insuffisante, elle est limitée dans son intervention et il y a une partie de l'individu qui n'est pas pris en charge par la médecine allopathique.

I : A quel moment vous vous êtes dit ça ? Dans votre parcours…

Dr B : Très tôt, …mais bon c'est des histoires de circonstances, parce que moi j'ai eu un gamin qui était tout le temps malade petit, c'est comme ça que j'ai connu l'homéopathie parce qu'on s'en sortait plus, avec les antibiotiques, les paracentèses, et c'est comme ça que je me suis intéressé à ça du coup. Ca m'a permis de découvrir un univers différent, ça m'a ouvert sur autre chose.

I : Finalement, votre travail actuel, comment vous pourriez nous le définir ? Ce que vous faites…

Dr B : La médecine générale, la médecine de premier recours, on appelle ça comme ça…. Comment on peut le définir ? On essaye de faire en sorte que la prise en charge soit justement à plusieurs facettes, on prend en charge les problèmes physiques des gens, les problèmes psychologiques, mais aussi on intervient dans le domaine social euh…. Voilà, donc dans l'éducation de santé aussi, l'apprentissage...

I : Ma question c'était aussi quelles limites vous trouvez à votre travail, ce qui vous bloque, vous dérange ? Vous embête dans le quotidien ? Que vous voudriez changer ? Évoluer ?

Dr B : Si, moi ce que je déplore c'est l'envahissement par l'administratif, on a vu changer ça énormément, au départ on avait peu de chose à régler au niveau papier c'était sommaire…et maintenant, on est envahi pas les certificats, les dossiers, les contrôles… ça je trouve que ça a pris de l'importance excessive dans notre exercice…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

I : Ca empiète sur le reste ?

Dr B : Oui ça empiète, oui forcément… Le temps qu'on passe à remplir de l'administratif, on le passe moins à peut-être se former…ou s'intéresser aux gens… Il y a beaucoup de chose à dire... Au cours de mon parcours professionnel, je me suis beaucoup intéressé aux alcooliques aussi… comme ça, parce que dans la clientèle j'ai vu un puis deux puis plusieurs patients qui ont eu des problèmes d'alcool, notamment des gens qui sont passés par des associations d'anciens buveurs et qui s'étaient investi là-dedans et j'ai découvert aussi ce domaine-là et c'est quelque chose qui m'a plu… Voilà de prendre en charge les « alcoolos » c'est quelque chose … A l'hôpital moi j'étais un peu révolté par ça parce que très souvent l'alcoolique était un peu rejeté. On le punissait, on lui mettait une étiquette « oh celui-là il boit » Alors que maintenant je suis persuadé que c'est une maladie… et que n'importe qui peut tomber dedans… dans tous les domaines de la société et qu'il faut déculpabiliser les gens, si on veut les aider. Si on veut les aider, il faut les prendre en charge sans les culpabiliser sans les enfoncer… Parce qu'ils se sentent déjà très coupables, très rejetés et que c'est pas la peine d'en rajouter, quoi…Donc si on pense pouvoir les aider c'est justement en établissant une relation de confiance, voilà donc c'est par ce biais-là. A un moment donné… on en a eu moins peut être, on en a eu quelque uns, un certain nombre mais j'ai eu une période où j'étais plus investi dans ça.

I : Par rapport à quoi vous étiez plus investi à ce type de patientèle ?

Dr B : Parce que j'avais des relations avec une association d'anciens buveurs qui s'appelle W, qui m'a beaucoup sollicité à un moment donné, parce que l'équipe dirigeante était, avait confiance en moi et puis les gens ont changé du coup, j'ai été un peu marginalisé. Du coup, bon j'ai toujours un certain nombre de buveurs ou d'anciens buveurs que je suis et ça m'intéresse toujours, mais j'ai moins de relation avec les associations.

I : Il y a d'autres associations auxquelles vous participez ?

Dr B : Associations de malades ? Euh oui j'ai participé à des choses, on avait organisé des stages pour faire connaitre l'homéopathie aux gens, euh on est allé dans les écoles, on s'est intéressé aussi à toutes les addictions, je faisais partie de réflexion sur les addictions sur la ville. Pendant plusieurs années on est allé dans ces groupes-là. Je me suis un peu intéressé moi mais pas beaucoup au moment du SIDA. Mais j'ai limité mon intervention je trouvais que c'était…ça me dépassait un peu. C'était difficile de prendre en charge les gens.

I : Tout à l'heure vous parlez justement d'une patientèle qui avait plutôt un profil addiction à l'alcool. Comment vous pourriez vous définir votre patientèle d'une manière générale ?

Dr B : Comment je la définirais ma patientèle ?

I : Ou comment vous pourriez nous la décrire ?

Dr B : Euh… euh… moi je dirais que… maintenant ma patientèle elle a beaucoup évolué au fil du temps. Bon j'ai gardé quand même un certain nombre de gens depuis le début jusqu'à maintenant. Maintenant je vois les enfants des enfants. Oui c'est ça j'ai vu des enfants petits et après j'ai vu les parents et les enfants petits qui ont grandi qui sont devenu parents et maintenant je vois les enfants. Donc les enfants des enfants. Donc pour un certain nombre de famille c'est encore ça. Et puis bon bah y'a eu après les centres d'intérêt, qui font que la patientèle évolue aussi. A un moment donné c'était beaucoup plus les alcooliques. L'homéopathie m'a aussi amené une certaine clientèle. L'acupuncture après aussi m'a amené d'autres gens. Euh, maintenant c'est vrai que vu l'âge que j'ai ma clientèle a beaucoup vieilli aussi donc je vois beaucoup moins de pédiatrie et beaucoup plus de gens âgés. Euh. Au niveau catégorie sociale je trouve qu'on a une clientèle, qui est assez variée. On a un peu toutes les couches sociales avec quand même une dominance des classes moyennes je pense ici. C'est-à-dire qu'on a des familles dans la difficulté mais pas envahit par ça. Et puis on a une couche sociale un peu moyenne/haute quoi.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Mais l'essentiel c'est classe moyenne. Mais c'est l'habitat d'ici, de la copropriété.

I : Est-ce qu'il y a des profils de patients on peut dire où vous vous sentez à l'aise dans une relation ?

Dr B : Euh oui ! Les profils de patients ?

I : On va dire les profils de patients ou le type de patient avec lesquelles vous serez, pour qui, pour vous c'est une relation qui coule une relation avec laquelle vous êtes à l'aise...

Dr B : Bah je trouve qu'en fait pour qu'une relation se créée. Pour qu'une relation de confiance se crée avec le médecin. Souvent il faut un évènement un peu fondateur. Les gens qu'on voit que pour de l'infectieux, des pathologies aiguës… bon ils peuvent devenir très fidèles mais tant qu'il n'y a pas quelque chose d'un peu plus difficile, une maladie un peu dure ou une hospitalisation ou une intervention qui a été bien gérée, y'a pas encore ce… cette espèce, oui de confiance qui… ça je me suis souvent rendu compte. C'est à dire que les gens ils peuvent facilement nous quitter sans que…alors que après une fois qu'il y a eu un évènement un peu marquant, pour lequel ça s'est bien passé, parce que ça peut aussi mal se passer et du coup très souvent on perd les patients après. Parce que ça existe aussi. Ça m'est arrivé des gens je les ai perdu parce que j'ai pas bien assuré, j'ai raté quelque chose ou parce qu'ils ont pas compris, pour des tas de raisons…ça, ça fait mal souvent quand on, ça arrive…fin au début surtout. Dans les dix, quinze premières années surtout. Après on se blinde pas mais on sait prendre de la distance quoi.

I : Donc on va dire qu'il n'y a pas de profil type...

Dr B : Je crois pas qu'il y ait tellement de profil type. Non moi il me semble… Je crois quand même que je suis…j'allais dire je suis plus à l'aise avec des gens simples mais non y a des gens de tous les milieux où je me sens bien, par contre j'aurais pas été allé m'installer dans le 6ième ou des quartiers…fin moi je sors d'un milieu de commerçants, simple et c'est vrai que je me sens bien à l'aise avec des gens de ma condition, de la condition de mes parents. Même si ma condition a un peu changé...

I : Ce serait pas un profil ce serait vraiment des évènements dans la relation…

Dr B : Oui je trouve que… C'est d'ailleurs étonnant parce que au fil du temps, euh il m'est arrivé de voir plusieurs fois comme ça de voir arriver des patients que j'ai suivi un moment puis ils ont disparu, je sais pas ce qu'ils sont devenus…Alors de temps en temps ils me sont restés dans la tête, parfois je les avait oublié. On pense pas à tout le monde, on les oublie. Et puis 5 ans ou 10 ans après ils reviennent. Et bon j'ai pas toujours su ce qu'il s'était passé dans cette période-là. Et les gens ils me disent : « Oh mais vous êtes toujours mon médecin, Vous êtes toujours mon médecin. ». Pendant 10 ans pendant 15 ans même plus sans qu'il y ait vraiment d'explications. « Non mais je vous ai toujours considéré comme mon médecin. » Alors c'est un peu moins le cas maintenant qu'il y a le parcours coordonné là, le parcours de soin mais avant c'était le cas. Donc probablement qu'ils sont allé voir d'autres médecins mais au fond. A un moment donné ils reviennent, c'est étonnant ça.

I : Vous finissez quand même comme le médecin référent?

Dr B : Oui plusieurs fois j'ai eu ça, peut-être une dizaine de fois...

I : Et si on posait la question de manière différente, si on vous demande quel est pour vous la relation idéale avec un patient ?

Dr B : Ah ! La relation idéale ? Je sais pas si il y en a une….

I : La pire de relations ?

Dr B : La pire des relations… La pire des relations c'est quand on ne se comprend pas, qu'on n'arrive pas à faire passer les messages. Bon ça m'est pas arrivé très souvent mais y'a eu quelques clash quoi, des gens où je me suis fâché, j'ai pas un tempérament à me fâcher, je suis assez tolérant…sur pas mal de choses. Mais y'a eu quelques cas comme ça où visiblement les

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

gens te montrent qu'ils ne te font pas confiance quoi ou qu'il … à ce moment-là il vaut mieux arrêter, je trouve que si on arrive pas à établir une relation de confiance, on peut pas travailler quoi, on peut pas bien prendre en charge les gens, ça me parait impossible.

I : La relation idéale, ça serait celle ou, dans laquelle il y a une relation de confiance qui se crée… ?

Dr B : Fin idéale, la relation… la nécessité pour prendre en charge correctement quelqu'un oui c'est ça faut qu'il y ait une relation de confiance.

Phase débriefing de l'entretien à deux :

I : Finalement, si on revient sur la patiente que vous avez choisi, madame B, est- ce que vous pourriez nous dire quelle était votre démarche ? Pourquoi vous avez choisi cette patiente là en particulier pour faire cet entretien ?

Dr B : Ma démarche c'est justement effectivement, c'est quelqu'un qui a été difficile à prendre en charge. Parce qu'elle a une histoire médicale compliquée. Mais en même temps c'est quelqu'un qui …bon je l'avais dit au cours de l'entretien qui m'a poussé un peu dans mes retranchements… et en même temps qui me faisait confiance quoi, qui m'a fait confiance…Bon elle m'a embêté…Elle m'a comment dire pas contrarié mais certains jours, elle m'a usé, elle m'a usé et elle … je sais pas…

I : Vous l'avez choisi parce que c'était pour vous une relation qui était pas facile à un moment donné…

Dr B : C'est une relation importante je trouve, ça correspond à quelqu'un dans l'ensemble de ma clientèle, j'ai pensé à elle quoi. En même temps c'est toujours difficile parce que j'ai 65 ans et que maintenant j'ai du mal à me rappeler comme ça de... quand on me dit de choisir un patient c'est forcément quelqu'un qu'on a vu récemment alors que peut être y'a des gens que j'ai pas vu pendant un an ou plus qui aurait aussi été intéressant mais il passe quand même beaucoup de monde c'est difficile, on peut pas tous les garder en mémoire, forcement.

I : Parce que là vous auriez quelqu'un d'autre en tête avec qui vous auriez pu faire ce type d'entretien ?

Dr B : Euh j'ai pas vraiment réfléchi...

I : Surtout elle c'était le contexte en fait...

Dr B : Je sais pas pourquoi j'ai pensé à elle parce que je me disais que ça risquait de oui, parce que je me disais qu'il y avait du matériel quoi, qu'il y avait de quoi faire…

I : Justement donc à la suite de l'entretien qu'on a eu à 4 avec madame B, qu'est ce que vous retenez vous de cet entretien ?

Dr B : Bah moi j'étais quand même très surpris qu'elle m'en veuille comme ça sur un élément de son… qu'est-ce que c'était là… elle était vraiment très remontée là. Quand je l'ai hospitalisé à X.

I : Oui c'est ça.

Dr B : Là elle était vraiment… je me suis pas rendu compte de ça. Parce que pour moi c'était vraiment quelque chose d'important à faire à ce moment-là et alors on en a rediscuté un peu avec Claire mais c'est vrai que c'est quelqu'un qui ne supporte pas, qu'il n'accepte pas le côté… euh psycho fonctionnel des choses quoi…Elle remet en cause…il faut que ce soit organique, faut qu'il y ait un substrat. Oui c'est pas une dépressive quoi et elle veut pas du tout avoir ce statut là…

I : C'est un sujet sur lequel vous étiez pas vraiment d'accord…

Dr B : Non…Mais moi je reste persuadé qu'elle est, c'est une femme pour laquelle justement son histoire médicale fait que il y a autant de psychologie que de …Effectivement elle a eut des pathologies somatiques mais y'a quand même beaucoup aussi de…Le point de départ ça a été quand même qu'elle a été opéré, une hystérectomie sans le savoir quand même, sans qu'on la prévienne.

I : Vous pensez que ce point de désaccord, dans la relation que la vous avez. Vous pensez qu'il y a un impact là sur la relation ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr B : Moi je me suis … un peu adapté à ça…je l'ai accepté en fait. Mais c'est un peu dommage pour elle parce que je pense qu'elle passe sans doute à côté de quelque chose, qu'elle aurait pu faire un travail personnel qui l'aurait sans doute plus aidé. Mais je crois que chez elle c'était pas possible.

I : De quelle manière adapté ? Adapté à cette situation ? Adapté au fait que pour elle, elle avait rien de psychiatrique. Comment vous arrivez à vous adapter ?

Dr B : Comment j'arrivais à m'adapter ? et ben en répondant un peu à ses attentes.

I : A toutes ses demandes somatiques ?

Dr B : On peut pas… on est obligé de rentrer dedans … De toutes façons si on rentre pas nous, on sait qu'elle va aller voir Tartenpion, fin tous les... De toutes façons elle a un panel de médecins spécialistes…Je suis pas suffisant…Elle a une demande telle que…

I : Et on peut dire que quand elle vient vous voir elle a déjà son idée précise en tête… Vous avez l'impression qu'elle guide un peu les choses ?

Dr B : Oui, elle guide les choses, elle veut avoir un peu, elle veut avoir un peu un certain pouvoir par rapport au médecin. Elle conteste quand même régulièrement…Et moi bon, finalement bon ça m'a gêné à un certain moment mais…

I : Et ça vous gênez par rapport à quoi ? C'est quoi qui vous gênez le plus dans sa manière d'agir à elle ?

Dr B : Ce qui me gênait le plus… oui c'est le… c'est un peu cette ambivalence entre le fait qu'elle revenait toujours, donc elle me faisait confiance mais en même temps, elle contestait très souvent ma manière de la prendre en charge donc elle en voulait toujours plus…Mais bon ça ça fait partie d'une certaine catégorie de patients on peut pas les satisfaire… Il faut se rendre compte que… on est toujours…Je pense que leur demande de prise en charge de leur santé, elle est trop… en même temps leur sert…leur maladie leur sert pour exister. Ils ont besoin d'avoir toujours des symptômes à présenter pour exister, pour avoir une substance…

I : Et ce côté psychologique, avec elle vous aviez réussi à en discuter, à l'aborder en consultation ?

Dr B : J'ai essayé oui plusieurs fois… mais c'est un refus. C'est un refus… Elle a… Je sais pas vous aviez noté pas mal de choses dans ses pathologies ? Elle en a eu une série. Elle a vu quand même un certain nombre de médecins internistes au niveau ORL, au niveau pulmonaire...

I : Oui il y a eu des pathologies somatiques c'est sûr il n'y a pas eu que la pathologie psychiatrique, c'est sûr.

I : Et durant l'entretien est – ce qu'il y a eu un autre point qui vous a semblé…

Dr B : Sa souffrance quand même j'ai trouvé, parce qu'elle a souffert, ça l'a remué hein, elle était mal. Je me suis dit tiens : « Est-ce que c'était salutaire pour elle, est-ce que ça lui a apporté quelque chose ? Ou est-ce que...»

I : Peut-être d'en parler ? de parler de tout ça elle a tellement parlé…

Dr B : Peut-être je sais pas…Je l'ai très peu revu depuis.

I : Ah oui ?

Dr B : J'ai l'impression qu'elle va plus voir ma collaboratrice…

I : Ah oui ?

Dr B : Je sais pas est-ce que ça a créé un …

I : Une gêne ?

I : Il faudrait la réinterroger…

(Rires)

I : On l'avait revu une fois je me rappelle ensemble...

Dr B : Depuis je l'ai pas revu, j'ai vu qu'elle avait pris des rendez-vous plusieurs fois avec Z.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

I : Vous ne l'avez pas revu du coup depuis ?

Dr B : Si on s'est revu, peut-être une fois ou deux, mais …

I : Elle revient toujours aussi souvent...

Dr B: Ah oui, elle revient toujours aussi souvent.

I : Quand vous l'aviez revu est ce que ça avait changé quelque chose le fait d'avoir justement eu cet entretien?

Dr B : Non, j'ai pas senti que ça avait changé quelque chose...

I : Et pour vous dans la manière d'aborder les choses avec elle maintenant, est ce qu'il y a quelque chose justement qui va changer ? Ou qui a permis d'évoluer ? Le fait de savoir par exemple qu'elle était en souffrance… le fait d'avoir de nouveau évoqué cette hospitalisation en psychiatrie?

Dr B : Euh non… je vois pas, je crois pas que ça change quoi que ce soit...

I : Vous me disiez la souffrance, cette hospitalisation après en psychiatrie, est-ce qu'il y a autres choses qui vous ont marqué dans l'entretien ?

Dr B : J'ai plus trop de…

I : Oui c'était surtout ça...

Dr B : Oui c'était surtout ça oui...

I : Et si… on lui demandait dans l'entretien comment la patiente vous pouvez vous décrire, est ce que vous vous souvenez de ce qu'elle disait en vous décrivant vous ? *(silence)* Je vous le rappelle ? On a l'antisèche… Elle parlait au début d'une représentation plutôt négative du corps médical avec tout son historique et tout son vécu et finalement elle vous décrit quand même comme un médecin qui est à l'écoute, humain…

Dr B : Je me souviens de ça...

I : … qui est disponible notamment avec la notion de visite à domicile. Elle parlait d'un médecin aussi qu'il faut faire réagir… Qu'est-ce que vous en pensez vous de la manière dont elle vous décrit ?

Dr B : Euh… j'trouve qu'il y a une certaine justesse quand même. Bon, je suis à l'écoute, je pense que c'est vrai, disponible, j'essaye de l'être, pas toujours suffisamment peut-être…euh qu'il faut me faire réagir oui je pense que c'est, je trouve que c'est intéressant ça parce que… je suis pas quelqu'un qui forcément qui prend… je sais pas comment dire ça… je prends pas toujours les choses à bras le corps je laisse un peu faire le temps, ou la nature. Y'a des médecins qui sont très interventionnistes, ou très… mais c'est pas mon cas, alors est-ce que c'est mon tempérament. Et moi je pense que je… je pense que les gens ont un droit, ont le droit de dire non, le droit de... qu'ils ont une responsabilité dans leur prise en charge, et que... on doit pas tout faire. C'est pas parce qu'il vienne là en tant que malade, qu'on les prend en charge, qu'on les rappelle au téléphone. Je suis pas interventionniste comme ça. Mais peut-être pas assez parfois...

I : C'est un peu ce que vous disiez par rapport à votre patiente, vous disiez au début que c'était quelqu'un qui était pas facile dans la relation et puis finalement vous dites « bah si elle m'a aidé finalement… elle m'a un peu… »

Dr B : Oui je pense qu'elle m'a aidé.

I : Vous diriez ça que c'est une patiente qui vous a fait on va pas dire évoluer, évoluer c'est un grand mot mais…

Dr B : Si si, je pense oui, oui je pense qu'elle m'a apporté des choses, c'est sûr.

I : Par rapport à ce trait-là de personnalité ?

Dr B : Je suis quelqu'un oui des fois je vais pas… je vais pas au fond des choses, J'ai un coté…pas un manque de curiosité mais…Du coup elle elle me poussait un peu... bon alors peut-être de manière excessive. Mais c'est peut-être là que ça m'a aidé… C'est pas la seule, y 'en a eu d'autres...

I : C'est vrai que vous finalement, quand vous l'avez décrite, vous décrivez une patiente pas facile et finalement au fur et

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

à mesure de l'entretien les mots qui ressortent c'est « une patiente actrice de sa maladie qui se prend en charge. » C'est un peu ce que vous dites finalement, c'est peut être que vous laissez un peu la place je sais pas…

Dr B : Oui...

I : Vous disiez qu'elle poussait le médecin dans ses retranchements ?

Dr B : Oui...

I : Qu'elle amène à avoir de la rigueur et à se remettre en question...

Dr B : Oui oui, c'est vrai…

I : C'est un peu ça qu'elle vous a apporté ?

Dr B : Tout à fait.

I : Et je sais pas si vous vous souvenez mais quand vous avez décrit cette patiente, qu'est ce que vous avez pensé de sa réaction à elle, quand vous étiez justement en train de la décrire ? Est ce que vous avez vu sa réaction ?

Dr B : Non j'ai pas été attentif à ça…

I : Et pour vous de décrire la patiente est ce que ça a été…

Dr B: Gênant?

I: Gênant?

Dr B : Non.

I : Parce que là vous la décrivez de la même manière...

Dr B : Oui dans ce que j'ai dit d'elle je ne pense pas avoir été gêné.

I : Surtout qu'elle se décrivait de la même façon. Parce que tu disais qu'elle était exigeante et elle disait la même chose...

I : Vous êtes d'accord sur pas mal de choses. Nous peut-être le seul truc. Mais vous l'avez aussi dit c'est ce côté de psychologie en fait, vous vous l'a décrivez comme quelqu'un de dépressive, du fait de son histoire médicale avec ce qu'elle a vécue, son histoire médicale, tout ce qu'il lui était arrivé, c'était entre guillemet normal qu'elle le soit…C'était le seul sujet où vous étiez pas forcément d'accord.

Dr B : Elle était pas d'accord et ça je pense qu'on pourra pas la changer la dessus.

I : Savoir ce qu'en pense Z ?

Dr B : Oui ça serait intéressant, j'en discuterai avec Z… Parce que ça fait partie aussi des emmerdeurs quand même ça, ces patients qui… on peut les voir comme ça quoi. Parce que je sais que quand je vais la voir je me sortirais pas en dix minutes, c'est clair. Bon y a des moments où c'est la fin de matinée, t'as trois visites derrières, elle arrive à midi moins le quart…tu te dis comment je vais m'en sortir… Y'a ces contraintes aussi dans l'exercice…

I : « quand on voit son nom sur la planning on sait que ça va être une journée difficile… » C'est ce que vous avez dit...

(*Rires*)

Dr B : Oui ben oui, c'est sûr que selon les patients qu'on va avoir, y'a des jours où ça roule bien, c'est cool, et des jours où on a tous les durs.

I : Cet entretien, que pourrait-il apporter sur les relations avec les, d'autres patients ? Peut-être pas pour cette patiente en particulier. Est-ce que ça vous a donné des outils ? D'autres choses que vous pourriez développer ? Quel apport ça pourrait avoir en dehors de cette relation que vous avez avec cette patiente ?

Dr B. : Euh… bah je trouve quand même qu'il y a un peu une notion d'échec dans la mesure où moi je suis persuadé qu'il y a une part psychosomatique dans sa maladie et que j'ai pas réussi à faire passer ce message-là quoi, à lui faire passer ce message-là. Ça c'est quand même un constat d'échec. Alors après, comment est-ce que... je m'en suis plus rendu compte dans l'entretien ça, même si je le soupçonnais. Parce ce que la manière dont elle a réagi sur l'hospitalisation dis donc. Je m'attendais pas à ça moi ça m'a

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

vraiment étonné peut-être pas blessé mais ça m'a beaucoup oui et oui je me dis qu'en fait j'ai quand même raté quelque chose avec elle. C'était quand même un cas de patient qui aurait pu bénéficier d'une prise en charge psychothérapique.

I : Et vous pensez que peut-être que chez ces patients avec son profil à elle d'avoir limite plusieurs intervenants du côté généraliste, de votre collaboratrice. Est ce que ça pourrait, justement d'avoir plusieurs médecins différents, de pouvoir donner des, du point de vue psychologique, pour pouvoir en rediscuter... pour pouvoir dégager d'autres pistes? ça a été un échec mais vous avez quand même essayé de lui en parler?

Dr B : Oui oui c'est pas faute d'avoir essayer je crois, les premiers temps où je l'a voyais. Peut être que oui, je crois que j'en ai pas discuté avec Z, jusqu'à maintenant ou peut être ponctuellement. C'est bien d'avoir un éclairage différent d'une personne à une autre...

I : Vous pensiez que ce serait intéressant de le faire en pratique ce genre d'entretien ?

Discussion sur le principe de ces entretiens…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien en interaction Docteur B et Patient B (EB2)

Date: Février 2014

Lieu : Au cabinet du docteur B

Placement: Le médecin et le patient sont côte à côte mais tournés de ¾. L'observateur et le modérateur sont en face.

Comportement non verbal **:**

Patient B :

Au début de l'entretien : la bouche pincée, le regard dur, pieds joints, mains liées et serrées

Lorsqu'on évoque le début de la relation : sourire

Lorsque Docteur B parle : les yeux dans le vague, ne le regarde presque pas dans les yeux

Lorsque le patient B parle : regarde l'intervenant et l'observateur, des regards plus furtifs au Docteur B.

Lorsque le patient B évoque le séjour en hôpital psychiatrique : regard horrifié, pleurs, gorge nouée

Docteur B :

Au début de l'entretien : décontracté, jambes croisées

Lorsque le patient B évoque le séjour en hôpital psychiatrique : contact physique (touche la main)

Lorsque le patient B évoque l'histoire du cancer : mouvements de mains gênés et répétés

Lorsque le patient parle : il le regard

Patiente B (PB) : moi c'est X Y, je suis… j'ai 66 ans encore, et puis ben je sais pas ce qu'il faut dire d'autre.

Modérateur (M) : Votre profession ?

PB: Ma profession, j'étais secrétaire dans l'immobilier.

M : D'accord

PB: Je suis en invalidité depuis 98, pour des problèmes de pancréatite chronique, et j'ai été mise en invalidité ça m'a été très dur aussi, et puis finalement après j'ai pris des occupations à côté pour pallier au travail. Mais c'est pas du tout pareil.

M : Et vous êtes mariés ? Vous avez des enfants ?

PB : Bah je suis divorcée, j'étais mariée, j'ai un fils une petite fille, et je suis divorcée

M : Ok, bien. Vous venez souvent en consultation ?

PB : Oui dès que j'ai besoin du docteur B je viens oui,… oui soit le docteur B ou alors si le docteur B n'est pas là c'est le docteur Z qui prend le relai. Mais ca fait, je connais le docteur B depuis…95. Si ma mémoire est bonne…

Docteur B (Dr B) : 94, j'ai regardé dans votre dossier

PB : Je me trompe pas beaucoup c'est depuis mes problèmes de pancréatite chronique. Voilà et c'était le docteur Y qui travaillait avec lui, docteur ou professeur je sais pas, docteur…

M : D'accord et vous ?

Dr B: Alors, moi je suis médecin généraliste à X depuis 78, ça fait 36 ans, euh… bon qu'est-ce que j'ai à dire là dessus….La relation médecin-malade pour moi c'est quelque chose d'important. Depuis le début, on s'est installé, on voulait pas faire des consultations à la chaine, ou les gens défilaient comme ça les uns après les autres et que on avait à cœur, fin je dis on parce que, on a démarré en groupe et que ça faisait partie de nos objectifs… de pouvoir faire un travail avec les gens non seulement technique mais aussi relationnel, le côté relationnel était quelque chose d'important, fin dans l'exercice de notre profession

M : Alors, comment euh avez-vous choisi votre médecin ?

PB : Très bonne question, alors là je crois que ça a été le hasard, hein, parce que je n'ai

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

pas choisi vraiment je suis arrivé à X en 92 donc je… j'avais encore mon médecin traitant, docteur X… à Z et après ben je vous ai trouvé je sais plus comment alors ça, je saurais pas vous dire

M : C'est plutôt…il n'y a pas eu de critère particulier qui…

PB : Non par connaissance peut être que j'ai eu votre…vos coordonnées mais comme j'habitais pas loin, j'étais rue XY… donc c'était pas loin, au plus près que j'ai regardé et ensuite c'est devenu mon médecin…

M : Médecin traitant.

PB : Voilà.

M : Quelle a été votre première impression lorsque vous avez rencontré madame B?...

Dr B: …Est- ce que je m'en souviens…

M : Cette première impression que vous avez eu…

Dr B: La première impression je sais pas je sais pas si je pourrais m'en rappeler ça fait 20 ans. 20 ans c'est loin, mais…

M : C'est sûr.

Dr B: Mais je … l'impression que j'ai c'est que j'ai eu très vite au cours des premières consultations euh le sentiment que c'était une patiente qui serait pas facile parce qu'elle avait déjà eu une histoire médicale assez lourde, assez compliquée et qu'elle avait très mal vécu, à raison d'ailleurs, elle a on peut dire souffert.

M : Pas facile sur le point de vue médical ?

Dr B: Pas facile sur le plan médical. Elle a souffert de ses relations avec les médecins, des choses qu'on lui a cachées qu'on lui a pas dites et donc c'était quelqu'un qui se présentait avec une certaine… un passé, une exigence de, une exigence sur la connaissance de sa maladie, sur la connaissance de ses symptômes, beaucoup d'interrogations quoi.

M : D'accord.

Dr B: Donc je saurais et je savais dès le départ que ça euh oui que les entretiens seraient [PB: pas facile] seraient pas facile.

PB : Je sortais d'une erreur médicale.

M: D'accord.

PB : J'ai subi une erreur médicale, j'ai fait un procès, j'ai gagné mon procès contre les hospices civils. Mais je me suis battue pendant 5 ans. J'ai souffert moralement et physiquement. Le ventre c'est pour ça que j'ai une cicatrice comme ça. Je n'ai pas accepté ce qu'on m'a fait parce que c'était inadmissible et j'ai gagné mon procès parce que je savais ce qu'on m'avait fait et c'était pas normal quoi. Donc j'ai le papier et j'ai bien gagné mon procès je suis allé voir un avocat avec mon mémoire. C'était pas facile parce que l'avocat m'a dit écoutez « j'ai jamais j'ai jamais eu de procès contre les hospices civil, en principe on ne gagne pas madame ».

M : D'accord.

PB : Donc euh vous savez que vous, si…on ne gagnera pas ce procès donc vous aurez ça ça à me payer. Ca va vous couter cher. J'ai dit moi je sais maitre que ce procès je vais le gagner. Et je savais d'avance que j'allais gagner. Pourquoi ? Je ne sais pas, je ne sais pas. Mais je savais on m'avait fait quelque chose qui n'était pas à faire donc euh bah je voulais poursuivre jusqu'à la fin. Et j'ai tenu jusqu'à la fin. Il fallait aller faire des expertises sur Paris c'était pas facile du tout du tout. Confrontée au corps médical c'était très très dur. Mais j'ai tenu le coup et j'ai gagné mon procès. Ils sont reconnus sur papier et tout qu'ils étaient responsables. Bon ça m'a pas modifié quoique ce soit, ça m'a soulagé. Ils ont été reconnus donc ça m'a apporté un apaisement. Parce que quand vous entendez dire arrivée à 40 ans vous n'avez plus besoin d'utérus donc euh non c'est pas possible. Ca m'a apporté un apaisement et puis je voulais pas que ce chirurgien continue auprès d'autres femmes de pratiquer des choses comme ça. Voilà.

Dr B: Donc en fait, bon, Vous pouvez dire ce qui s'était passé.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PB : Je suis rentrée pour une fièvre au long cours.

Dr B: Sans vous étendre, mais juste…

PB : Une fièvre au long cours des douleurs un petit peu au ventre et on trouvait pas ce que j'avais. Donc euh on m'a aiguillée vers un gynécologue qui m'a dit, qui m'a examinée et qui m'a dit « je pense que c'est une trompe qui est peut-être, infectée ou quelque chose comme ça, c'est pas méchant. On va vous faire une cœlioscopie et on avisera. Y'aura peut-être un traitement ou, y'avait rien de méchant » Donc quand je suis arrivée au bloc opératoire, je sais pas pourquoi je le pressentais, j'ai dit vous me faites bien ma cœlioscopie.il m'a dit « oui oui », le chirurgien m'a dit « oui, » et on m'a ouvert et on m'a pas fait ma cœlioscopie comme prévu. On m'a ouvert carrément et on m'a enlevé l'utérus.

M : D'accord

PB : Et le médecin le docteur X que j'avais à l'époque à Villeurbanne. La veille je voulais l'appeler pour lui dire je ne veux pas rester à l'hôpital, je ne veux pas qu'on m'opère. Après il m'a dit vous auriez du m'appeler. Mais après si je l'avais appelé le soir il m'aurait dit « mais attendez madame vous êtes à l'hôpital restez » et voilà. Mais C'est vrai qu'en arrivant donc j'ai eu cette erreur médicale, ensuite, j'ai eu début de pancréatite en 92, pendant deux ans, bien deux bonnes années 91, 2, 3 ans on m'a dit de respirer dans un sac poubelle, un sac… parce que c'était psychologique, que c'était nerveux. Et voilà et en quatre vingt… donc 94 a peu près, c'est le docteur Q qui était médecin de nuit à cette époque là, qui est venu pour euh parmi d'autres médecins et ce jour c'était le docteur Q que je ne connaissais pas du tout et qui m'a dit « mais vous voir souffrir c'est le pancréas. On vous a jamais fait d'examen ? » je lui ai dit « Bah non ». Donc il m'a fait ces examens et là après on s'est occupé de moi. C'est ce que je peux dire quoi. Donc là ça a été très dur de faire confiance à un médecin, à la médecine.

M : D'accord Après…

PB : Ah oui oui j'ai été refroidie.

Dr B: Notre relation a démarré un peu…

PB : …Un peu *(mot incompris)*

M : Et vous quelle a été la première impression que vous avez eu du docteur B ?

PB : Très méfiante. Ah oui. Très méfiante et très… peut-être très dure avec lui parce que je dis franchement ce que je pense c'est vrai je suis très directe.et même un jour je sais que au début de l'ordinateur il pianotait sur l'ordinateur et je lui parlais, et oui ben il notait quelque chose, c'est sur. Mais je lui dit écoutez docteur si vous voulez pas m'écouter, c'est pas la peine je repars. Mais moi je suis directe voilà. Nos premiers rapports on été durs, c'est sûr. Pour vous, pour moi, ça a été dur de faire confiance, de reprendre confiance oui.

M : Et après, est- ce qu'il y a eu des évènements marquants qui ont changé l'image que vous avez du Dr B ?

PB : Ah bah oui, tout à fait oui parce qu'après il s'est occupé de moi. Je me suis rendu compte qu'il était à l'écoute, voilà donc euh. Pour ma pancréatite c'est vrai que c'était très délicat, y'avait une intervention aussi à faire. Mais euh on a tenu bon parce que finalement, on n'a pas fait cette intervention et parce que j'n' y tenais pas, il y avait des risques et j'ai été quand même bien épaulé par docteur B, y'avait le docteur H après…Mais le docteur B.

Dr B:… Le fait aussi qu'on ait un spécialiste, qui était un interlocuteur de valeur et puis de…qui travaille aussi bien je trouve, qui est très proche des gens, qui travaille aussi dans la relation et puis…qui…

PB : Tout à fait.

Dr B: Très à l'écoute, ouais.

PB : C'était très, très dur oui, y'a des moments très durs et docteur B, c'est vrai que quand je l'ai rencontré, pff, je me disais oui bah oui.

M : Vous vous disiez quoi ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PB : Bah je me disais bah oui, c'est un médecin quoi mais euh, qu'est ce qui va faire ? Est-ce qui va être ss… voilà. C'est normal qu'on réagisse comme ça après une erreur médicale je pense hein on est…

M : C'était pas par rapport au docteur B mais c'était par rapport à ce qu'il représentait.

PB : Oui mais y'a des moments ou je ne le trouvais pas assez à l'écoute alors je me disais ben il s'en fout de ce que je lui dis, au début hein. Au début, mais c'est vrai que je dis vite a docteur B ce qui ne me convient pas.

M : D'accord.

PB: Donc on a eu…

Dr B: Je crois pas que vous êtes resté sur la réserve…

PB : Non pas du tout.

M : Maintenant que vous le connaissez un peu mieux, vous pourriez me le décrire ?

PB : Alors c'est un médecin qui est très humain, qui est à l'écoute, euh, un bon médecin. C'est un bon médecin, à l'écoute et qui euh qui sait bon ben qui sait se déplacer si il y a besoin de se déplacer. C'est pas tous les médecins qui se déplacent.

M : Ça pour vous c'est important ?

PB : Ça c'est important.

Dr B : Il faut insister.

PB : Comment insister ?

Dr B: Je dis, des fois il faut insister.

PB: Il faut insister, Ca dépend, peut être que quelque fois il comprend pas non plus, il sait pas… comment je suis quoi, peut-être aussi je sais pas.

Dr B : Oui oui ben j'ai j'ai le souvenir du dernier épisode que vous avez fait là, votre crise douloureuse [PB : laquelle ?] récente.

PB: Celle-ci là oui.

Dr B: Oui où vous avez appelé le matin, vous deviez venir dans l'après midi, après vous avez rappelé pour dire, j'aimerais bien venir plus tôt donc euh la secrétaire m'a demandé effectivement si je pouvais vous voir plus tôt on a avancé je crois en début d'après-midi. Et puis finalement, après vous avez rappelé en disant que vous pourriez pas venir. Alors c'est vrai que, pour moi, c'est, c'est compliqué ça …

PB: Je suis une patiente un peu...euh…

Dr B: Vous avez une exigence par rapport à ça…

PB: Voilà, c'est pas une exigence peut-être pour moi.

Dr B: Attendez, laissez-moi finir, parce qu'après, finalement, je suis venu vous voir à domicile, un petit peu contrarié, [PB: si.] en me disant, là elle exagère un peu… et puis en fait je me suis rendu compte que vous exagériez pas du tout. Et j'ai bien vu que ce jour là c'était quelque chose de…Mais bon la succession des évènements faisaient que…que ça m'avait moi un peu...énervé.

PB: Hum.

Dr B: Parce que j'ai beaucoup de boulot aussi.

PB: Je sais…Je sais que vous avez beaucoup de travail.

Dr B: Au début elle devait venir, elle vient plus, bon mais [PB : le matin je pensais que…] j'ai pas regretté parce qu'elle était vraiment dans un état et je l'ai hospitalisé, d'ailleurs c'était pas…

PB: Ah bah oui, le matin. Je pensais que j'allais pouvoir… me déplacer. Après je voulais que ça aille un p'tit peu plus vite le faire avancer, c'est vrai le rendez vous…et ensuite je me suis rendu compte que je ne pouvais pas venir. Donc c'est vrai que je peux être peut-être exigeante et ça, je suis exigeante c'est suite à toute…

Dr B: Oui je pense qu'effectivement l'histoire que vous avez eu, je oui moi j'ai euh fin par rapport à ça c'est vrai que on n'a pas toujours une rigueur, ou une on n'est pas

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

toujours d'une exigence égale, j'trouve dans le…

M : Dans les médecins ?

Dr B: Oui fin par rapport aux patients selon ce qu'on vit dans le moment, selon la journée que l'on a eu selon euh… et c'est vrai que parfois, vous m'avez poussé un peu dans mes retranchements…

PB: C'est-à-dire ?...

Dr B: C'est-à-dire que, y'a des choses que j'aurais peut-être pas, j'aurais peut-être traité de manière un peu moins, un peu moins rigoureuse ou un peu moins exigeante euh et que vous vous m'avez poussé, justement à faire, à aller jusqu'au bout, ça je, je j'ai, j'ai appris aussi au cours des années [PB : hum.] mais vous faites partie des gens qui m'ont qui m'ont aidé je trouve.

PB: Ah bon ?

Dr B: Là-dedans.

M: Il y a un évènement particulier qui vous vient à l'esprit ?

Dr B: Particulier non, je mais par rapport à, par rapport à ses crises, elle a fait quand même beaucoup de crises douloureuses, mais fin c'est pour parler de madame B, j'ai toujours tendance à dire madame X parce que elle s'appelait comme ça avant et puis que j'ai un peu de mal à changer de nom, euh qu'est-ce que je voulais dire, oui, euh que, ça y'est j'ai perdu le fil…

M : Un évènement ? Un évènement marquant qui…?

Dr B: Oui y'en a eu plusieurs je pense des évènements marquants, parce qu'elle a eu, on va pas parler de toute sa pathologie, mais au fil de ces années, elle a eu quand même … oui je sais pas… dix ou quinze pathologies différentes et pas des plus simples des choses compliquées. Et …oui fin par rapport à ces crises, très souvent comme ça je me disais, peut-être quand même y'a une part, euh une part un peu de l'ordre de la dépression ou de l'hypochondrie ou…mais bon… quand même on a à chaque fois trouvé des choses, que ce soit pour vos crises douloureuses, que ce soit pour des problèmes de de rhinite ou d'infection de…

PB: Oui, mais c'est vrai que ça s'est jamais euh fin disons que là comme je sortais de mon erreur médicale, après je suis arrivé chez vous, j'avais mes problèmes de pancréatite chronique.

Dr B: Oui

PB: On savait pas trop bien au départ…

Dr B: Chronique ou aigue même, vous faisiez des crises aigues.

PB: Oui et … il est vrai que, bon quand vous entendez dire il faut respirer dans un sac... Ben que c'est nerveux… C'est bon quoi… Euh… J'ai même été oui c'est vrai j'ai été aussi dans une maison qui était pas très très bien non plus…à la X. Je sais pas si vous vous en souvenez ?...

Dr B: Je ne m'en souviens pas mais j'ai regardé un peu votre dossier et ça m'a rappelé des choses.

PB: Ca je ne l'ai pas accepté.

Dr B: Vous ne l'avez pas accepté ?

PB: Ah non non, ça excusez-moi mais vraiment je ne l'ai pas accepté, *(sanglots dans la voix)* ah non ts ts ça m'a fait très mal.

Dr B: La X. C'est une maison de soin psychiatrique.

PB: De fous de fous.

Dr B: Oui, non pas de fous, de malades psychiatriques.

PB: Si si si, si, si ah oui c'est de fous je vous le dis, moi, *(va chercher un mouchoir dans son sac)* si si parce que soit disant j'étais malade des nerfs.

Dr B: Oui vous étiez dépressive, oui.

PB: Non ts ts j'étais pas malade des nerfs c'est pas vrai.

M : A ce moment-là, ça a changé l'image que vous aviez du Dr B ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PB: Oui je lui en ai voulu quand même, oui, oui là ça m'a changé un peu l'image parce que je me suis dit mais c'est pas possible qu'on m'enferme dans un truc pareil, avec monsieur M. qui lui venait me voir une fois tous les « je sais pas combien » qui n'est même jamais rentré dans la chambre ou on était à trois dans une chambre non non j'ai vécu quelque chose là qu'était terrible…

Dr B: Vous êtes resté combien de temps ?

PB: J'y suis resté un mois, et encore, il a fallu que je fasse le forcing pour sortir, parce que quand on est dans un truc comme ça on sort plus.

Dr B: Alors moi c'était pas du tout du tout l'idée que j'avais…

PB: C'est épouvantable. On vous donne des médicaments tout le temps, tout le temps…j'ai vu une fille enfermée dans une chambre en haut avec des barreaux, une fille que je connaissais, et bah elle est resté enfermé plusieurs jours non non mais y'avait des choses qui se passaient c'était épouvantable, l'alcool même en douce, des choses que je peux pas, c'est inimaginable, non et puis les médecins quand vous êtes là-bas, vous êtes là-bas vous y restez hein *(renifle)* c'est horrible, j'ai vécu vraiment. Et j'y suis retombé comme par hasard dernièrement, sur ce papier et c'est vrai que je me suis dit, c'est une horreur quoi. Oui, ça j'ai très mal vécu. Excusez-moi, je sais pas pourquoi…

Dr B: Oui oui mais c'est des choses qui remontent et qui vous font…

PB: …C'est-à-dire que j'en ai tellement eu j'avais cette pancréatite chronique là on me disait que c'était nerveux, c'était toujours, tout était nerveux, même mon mari à l'époque disait que j'étais malade des nerfs hein, je sais hein il y avait que mon fils qui me soutenait et il était petit à l'époque. Mais mon mari c'était, c'était nerveux j'étais malade des nerfs et il fallait me faire enfermer, bah oui, on m'a fait enfermer c'est sûr…

M : Cet évènement vous a changé l'image…

PB: Ca a changé oui ça a accentué encore le regard sur la médecine…

M : Sur la médecine mais pas sur le docteur B en particulier ?

PB: Non par sur le docteur B en particulier, mais sur la médecine, pourquoi, pourquoi ça quoi. Donc après vous arrivez à vous poser des questions sur la médecine et …ça fait beaucoup… J'étais pas malade, quoi je veux dire que, parfois j'étais oui je pouvais être tendue, j'pouvais être stressée, oui, il y a eu pleins de choses qui ont fait que j'ai pas eu la vie que je voulais non plus peut-être, mais j'étais tendue oui peut-être par moment mais j'étais pas malade des nerfs, à me faire enfermer quoi…

Dr B: C'était une période difficile quand même, difficile parce que vous étiez dans…le couple ne marchait pas très bien…

PB: Oui mais j'avais ces problèmes aussi de pancréatite…

Dr B : …Parce que vous aviez ça parce que vous arriviez pas à travailler…

PB: Euh voilà donc ben tout ça greffé oui ça n'allait pas trop bien dans notre couple, mais bon à me faire enfermer c'était pas euh non.

Dr B: C'était pas, quand vous dites, « vous faire enfermer », c'était pas vous faire enfermer, c'était qu'on avait jugé que psychologiquement vous n'alliez pas bien à ce moment-là et que donc euh un séjour dans un établissement de soin, c'était pas,… c'était quand même pas, c'était pas un asile.

PB: Ah si si si moi je peux vous le dire, La X.

Dr B : Je sais bien,… ne pas être d'accord.

PB : Non je sais on n'est pas souvent d'accord. La X. C'est une euh… ça n'existe peut-être plus.

Dr B : Si je crois que si.

PB: C'était une maison de fous, je vous le dis, moi, c'était une maison de fous. C'était que des gens qui étaient…

Dr B: Vous l'avez très mal vécu.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PB: Ah bah je pouvais mal le vivre parce que franchement il fallait voir et on pouvait pas parler de sortir hein, avec les psychologues, non, non, et puis on vous droguait, il fallait prendre ses médicaments à un petit comptoir avec votre verre d'eau et vous étiez obligés de prendre tous les médicaments donc vous étiez drogués à mort. J'arrivais à plus… savoir quoique ce soit. Non non j'ai connu vraiment…

M: Est-ce qu'il y a eu d'autres évènements marquants dans votre relation qui ont pu changer l'image que vous aviez l'un de l'autre ?

PB: Bah après j'ai eu ma pancréatite, bon bah ça a été, non mais après je vois pas.

Dr B: Y'a eu pas mal d'autres pathologies quand même.

PB: Oui, y'a eu le nez aussi, le nez j'ai perdu confiance aussi à l'hôpital parce que, la maladie de Wegener qui a trainé, on butait …

Dr B: Au final c'était pas ça.

PB: On soupçonnait la maladie de Wegener. Aussi à l'hôpital, on m'a mené en bateau, on m'a soigné pour un staphylocoque doré… j'avais pas le staphylocoque doré, c'était un autre j'avais le résultat du staphylocoque doré, seulement j'avais pas fait attention, je vous l'avais montré le…, si vous vous souvenez bien, c'était un monsieur qui avait le staphylocoque doré, le résultat était pas à mon nom.

Dr B: C'était quand même une succession de…

PB: Une succession de pleins de choses, depuis mon erreur médicale, c'est simple, j'ai l'impression de toujours avoir… y'a jamais quelque chose qui va… y'a toujours des problèmes avec le corps médical et… cette polypose n'a pas été une réussite car puisque pendant ... Depuis ma polypose j'ai toujours des infections à mon nez…J'ai toujours gardé des séquelles de ça. On sait que me dire que ma muqueuse est malade et que ça ne guérira jamais…Donc que bah après bah j'ai attrapé mon cancer. Bah je me dis que… Quand j'ai eu mon cancer c'est pareil, on m'a, on m'a au départ on m'a enlevé la… on voulait que je fasse la chimio en premier j'ai refusé de faire la chimio parce que, je ne voulais pas faire la chimio tant qu'on m'avait pas enlevé la tumeur. Je ne voulais pas garder le mal en moi. Donc là j'ai pu choisir quand même de faire, d'enlever, de faire enlever mais c'est pareil, là on m'a demandé aussi, si je voulais pas faire réduire mon sein, parce que l'autre allait être plus petit etc que j'aurais une belle poitrine après. Que pour le dos il fallait y penser, ça équilibrait aussi, c'était important, pour ma vision de femme aussi c'était important d'avoir …d'être bien dans son corps aussi…J'ai accepté tant bien que mal qu'on me réduise mon sein, mais un peu à contrecœur, je l'ai fait j'ai accepté mais c'était pas dans mon…, il avait rien demandé, mais je l'ai fait quand même. Donc au départ j'avais dit au médecin, au chirurgien, si vous voyez que c'est… mon sein a plus que prévu vous l'enlevez. Et c'est toujours pareil, je pressentais… Je pressens assez les choses. Et ce sein, je sais pas ça me faisait rien de l'enlever. On ne me l'a pas enlevé, on m'a enlevé ma tumeur, la chimio et tout ça, voilà et puis et puis j'ai gardé un sein comme un obus, docteur B peut vous le dire, vous le confirmer, tout rouge, dur comme euh voilà… j'ai jamais retrouvé un beau sein.

Dr B : Ça a duré ça…

PB: Ça a duré deux ans et deux ans après qu'est-ce qu'on m'annonce, une récidive, ou ? Au même sein. Voilà, donc là par contre il faut l'enlever… bah oui il faut l'enlever. Donc j'étais un peu en colère encore contre le corps médical. Parce que parce que j'avais dit de l'enlever et …voilà et qu'on m'a réduit celui-ci pour avoir une belle poitrine, ma belle poitrine je ne l'ai jamais eu, donc voilà… donc maintenant on me demande, on m'a demandé après l'intervention si je voulais refaire une construction, j'ai dit non je ne veux plus qu'on me touche, je ne veux pas entendre parler de reconstruction c'est fini, voilà et j'ai passé euh j'ai très bien passé ce cap là… Je ne suis pas gênée par ça. Je ne… Ma prothèse me convient très bien, je vais à la piscine, si j'ai pas ma prothèse ça m'est arrivé de l'oublier, ma prothèse adhésive, j'ai l'autre en mousse dans mon soutien-

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

gorge mais j'ai oublié de mettre ma prothèse adhésive. Ca dépend comment je pars hein,… et bien je reste avec mon maillot de bain qui a une petite coque mais pas beaucoup, on voit que j'ai pas beaucoup de sein, j'y vais et puis c'est tout. Maintenant je m'en fous complètement, je veux dire je me sens, je… je peux pas dire que je me trouve, mais je me sens bien comme ça, je me suis… j'ai adopté mon corps tel qu'il est …

Coupure téléphone (Dr B répond, Madame B continue de parler)

PB : Je l'ai accepté tel qu'il est, accepté un bien grand mot, mais je fais avec mon corps comme il est. C'est vrai que j'ai la chance d'avoir un conjoint qui m'a pas demandé quoique soit, qui m'accepte telle que je suis. Mais je lui ai bien dit que de toutes façon si il me demandait quoique ce soit ça serait un non catégorique, je choisis de, on ne me touche plus. Voilà. J'ai trop souffert avec ces seins pendant deux ans, très durs et très enflammés….Donc il est vrai que j'ai eu quand même pas mal de choses qui font que je suis très méfiante avec le corps médical, que j'ai perdu confiance, que je suis très exigeante, certainement, oui possible.

Dr B: Oui, oui c'est sûr que quand euh quand on voit votre nom sur le planning de la journée, on sait que c'est une consultation qui durera pas 5 ou 10 minutes, c'est que madame B, elle a toujours beaucoup de questions…

PB: Ça c'est vrai.

Dr B: Elle nous interroge beaucoup… Elle nous pousse un peu dans nos retranchements euh, elle veut savoir elle veut comprendre, elle nous demande tou-… oui des examens, ou elle veut qu'on aille plus loin, ou que… Bon alors des fois il faut freiner, jusqu'où aller c'est pas toujours simple.

PB: Non non.

Dr B: C'est pas toujours simple.

PB: Une fois je me suis un petit peu, oui emporté contre le docteur B, parce que j' lui dis mais si c'était une personne de votre famille ? L'air de dire mais réagissez quoi, qu'est-ce que vous feriez ?

M : Et qu'est-ce qu'il a répondu ?

PB: Pas grand-chose parce que, ben oui, oui mais euh « attendez un petit peu » voilà, euh. Voilà, mais il est vrai que j'ai des exigences. Oui parce que parce que j'ai eu des choses… des choses qui sont venues et qui ont fait que …

Dr B: Oui oui.

PB: Je pose beaucoup de questions, ça, il est vrai que je pose énormément de questions.

M : C'est comme ça que vous pourriez la décrire, exigeante ? Il y a d'autres choses qui, d'autres adjectifs qui vous viennent ?

Dr B: Euh, *(silence)*, je sais pas trop comment…

M : Y'a des attitudes particulières que vous pourriez me décrire ? Là on a déjà su beaucoup mais…

Dr B: Oui y'a d'autres éléments qui euh je pense qui nous ont euh je sais pas rapproché ou euh parce qu'on a échangé un peu aussi sur la famille, elle a eu à un moment donné des difficultés avec son fils, ça a pas été simple, euh avec la belle fille à un moment donné, bon on est de la même génération aussi et je pense que ça ça compte quoi …

M : Ça c'est important oui.

Dr B: Donc on a aussi… même si moi je parle pas trop volontiers de ma famille je sais que madame A est au courant un petit peu de ce que… de comment je vis, ou des enfants que j'ai eu, …donc y'a eu des, y'a eu des échanges dans ce domaine-là…

PB : Oui ben moi j'aime bien.

M : Un peu personnel.

Dr B : Oui un peu personnel.

PB: Oui j' trouve que… oui quand je viens, si j'sais par exemple il est parti en vacances quinze jours je taquine un peu sur le bateau, je taquine sur voilà, [Dr B : oui oui vous me questionnez souvent sur les vacances oui], sur les vacances oui… mais c'est pas méchant. C'est une relation je trouve, on peut pas, on peut aussi quand on connait

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

bien son médecin, pourquoi pas aborder aussi…

Dr B : Oui oui oui *(en même temps)*

PB : …Ces petites choses-là qui sont quand même sympas, fin j'aime bien le taquiner. De temps en temps parce que je vois que ça l'énerve…

M : Vous pensez que ça l'énerve ?

PB : Je sais pas, [Dr B : non non non], mais je trouve que c'est sympa quoi de … [Dr B : non je pense pas que ça m'énerve] non je pense pas que ça vous énerve maintenant vous me connaissez…

Dr B: Oui, oui je crois qu'on se connait oui suffisamment bien

PB : Oui je suis…Je suis très directe, je bifurque pas comme ça quoi, très directe, un peu trop par moment, peut-être, je suis exigeante c'est sûr, euh je pose beaucoup de questions, parce que depuis, ben oui je pose beaucoup de questions. Je veux savoir beaucoup de choses et pourquoi et comment et voilà…

M : Tout à l'heure, vous parliez de… d'écoute, d'humain, qu'est-ce qui dans ses attitudes vous font dire ça ? Des choses particulières ?

PB : Parce que de quand même, bon il euh avec ma pancréatite chronique, je suis venue quand même assez souvent aussi, le voir euh et j'étais dans pas toujours en bonne forme non plus parce que j'avais quand même des douleurs épouvantables et il est vrai que…il était quand même assez à l'écoute donc euh j'ai apprécié euh et quoi d'autre vous me demandiez… ?

M : Non et les attitudes qu'il avait, vous me dites ça l'écoute et…

PB : Ben quand euh. Lorsque j'avais les soucis avec mon fils bon ben il m'a quand même parlé et tout.

Dr B: On a échangé à ce moment-là.

PB : On a échangé donc ça, donc c'est quand même agréable, c'est, c'est appréciable d'avoir un médecin qui a un petit contact qui compte quoi, y'a pas que la consultation, vous arrivez, moi ça fin bon le médecin, vous arrivez il vous fait l'ordonnance et hop vous repartez, je veux pas dire de rester des heures. Mais euh si c'est juste pour avoir une ordonnance, je connais un médecin chez qui je vais, enfin, un ORL pour pas le citer, euh vous rentrez dans son cabinet c'est la froideur, c'est glacial bonjour. Voilà déjà une main toute molle, ça ça dit tout de suite ce que ça veut dire et… et puis on vous regarde l'oreille oui, mais après bah on, elle s'assoit devant son bureau, note et on s'en va quoi. Une fois je lui ai dit, je viens, j'ai l'impression que je viens et que pour l'ordonnance et y'a aucun contact je ne peux pas parler avec vous, je vous pose des questions ça ne vous convient pas je lui ai dit, ça ne vous convient pas, elle m'a dit oui mais vous posez beaucoup de questions, je dis « écoutez chaque fois que je vous pose une question, vous ne me répondez pas, vous ne prenez pas le temps, vous…je viens, vous faites que mon ordonnance c'est tout, vous savez dire qu'une chose c'est que ma muqueuse est malade. Alors pourquoi ma muqueuse est malade ?est- ce que j'ai… j' sais pas qu'est ce qui s'est passé et tout ? pourquoi ?des antibiotiques tout le temps et cortisone, … » donc euh voilà et bah elle se lève et puis on s'en va quoi.

M : Alors qu'au contraire vous trouvez que, venir ici c'est plus chaleureux ?

PB: Ah bah oui, ça n'a rien à voir, c'est le jour et la nuit.

Dr B: La médecine générale, c'est pas oui, c'est, c'est ça aussi, c'est pas, c'est euh on le disait tout à l'heure, c'est pas que des actes techniques, [PB : oui hu hu] c'est y'a une dimension relationnelle parce qu'on connait les gens dans leur ensemble, dans leur globalité dans ce qu'ils ont vécu, dans ce qui… dans leurs traumatismes psychologiques.

M : Bon, maintenant que vous connaissez bien madame A, il y a d'autres choses, euh d'autres choses qui vous viennent à l'esprit ? D'autres évènements ?... L'image que vous avez d'elle est-ce qu'elle a évolué dans le temps ? Est-ce

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

qu'il y a des choses qui se sont ajoutés en plus ?

Dr B: Euh je pense pas non. Je euh ce qui m'avait, …Ce qui m'a surpris c'est la manière dont elle a euh, dont elle a géré son cancer parce que je la pensais…je la soupçonnais moins solide que ça et je trouve qu'elle a eu une attitude par rapport à cet' à une maladie…quand même… gravissime quoi. Comme le cancer ça menace la vie et euh…et bon euh, tout le monde ne se comporte pas comme ça. Et j' la pensais euh, je la pensais plus euh, oui plus fragile, je pensais que ça allait plus la euh… plus la démolir. Et en fait elle a j'trouve qu'elle a fait front, elle s'est battue.

PB: C'est pour ça que c'que je reproche un peu quelque fois c'est que lorsqu'on rend visite, lorsqu'on vient voir son médecin, euh ce que je reproche un peu dans le corps médical en général, c'est que vous venez, vous n'êtes pas bien, et tout euh, ça ne va pas, si et là, y'a des choses qui ne vont pas, le moral ne va pas trop bien... Tout de suite presque c'est c'est pas la dépression mais vous déprimez…voilà, vous déprimez, mais non y'a p-t-être autre chose il faut peut-être regarder autre chose, qui peut y avoir derrière et que… c'est pas la déprime quoi, tout de suite.

M : Par rapport à cet évènement là, vous c'est ce que vous avez ressenti aussi ? euh, que vous étiez euh aussi plus forte et vous avez senti aussi que vous étiez…

PB : Ah là pour mon cancer, je je prononce très peu le mot cancer, parce que c'est une… c'est un mot, un terme, un mot que je dis je dis ma maladie, j'ai du mal à dire cancer, [Dr B : vous avez du mal à dire cancer] je dis toujours ma maladie. Mais il est vrai que je l'ai affronté, oui oui, je l'ai bien… géré, je me suis battue, je euh mais je suis pas si faible que ça, je suis pas si déprimée que ça, je le suis peut-être mais pas autant que ça. Faut pas croire, je suis assez forte.

M : Vous pensez que, le docteur B pense que vous êtes…

PB : Il pensait, j'pense oui je…il me trouvait peut-être déprimée mais euh c'est pas

Dr B : Les premières oui, j'crois que les… quand on s'est rencontré, j'pense, tu disais tout à l'heure, les premiers entretiens [M : oui les premières impressions]. J'ai eu moi oui le sentiment au départ que vous étiez quelqu'un de dépressif parce qu'à cause de, à cause de votre passé médical quoi.

PB : Bien sûr mais je pouvais être…

Dr B : Vous rameniez beaucoup ça sur le tapis mais bon c'était en même temps, ce que je comprenais, ce que je pouvais comprendre mais en même temps, je pensais qu' ça vous avez énormément affecté et que du coup à partir de là ça vous avez, euh, un peu, euh oui rendu, rendu dépressive quoi mais…

PB : Ça m'a pas rendu tellement dépressive docteur, parce que je me suis quand même battue pendant cinq ans avec des douleurs au ventre… très douloureuse. Parce que c'est pas quand même, on modifie tout dans le ventre, c'est, c'est horrible et puis quand vous apprenez que, que l'envoi anapath était très bon, et que finalement il y avait rien du tout, il valait mieux refermer comme je l'ai dit, j'aurais accepté ça, qu'ils referment et qu'ils n'enlèvent rien du tout, mais là non c'était pas possible. Mais ce que je voulais dire, c'est que, euh j'ai quand même été battante, après j'ai eu peut-être des moments de , de faiblesse, mais on en a tous, des moments où on est pas bien, parce que justement suite à ça c'est quand même des épreuves, qui sont dures à mener jusqu'au bout, surtout quand vous avez votre famille qui vous dit mais attend, mes sœurs qui me disaient « mais attend, tu n'auras plus de règles tu seras tranquille, et tu veux faire un procès mais pourquoi tu veux faire un procès ? »J'ai entendu que ça autour de moi j'ai eu aucun soutien, aucun soutien j'ai eu, … donc j'étais la seule à me battre et je me suis quand même battue pendant cinq ans. Donc après peut-être que j'ai flanché un p'tit peu c'est possible mais encore j'crois pas trop et quand lorsque je suis venue voir le docteur B, il est vrai que j'étais très méfiante et je lui ai parlé de mon erreur médicale oui parce que c'était très important pour moi. Il fallait qu'il sache que je je j'étais passé par là. Bien qu'à des moments je me disais au début, j'crois qu'il ne me croit pas. Je sais

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

pas si je vous avais au début montré le papier, je vous avais apporté le papier pour qu'il se rende compte que c'était pas quand même quelque chose que je lui racontais, qui était pas vrai. Mais… mais il est vrai qu'il pouvait penser que j'étais dépressive, y'a des moments où peut-être j'ai pas eu toujours le moral, mais c'est suite à une euh…à des tas de choses qui ont fait dans ma vie que ça a quand même changé pas mal de choses quoi, … fin changé.

J'ai quand même pu retrouver assez rapidement une vie de femme, bien que voilà, quand j'ai vu que les pédiatres, ils faisaient venir même les pédiatres à l'hôpital pour me convaincre que ça ne changeait rien à ma vie de femme. C'est pas la peine de vous donner autant de mal hein parce que voilà. C'était pour éviter que je fasse le procès, quoi, ils voulaient me convaincre à tout prix. J'ai dit je vais aller jusqu'au bout. Mais ça a été une grosse épreuve. Bah oui, il fallait quand même faire un mémoire, il fallait quand même savoir ce qu'on dit et tout ça. Et c'est pas rien d'aller voir un avocat et de présenter son mémoire. Quand l'avocat vous dit « ben non j'ai jamais rien fait comme ça euh vous n'avez aucune chance », bon ben. Donc c'était quand même un combat. Ça a été un combat. Je me suis beaucoup battue. Après j'ai eu des… d'autres petites épreuves aussi, des soucis qui ont fait que, par moment j'avais peut-être pas trop le moral mais j'étais pas si faible que ça quoi.

M : Et vous, au cours de votre relation il y a eu, vous pensez que l'image du docteur B a évolué ? a changé ? La actuellement quelle image vous avez de lui ?

PB : Alors, quelle image j'ai de lui ?

M : Comment vous pourriez me le décrire ? Vous m'avez déjà dit beaucoup de choses, mais est-ce qu'il y a des choses que vous voulez ajouter ?

PB : Alors ce que je voudrais rajouter c'est qu'il est très important de faire attention au patient. Parce que les patients c'est vrai que quand on… Il fait attention au patient maintenant. Fin moi je trouve que moi personnellement. C'est vrai que… Peut-être que je peux l'agacer de temps en temps avec mes questions, avec euh, peut-être qu'il ne me croit pas toujours non plus, mes exigences aussi mais si j'ai des exigences, c'est qu'il y a quelque chose, qui fait que j'ai des exigences. Mais autrement euh il est plus à l'écoute oui, c'est ce que je disais, plus à l'écoute, il est … Il entreprend plus de faire quelque chose, je veux dire pas systématique des examens mais euh d'entreprendre… un traitement et puis après de voir éventuellement de venir le revoir, voilà, de venir revoir pour savoir comment ça va de tenir au courant de tenir informé. C'est appréciable.

M : De vous informer.

PB : Voilà c'était quand même appréciable pour mon cancer il m'a quand même, bien aussi suivie je veux dire, voilà, et… bon là il est vrai que y'a une chose qu'il faut que je vous dise c'est que vous répondiez au docteur V. parce qu'elle a été sympa de vous adresser un courrier pour mon problème c'est ce que je voulais vous dire entre parenthèse [Dr B : d'accord] ce serait sympa de lui répondre [Dr B : oui, vous faites bien parce que je l'aurais pas fait]. Donc voilà c'est vrai qu'à des moments je suis obligée de le pousser docteur B. De lui dire « il faut faire ça :». Parce que parce que il a beaucoup de travail je comprends très bien et il n'a pas que moi comme patient et heureusement d'ailleurs, parce que sinon…

M : Ça, ça vous dérange pas ?

PB : Non moi ça me dérange pas de lui dire ça.

Dr B : Non elle hésite pas.

PB : Non mais non pourquoi ça me dérangerait ?

Dr B : J'trouve que pour moi c'est quelque chose d'un peu,… plutôt de stimulant, même si parfois c'est agaçant, ça a un côté en même temps je trouve que, qu'un patient qui… qui…qui…qui maitrise, ou qui essaye de maitriser, ou qui essaye de contrôler qui veut savoir ce qu'on lui fait, qui euh c'est mieux que quelqu'un qui dise bah voilà, docteur je vous ai dit tout c'est à vous de décider. Moi je préfère quelqu'un qui soit, qui est comme ça.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

M : Actrice ? *(dit silencieusement)*

Dr B : C'est vrai que que depuis, depuis le sida par exemple les patients ont changé, aussi, le…les relations avec les médecins ont changé parce que c'est y'a eu une génération de gens très malades qui sont, qui ont voulu savoir ce qui se passait, et qui ont été acteur de leur maladie euh notamment depuis ce moment-là, avec le cancer aussi, un peu du même domaine mais le sida ça a été, ça a été très fort au début, c'était très violent et du coup, euh je pense que ça a changé un peu les mentalités des des patients, qui ont … qui ont voulu et puis internet maintenant les gens sont au courant de pleins de choses, et qui nous questionnent et qui vont chercher des choses et qui nous ramène.

M : Et c'est dans ce sens-là que vous dites que c'est une patiente pas facile ? Est-ce que c'est dans ce sens-là ?

Dr B : Oui pas…euh… pas facile c'est peut-être pas vraiment le mot en fait, c'est peut-être pas vraiment le mot pas facile. C'est une patiente qui prend sa santé en charge j'trouve, que ça c'est ça c'est plutôt positif. Même si ça rend parfois le médecin, même si ça rend la…le travail du médecin plus difficile.

M : Ouais. D'accord, ok

PB : Non parce que c'est vrai que des moments, je me dis oui mais oui oui c'est vrai je vous ai dit c'est vrai, je vous ai dit souvent, bah quelque fois ben si c'était quelqu'un de votre famille, l'air de dire, « docteur il faudrait peut-être vous secouer un petit peu là parce que voilà euh qu'est-ce que vous feriez. Est-ce que vous laisseriez votre membre de la famille comme ça ? Comment vous réagiriez ? Quoi. »

Dr B : C'est marrant parce que ça c'est une réflexion que j'aime pas.

PB : Ah ? Ça c'est important de le savoir.

Dr B : J'aime pas , non ça fait rien, c'est pas grave.

PB : Non, non c'est important de le savoir parce que voilà.

Dr B : Je me souviens en groupe de pairs parce qu'on se retrouve parfois entre médecin, je sais plus, qui disait, moi je me comporte avec les gens comme, comme ma famille. Qu'est – ce que je ferais si c'était mon fils, qu'est-ce que je ferais si c'était ma fille. Moi je veux pas [PB : oui] moi je veux pas rentrer là-dedans. J'trouve que faire référence à la famille, d'abord, on se comporte jamais bien avec sa famille en matière de santé et puis euh c'est deux choses différentes, la famille et euh la famille et la patientèle c'est pas la même chose.

PB : C'est-à-dire quand je dis ça.

Dr B : Ca veut pas dire que je serais moins exigent, mais, j'trouve que la référence à la famille. J'trouve, pour moi, je… l'accepte pas bien.

PB : D'accord, ben c'est bon de le savoir,

Dr B : Non non mais ça fait rien.

PB : Moi je le vois dans le sens de… euh comment vous dire… pour oui pour pas qui me… oui… pour pas qui me… qui réagisse quoi.

Dr B : C'est pas parce que vous êtes pas de ma famille, vous êtes une patiente que j'agirais moins bien avec vous.

PB : Oui oui hum.

Dr B : J'essaye…J'essaye, on y arrive pas toujours j'essaye de faire mon maximum et d'aller jusqu'au bout, et d'engager tous les… toutes les démarches tous les examens, l'écoute et tout ça mais euh euh . C'est pas c'est pas la famille c'est autre chose, quoi, c'est l'exigence du métier, c'est la conscience professionnelle.

PB : Oui, oui c'est vrai.

M : Vous êtes d'accord ?

PB : Oui tout à fait, tout à fait

M : Bon est-ce que il y a d'autres choses dont vous vouliez parler, est- ce qu y'a d'autres sujets que vous vouliez aborder par rapport à ça ? Vous avez dit beaucoup de choses…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr B : Euh je sais pas il y a surement autre chose… des choses qu'on oublie

PB : Des choses qu'on a oublié oui. Y'a des choses qu'on oublie… Je sais pas est-ce que vous ça vous amène, ça vous amène des éléments ?

M : Non, bah vous nous avez dit beaucoup de choses. Je pense qu'on peut s'arrêter là.

Observateur (O) : On peut.

PB : Vous n'avez pas d'autres questions à poser ?

M : Non, non, vous avez été très complets.

Dr B : C'est vrai que c'est pas rien de se suivre pendant 20 ans….

M : Bah oui, il y a beaucoup de choses qui se passent, beaucoup d'évènements…

Dr B : J'avais son fils, je sais pas quel âge il avait, dix ans, douze ans ? Et il en a 35-36 maintenant.

M : Donc oui vous vous êtes vu, suivi un long moment de votre vie.

Dr B : Et moi j'ai un fils de 37 ans.

M : Oui c'est ça qui est intéressant aussi, de voir le suivi, et de voir comment votre relation construite.

Dr B : Oui c'est un peu une tranche de vie.

O : Et est ce qu'on peut dire qu'avec docteur B, le l'image que vous avez du corps médical a un peu changé. Parce que quand vous vous êtes rencontrés, vous aviez une image qui était celle que vous avez, normale, celle qui s'est construite au fur et à mesure des évènements de vie que vous avez eu avec votre santé. Parce qu'en arrivant, vous disiez un petit peu ça, réticente ?

PB : Oui.

O : Tandis ce que là maintenant, vous avez l'air plutôt à l'aise, vous avez un bon retour du « médical ».

PB : Avec le docteur B oui.

Dr B : Mais c'était quand même déjà le cas avec docteur D ?

PB : Ah oui c'était déjà le cas, il était très bien

M : Oui donc c'était pas ce corps médical là en fait.

PB : Non, C'est mon problème que j'ai eu qui a fait que j'ai perdu confiance en médecin. Il est vrai que quand j'ai été dans cette maison, j'ai été vraiment très chagriné, j'en ai vraiment voulu au docteur B, surtout qu'après, je n'ai pas eu… on s'est pas occupé de ce que je devenais, donc ça, ça a été très dur.

M : Mais vous êtes quand même resté avec docteur B.

PB : Oui j'ai quand même continué avec le docteur B, mais je dois dire que j'ai dû sortir de là-bas grâce finalement à mon amie de P., c'est pas ma famille qui m'ont fait sortir, mon amie de P. qui y est parvenue, on a essayé, elle a essayé de faire bloc face au médecins sinon je ne sortais pas. Mais c'est personne d'autre qui s'en a occupé, je veux dire qu'on pouvait me laisser là-bas… c'est quelque chose que j'ai gardé pour moi. Mon fils ne sait pas, personne ne le sait, dans ma famille…

Dr B : Vous n'en avez jamais parlé à votre fils ?

PB : Ah non, je pourrais pas lui dire

Dr B : Pourquoi ? Parce que vous avez honte ?

PB : Ah non, j'ai pas honte, non, non, bah j'y suis pas allée de mon plein gré, moi

Dr B : Oui, oui

PB : Non, non, mais c'est quelque chose que je n'ai pas… Je vois pas pourquoi je lui dirais maintenant qu'est-ce que ça va lui faire de plus… après il va dire oui, on t'a envoyé là-bas et pourquoi et tout ça… non, non, j'ai pas envie de, de lui…

Dr B : Je me souviens pas des circonstances quand on vous a hospitalisé, on n'a pas fait

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'hospitalisation à la demande d'un tiers ? Vous êtes rentrée de votre plein gré non ?

PB : Non je suis rentrée avec euh bah c'est, vous avez convenu avec monsieur M *(son ex-mari)* et puis voilà hein, ça a été fait comme ça. Je me suis retrouvée là-bas c'est tout ce que je sais et monsieur M. jamais il est venu une seule fois en un mois, il n'est jamais venu dans ma chambre, il n'avait jamais le temps, il passait le temps en courant d'air, je me suis retrouvée vraiment seule, seule, seule, je vous dis j'avais que mon amis de paris quand j'ai pu avoir le téléphone. On était trois dans une chambre. Non, non c'était c'est un endroit.

Dr B : C'était vraiment contre votre gré.

PB : Ah oui, tout à fait. Parce qu'il n'y avait aucune raison que j'aille dans une maison comme ça j'étais pas folle. Je faisais des crises je veux bien, je faisais des crises pancréatiques.

Dr B : Je sais bien que vous n'étiez pas folle ne dites pas.

PB : Mon fils il était jeune mais il m'épaulait. Sinon bah j'étais écouté par personne et là ça a été vraiment très, très, très dur. Non, non ce sont des maisons ou il ne faut pas aller. Il y avait des pièces en haut où elles étaient enfermées, elles ne pouvaient pas descendre manger. Non. Non j'ai …C'est horrible d'être enfermé dans un truc que ça, vous ne pouvez pas sortir une fois que vous êtes là-bas. Vous ne connaissez pas docteur, mais c'est horrible.

Dr B : Ce que vous me dites ça m'interroge, parce que la X., fin l'image, l'idée que j'en avais, c'était justement un lieu où les gens pouvaient parler…où il y avait des groupes…

PB : …Ah oui y'a des groupes oui bien-sûr.

Dr B : Des groupes qui fonctionnent.

PB : Ah ça oui il y a des groupes qui fonctionnent ça c'est sûr. Ah ça c'est une belle image de la maison, mais c'est tout. A côté de ça, vous êtes prise de tous les pièges et les médicaments, je vous dis, vous ne voulez pas les prendre, vous êtes obligés ; donc on vous dope.

Dr B : A l'époque moi je travaillais avec M. R. qui est décédé après.

PB : Oui.

Dr B : Et lui il connaissait assez bien la X. et c'est d'ailleurs grâce à lui que moi j'ai envoyé plusieurs patients là-bas.

PB : Et ben bonjour, ah non, c'est une horreur, j'en ai ouh, ah non, non, ça. Mais bon, c'est comme ça c'est pour ça que je vois pas l'intérêt d'en parler à mon fils pas du tout. Du tout, du tout, il va me dire qui est ce qui t'a envoyé là-bas. Je ne veux pas qui sache que je suis allée dans un endroit comme ça. J'avais une amie qui justement habitait à côté de moi et qui est encore une amie *(accentuant sur le mon)*, c'est un jeune couple, mais elle est encore mon amie, ça pourrait être presque non pas ma fille parce qu'elle a quand même presque 50 ans, faut pas exagérer mais c'est une amie, ça reste… c'est resté un couple d'amis, c'est de la famille, c'est mieux que de la famille. Et bien, elle a jamais su ou j'étais. Pour elle j'étais en maison de repos. J'ai jamais dit où j'étais. Parce que je savais que bon monsieur M. il avait quelqu'un d'autre à ce moment-là aussi. Mais… Non je vivais l'horreur. Voilà, alors, c'est dur dur. C'est pour ça que quand vous voyez tout ça, que vous vivez tout ça, vous êtes bon vous êtes échaudés et vous êtes… Vous pouvez même être agressive avec les médecins, des choses qui par exemple me sont arrivées avec docteur B où je peux être agressive, parce que parce qu, ben, bon maintenant je prends de l'âge et je vieillis, quoi mais je veux dire par là que si il y a quelque chose qui se passe euh là je sais pas ce que j'ai par exemple bon ben je suis inquiète parce que je trouve quand même que c'est bizarre que j'ai mal, que j'ai des nausées… Donc je suis un peu inquiète.

Sanglots dans la voix, pleurs

PB : Excusez-moi, je ne suis pas venue pour pleurer… Mais je verrais ce que le DRH, ce qu'il va, il m'écoute assez bien qui est un bon médecin aussi, qui est à l'écoute ce qu'il va me dire mais faut que soit…

Dr B : Il vous a rappelé ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PB : Oui j'ai rendez-vous demain, demain à midi… une heure moins le quart mais je suis, j'ai peur voilà j'ai… *(sanglots dans la voix*)

(silence)

Dr B : Bon…

PB : Et puis c'est vrai quand vous n'êtes pas cru. Qu'est ce qui faut faire ? A l'hôpital quand j'ai eu mon erreur médicale, je me suis réveillée, j'ai hurlé en disant « appelez le médecin ! on m'a fait quelque chose », je savais pas ce qu'on m'avait fait, comment voulez-vous savoir, vous êtes sur un lit d'hôpital et l'infirm… j'avais monsieur M à côté qui me dit « mais calme toi ! tu es énervée », voilà, il a appelé l'infirmière et l'infirmière mais vous êtes énervée, je vous donne un calmant mais c'est pas ce que je veux, je vous donne quand même un calmant voilà. C'est triste mais c'est comme ça… je dis pas que c'est partout pareil mais pour moi. Après j'ai eu du mal à avoir chirurgien, après je l'ai vu, bon je l'ai traité de boucher parce que c'est un véritable boucher, c'est ce que je lui ai dit je n'ai pas mâché mes mots. Bon ben après je me suis rendue compte que effectivement on m'avait fait quelque chose, j'étais pas folle mais c'est fou quoi, vous n'êtes pas crue. C'est comme quand j'ai montré à l'hôpital, je suis allée à l'hôpital où je me suis fait soigner pour mon nez et puis j'y suis allée et entre temps j'avais reçu ce fameux papier où j'avais le staphylocoque doré hein donc j'y vais et il me dit « ben oui vous avez un staphylocoque doré c'est pour ça qu'on vous a donné des antibiotiques », ça faisait une dizaine de jours que j'avais des antibiotiques parce que j'avais ce staphylocoque doré. Et puis il était avec une flopée d'interne. Et je dis « bah écoutez docteur vous êtes sûr que j'ai ce staphylocoque doré » et il s'est énervé, « si je vous le dis, … » voilà mais c'est normal sa réaction est tout à fait normale et puis je lui dis « ben regardez docteur ! ».

PB : Ah bah alors là après il était dans ses petits souliers et tout ils m'ont mis dans une petite salle parce qu'il ne fallait pas que je parle. J'avais parlé devant toute l'équipe médicale. C'est aberrant quoi alors on peut se tromper et mais bon je tombe toujours sur le… les trucs, moi j'ai le chic pour trouver des choses… c'est vrai donc là on m'avait traité pour un staphylocoque doré moi j'avais été traité donc l'autre il avait pas été traité quoi. Donc c'est tous des erreurs, des choses comme ça qui font que… après bah vous perdez confiance, vous êtes irritable, c'est sûr que je suis peux être irritable quelquefois mais…

M : Ca dépend comment sont gérées les erreurs médicales en plus, parce qu'après…

PB : Voilà.

M : Parce que ça arrive de faire des erreurs mais après c'est « l'après » comment on gère une erreur médicale en tant que médecin…

Dr B : Comment on reconnait…

M : …C'est important de le reconnaitre puisque là le fait d'avoir eu le procès, on l'a reconnu et ça vous a soulagé.

PB : Ah là ça m'a soulagé ! Ça m'a aidé à reprendre une vie normale, ah mais ça m'a sauvé. Moi je dis ça m'a sauvé. Personne ne voulait que je fasse un procès. C'est important de faire un procès dans ces conditions-là.

M : Ah oui, oui.

PB : On n'a pas le droit de toucher comme ça, d'amputer une femme comme ça… c'est une amputation…

Dr B : Vous avez bien fait de le faire d'abord, comme démarche pour les autres [PB : oui pour les autres c'est important] mais pour vous aussi, [PB : oui bien sûr] vous avez été reconnue comme ça, qu'on avait fait une erreur sur vous, vous vous êtes un peu… ça vous a conforté [PB : ça m'a conforté…] dans le bien fondé de votre démarche.

PB : Bah oui parce que je me suis quand même battue pendant 5 ans et puis que ça m'a au contraire, après je me suis, ça m'a permis de…

Dr B : Oui de remonter.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PB : Oui, c'était important, très important….

M : Ok voilà.

PB : Et c'est vrai que quelquefois, oui, on peut être exigeante…

M : C'est ça qui était intéressant de discuter.

PB : Voilà, excusez-moi j'ai été…

M : Merci de tout ce que vous nous avez dit et tout ce que vous vous êtes livré.

PB : Bah j'ai peut-être pas dit grand-chose, je sais pas si vous en aurez assez…

M : Ah si vous avez dit pleins de choses.

PB : J'ai dit pleins de choses ? Bon ben alors ça va…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dyade C :

Entretien individuel Docteur C (EC1)

Date : Le 23 avril 2014

Lieu: Au cabinet médical du Docteur C

Placement: Docteur C se positionne instinctivement derrière son bureau. L'interviewer est en bout du bureau, l'observateur à la place « patient ». L'interviewer était accompagné de la deuxième chercheuse pour la première réalisation de l'entretien semi-directif.

Comportement général: L'ambiance de l'entretien est formelle. Le Docteur C semble vouloir partager ses expériences et son vécu avec deux étudiantes.

I : Pouvez-vous vous présenter ? Et comment vous vous définissez en tant que médecin ?

Dr C : Oh la! *(Rires)*

I : Comment vous pourriez vous décrire en tant que médecin ? Déjà vous présenter, et puis après plutôt de votre côté professionnel. Comment vous pourriez vous décrire ?

Dr C : Et bien moi je suis... un vieux docteur (*rires*) de 64 ans (*rires*), actuellement. Donc moi médecin généraliste c'est ma passion .C'est une des passions de ma vie, donc je trouve que c'est un métier intéressant puisque l'on apprend tous les jours. Puis la relation médecin patient, c'est vrai que c'est un sujet qui m'intéresse puisque c'est le cœur un peu de notre métier, c'est là que s'exerce ce que moi j'appelle l'art médical. Je pense qu'il y a un côté artistique si je puis dire, dans le bon sens du terme, c'est à dire que c'est une création la relation MP, on la créait en partie et … bien sûr on a besoin des connaissances, de la formation, c'est des parties incontournables. Mais après ce qui va faire la richesse de notre métier, c'est justement cette création d'une relation avec un patient. Enfin en médecine générale libérale en ville, euh la relation c'est quelque chose qui se vit dans une certaine continuité.

I : Donc avec le suivi des patients...

Dr C : Oui et le suivi des patients, c'est vraiment passionnant intéressant et c'est ce qui fait la richesse de notre métier. Par rapport à l'hôpital où on voit les gens de façon ponctuelle, on va jamais les revoir le plus souvent, sauf certains médecins spécialistes. Le suivi n'est pas le même, et puis nous on a connaissance de la famille, on a une vision globale d'une famille. Les médecins de mon âge, on a pu suivre les grands parents, les parents, les enfants, les petits enfants, les conjoints, donc ça apporte un plus et puis, l'autre spécificité de la MG qui est un peu délaissé aujourd'hui à mon grand regret et la visite à domicile qui nous apporte beaucoup d'éléments intéressants sur le vécu des gens, la façon dont ils vivent chez eux.

I : Et tout ce que vous nous racontez la, c'est une notion que vous aviez au tout début, en tant que jeune médecin généraliste ? C'est des valeurs que vous partagiez déjà ?

Dr C : Et bien oui, la relation avec les gens j'ai toujours trouvé ça intéressant de savoir comment les gens vivent leurs corps, comment ils imaginent leurs corps, comment ils vivent leurs maladies. De voir que certains ont une souffrance qui va s'exprimer d'une façon différente, certains vont avoir beaucoup de … et d'autres tout en souffrance, et certains moins la manifester. Je trouve que c'est une question intéressante et que tout ça ça ne s'apprend pas dans les livres, ça s'apprend sur le tard, si il y a une volonté de l'apprendre.

I : Donc vous sentez que votre métier a évolué, a changé ? Que votre manière de travailler aussi?

Dr C : Et oui bien sur on s'enrichit au fils du temps, oui oui. On s'enrichit en permanence, même aujourd'hui hui, je n'ai pas honte de dire que j'apprends encore des choses. Nous on apprend des choses à nos patients, mais ils nous apprennent aussi beaucoup. Il y a une espèce d'aller-retour

I : D'échange.

Dr C: Oui.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

I: Et votre projet professionnel de départ, c'était quoi exactement ?

Dr C: Et bien moi je voulais faire de la médecine interne, à l'origine je n'imaginais pas m'installer en libéral parce que j'imaginais que c'était horriblement cher et que je n'aurai jamais les moyens. Mais finalement je trouve que la médecine générale c'est mieux que la médecine interne, parce que justement il y a cette dimension de connaissance de la famille et de l'entourage et de connaissance du milieu des gens.

I : D accord et vous pourriez nous détaillez, assez brièvement votre parcours professionnel ? D'études et professionnel ? Ce que vous faites en temps que médecin et puis à coté même ?

Dr C : Oui j'ai fait d'autres choses, puisque pour faire mes études j ai du travailler pendant mes études donc j'ai fait beaucoup de chose. J'ai donné des cours de mathématique, d'allemand, de physique, j'ai fait du baby-sitting, j'ai travaillé dans un magasin de tissu je faisais du secrétariat et de la comptabilité, donc j'ai appris à taper à la machine la bas.(*rires*) j'ai fait vendeuse dans un grand magasin au rayon musique, j'ai travaillé au centre culturel de St Étienne section discothèque.... j'ai travaillé en usine, à la chaine...

I : Et tout ça en parallèle avec vos études ?

Dr C : Oui tout à fait. Qu'est-ce que j'ai fait encore....

I : Donc vous aviez déjà prévu ce que vous vouliez faire, c'était un choix décidé ?

Dr C : Euh non, ça m'est venu à l'année du bac, je pensais faire prof de physique parce que j aimais bien et je me suis dit que dans la médecine il devait y avoir un facteur humain qui me plaisait bien, c'est en voyant une amie qui voulait faire ça je me suis dit ah ben elle a pas tort.

I : C'est ce côté humain qui vous a plu ?

Dr C : Ah ouais. Moi je suis une littéraire au départ, j'ai beaucoup aimé les mathématiques et les sciences parce que je voulais en faire mais j aime l'aspect littéraire et aussi l'aspect humain, philosophique...

I : La relation...

Dr C : Ouais, et puis donc quand j'ai été étudiante, j'ai fait aide-soignante au centre X, j'étais infirmière en réanimation post chirurgicale, voilà... donc je savais pas si j'arriverai au bout de ses longues études et puis je me suis dit bon ben c'est pas grave je veux soigner les gens, si je en suis pas médecin je serai infirmière, puis sinon aide-soignante, pourvu que je soigne les gens. Et des que j'ai été aide-soignante, puisque l'on a pas le droit de remplacer de suite les infirmières, j'ai vraiment au contact des infirmières énormément appris et c'est intéressant de voir la hiérarchie dans les soignants, enfin à notre époque. De passer par là c'est pas mal, vider les cantines, distribuer les thermomètres (*rires*) On apprend que soigner ce n'est pas seulement prescrire.

I : Puis après vous avez eu le parcours médical...

Dr C : Oui voilà après j'ai fait médecine, j'ai passé mes examens...

I : Et entre médecine interne et médecin généraliste, à quel moment vous vous êtes dit...

Dr C : En fait j'ai passé l'internat et j'ai échoué, voilà et la deuxième fois j'ai pas assez travaillé, j'ai fait l'internat périphérique à ce moment-là ça s'appelait comme ça, et du coup j'ai pas pu faire médecine interne parce que j'avais pas le CHU. Mais j'ai été ravie parce qu'en hôpital périphérique on passe par toutes les spécialités, ce qui était impossible en CHU, et je me suis dit mais finalement ce que j'aime bien c'était le coté touche à tout, j'ai aussi fait aide opératoire, moi tout m'intéressait, et ce coté touche à tout est vraiment passionnant, alors bien sur il faut garder à l'esprit qu'on ne pourra pas être pointu sur tout mais il faut avoir le niveau minimum pour chaque spécialité. Si on veut, si on s'en donne les moyens.

I: Et vous aviez fait des remplacements au début où vous étiez installé ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr C : Non parce que comme j'ai fait les trois ans d'internat périphérique, je faisais des remplacements d'interne, et je n'ai pas fait de remplacements de médecin, j'ai tout de suite eu la proposition de m'installer.

I : En terme d'organisation, vos journées de travail comment vous pouvez me les décrire en pratique ? Comment vous organisez votre journée ?

Dr C : Alors la ça a changé, si on parle de maintenant, actuellement je travaille un jour par semaine donc ce n'est pas très représentatif (*rires*), sinon je suis là assez tôt le matin, j'aime gérer des paperasses avant que les patients arrivent, regarder mon programme, après je prends mes patients sur RDV depuis des années, toutes les demi-heures, en intercalant après en fonction de la demande. S'il y a des visites à domicile, pour les patients âgés chroniques, je m'arrange pour les faire avant ou à midi. S'il y a des urgences, on a toujours assuré les urgences. Il y a un temps entre midi et deux qui est un petit temps de répit.

I : Et en dehors de votre cabinet médical est ce que vous faites autre chose, et en dehors de la médecine ?

Dr C : Ah ben oui, moi je lis énormément, je lis des ouvrages médicaux, des revus, je vais beaucoup sur internet. Vous avez la chance j'aurai adoré avoir internet tout de suite , ça a vraiment boosté notre métier, parce que ce qui est difficile c'est de tout mémoriser, de se souvenir de tout, même si on a une bonne mémoire, ce qui est mon cas. Et là on peut facilement y accéder et vérifier ces connaissances, ça enrichit notre mémoire et en plus on peut réapprendre des choses et se mettre au point. C'est vraiment un outil extraordinaire.

I : Vous continuez en permanence à vous former ?

Dr C : Alors oui oui tout à fait je fais des formations. On en a toujours fait ici, moi j'en ai toujours fait. Au début c'était des formations qui étaient proposées par les hôpitaux, où on passait deux ou trois jours, donc il fallait trouver quelqu'un pour nous remplacer, mais en groupe c'est facile, on se remplaçait les un les autres ; les trois jours n'étaient pas rémunérés donc ça posé un petit problème. Après il y a eu les formations rémunérées, les formations spécifiques à la médecine générale. C'est vrai que c'est dernières années je suis allée un peu moins dans les formations hospitalières, mais ça m'arrive encore sur invitation. En pédiatrie, je suis allée longtemps aux journées de pédiatrie, en gynécologie aussi.

I : Et vous participez aussi à des associations, à d'autres choses à coté ?

Dr C:Alors moi je fais partie d'un groupe de pair que l'on fait maintenant depuis plus de vingt ans, on est dans les premiers à avoir fait des groupes de pairs, parce que déjà nous quand on s'est installé, on faisait des groupes de pairs minima, c'est à dire qu'une fois par semaine on se réunissait pour parler de nos patients systématiquement, de nos patients à problèmes pour échanger. Et on avait une réunion spécifique à l'organisation du cabinet. On le faisait avec une régularité presque de métronome et c'était très intéressant. On le fait maintenant dans un groupe de pairs une fois par mois avec d'autres collègues, ça nous enrichit plutôt que de tourner en rond dans le même cabinet, on s'est enrichit à d'autres pratiques de médecins que ce soit tous seuls ou en groupe. Et on forme un grand groupe. Pour l'organisation du cabinet c'est un peu plus ponctuel. Mais on essayait de trouver tout ce qui pourrait améliorer notre organisation de travail, de se garder des temps morts pour s'organiser pour les vacances etc...

I : Si on parle de votre travail actuel finalement, comment vous pourriez le décrire, les intérêts que vous portez, les motivations, les limites de votre travail, comment pourriez-vous définir votre travail en ce moment ?

Dr C : Ben moi ça peut paraître bête de dire ça mais moi j'aime bien soigner les gens, voir que je leur sois utile, leur rend service soit en les écoutant déjà, parce que c'est à mon avis le premier devoir du médecin, c'est déjà d'écouter son patient. En toute modestie, essayer de voir ce que l'on peut faire pour l'aider ce n'est pas toujours possible, si ce n'est pas de mes compétences, ben de confier à quelqu'un de plus compétent, tout en gardant un retour

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

éventuel. Donc moi j'aime bien cultiver les correspondants, les correspondants intéressants, en sachant qu'il y en a qui peuvent être bien à un moment donné puis après on change. Tout est orienté sur le mieux pour le patient. Ce qui me guide c'est ce qui sera le mieux, puis des fois ça peut arriver que ce soit moi qui soit pas bien et de dire vaut mieux que vous alliez voir quelqu'un d'autre, enfin ça peut arriver. Ou le patient le fait de lui-même, ça peut arriver. Il faut être humble, il faut mettre de côté les excès d'amour propre, qui sont néfastes pour le patient. Ne pas nuire. Premièrement ne pas nuire, deuxièmement ne pas nuire, troisièmement ne pas nuire. (*Rires*) Enfin moi je pense que si on part de cette idée, bon on risque de pas être trop mauvais.

I : Et vous avez vu au fur et à mesure changer votre pratique ? Par rapport au début où vous exerciez, est ce que ça a changé par rapport à ça ?

Dr C : Et bien ce qu'on acquiert c'est plus de facilité pour parler avec les gens, oui le relationnel ça s'améliore sans arrêt. On prend de l'expérience c'est sûr. Peut-être qu'au début j'avais de la timidité pour aborder certains sujets avec lesquels maintenant j'ai de l'aisance.

I : Ca s'acquiert au fur et à mesure ?

Dr C : Oui mais ça se cultive déjà en étant respectueux des gens. Je pense que le respect c'est quand même une valeur extrêmement importante pour moi. Et j'aime bien que l'on me respecte aussi. Si quelqu'un me manque de respect je ne peux pas le soigner.

I : Il y a d'autres valeurs qui permettraient de décrire votre travail ? Vous parliez de respect, est ce qu'il y a d'autres choses qui sont importantes pour vous ?

Dr C : L'honnêteté dans toutes ses dimensions, l'honnêteté intellectuelle, l'honnêteté par rapport au savoir, savoir dire au patient je ne suis pas compétente pour ça, puis j'aurai pas dû faire ça, je me suis trompée, reconnaître que l'on n'est pas superman, reconnaître ses limites. L'honnêteté financière, parce que malheureusement on a des exemples autour de nous qui nous montre que ce n'est pas forcément le cas. Et l'argent, c'est quelque chose qui peut vraiment altérer le comportement de certain. Et puis aussi je disais le respect, parce que l'on entend des gens qui disent, le médecin il ne m'a même pas écouté, il m'a reçu en 5 minutes. Bon alors ce n'est pas toujours vrai, il faut savoir que les gens peuvent nous raconter des histoires, nous manipuler, il ne faut pas être complètement naïf. Mais quand j'entends ça j'ai honte pour ma profession, il m'est arrivé de faire des excuses au patient à la place des autres, je m'excuse vous n'auriez pas dû être reçu comme ça, on n'aurait pas dû vous dire les choses comme ça, voilà. Il faut être dans le respect et ça fait beaucoup de bien au gens, et ça coute pas cher (*rires*).

I : Et vous pourriez dire maintenant que vous êtes satisfaite de votre travail ?

Dr C : Ah oui oui.

I : Autant dans son organisation, que dans ce qu'il est devenu ?

Dr C : Et bien moi je suis peut-être un petit peu...j'ai beaucoup d'exigence envers moi même, peut-être plus envers moi même qu'envers les autres et j'essaye que mon organisation soit la meilleure possible toujours pour en pas nuire au patient. Je n'aime pas être en retard, je n'aime pas oublier les papiers. Voilà donc j'essaye de m'organiser pour que ce soit possible ; Mais en sachant que c'est impossible d'être parfait dans notre métier. De ne pas oublier les choses. On soigne des gens, les gens quand ils viennent chez nous, ont fait une démarche dans leur tête, ils se sont dit il y a quelque chose qui ne va pas, je vais appeler le médecin, je vais prendre RDV, je vais venir. Ils ont quand même fait une démarche et ça mérite le respect et qu'on s'y attarde un peu. Parce qu'il y a des gens qui ne le font pas ça. Ils restent chez eux, ils disent que ça va passer. Donc celui qui vient c'est quand même qu'il a quelque chose qui le tracasse, et on doit être à l'écoute de ça. Et il faut s'en faire à mon vais un devoir de recevoir un personne qui vient pour une bricole, qui nous paraît être une bricole, sans jugement et celui qui a quelque chose de grave. Je

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

pense qu'il faut un petit peu garder cet esprit-là pour être juste. Savoir rassurer c'est important, beaucoup de gens sont là pour se faire rassurer. J'ai le souvenir d'une interne qui critiquait la médecine générale, elle trouvait que c'était de la bobologie. J'ai été un peu surprise parce qu'au cours de notre semestre on avait eu pas mal d'urgences, des personnes âgées à domicile dans des états sévères, des patients avec des maladies graves. Alors bien sûr on n'est pas nous toujours les principaux intervenants, mais il me semblait qu'on apportait quand même quelque chose. Et plusieurs patients en fin de vie. Donc j'avais été surprise de son jugement... bobologie. Alors c'est sûr que bon, aujourd'hui j'ai fini avec un certificat médical, on peut dire que c'est de la bobologie, mais on a la responsabilité et je pense que si on a le sens des responsabilités, je pense que je l'ai. Je me sens responsable quand une personne me confie sa santé, j'essaie de faire du mieux que je peux.

I : Là vous parliez de vos patients. Est-ce que vous pourriez nous décrire votre patientèle ?

Dr C : Patientèle...et bien, moi j'ai une patientèle, c'est assez varié, il y a toutes sortes de personne, tous milieux sociaux. Euh toute je pense catégories politico religieuses. J'essaie de ne pas porter de jugement. Des fois j'entends des choses qui ne font pas plaisir, qui ne sont pas en accord avec ce que je dis ; mais j'essaie de l'accepter et ce n'est pas toujours facile (*rires*). Voilà. Oui je pense que l'on ne peut pas travailler bien quand on est dans une certaine réticence ou si on a un jugement. Ou alors on va se spécialiser, peut être que sans s'en rendre compte, on attire les gens qui nous ressemble ou qui nous convienne, je ne sais pas.

I : Donc vous pensez que votre patientèle vous ressemble ?

Dr C : (*Silence*) Non non je ne crois pas, ce n'est pas vraiment ça que je voulais dire, ce n'est pas le terme. Comme je vous disais il faut du respect, donc moi c'est vrai que les gens qui arrivent en retard, ou trois fois de suite ne viennent pas à un RDV, moi ça me dérange alors je leur fais savoir, je leur dis et bien écoutez si vous ne venez pas à votre RDV moi je ne peux pas vous soigner. Donc c'est vrai que ceux qui ont vraiment envie que je les soigne, ils se plient à ça. J'ai un peu fait un espèce d'éducation.

I : Ceux qui ont un peu les mêmes principes que vous ?

Dr C : Oui voilà. Alors que je sais que certains médecins sont plus cool avec ça. Je ne les critique pas, je en suis pas un modèle, il y a toutes sortes de médecin. Euh moi je n'aime pas faire attendre les gens parce que ça me stresse et inversement, je n'aime pas que l'on me pose un lapin (*rires*). Donc voilà peut-être que sur des choses comme ça....

I : D'accord...et vous avez l'impression qu'au cours de votre exercice votre patientèle a changé, a évolué ?

Dr C : Et bien on vieillit avec sa patientèle, déjà hein. C'est vrai que c'est intéressant, on peut avoir des gens qu'on a connu bébé, ça m'est arrivé l'année dernière, il y en a un qui est arrivé avec son épouse et son bébé, je ne les avais pas vus depuis longtemps parce qu'il était allé travailler en chine et ils étaient de passage. Je soigne encore ses parents ses grands-parents et sa sœur, et donc il avait besoin de voir un médecin, il est venu, c'était passionnant de le rencontrer, je l'avais vu tout bébé hein. J'ai aussi des patients qui sont très fidèles et qui viennent me voir de très loin, de l'Isère, même une fois de Grenoble. Inversement moi il m'est arrivé d'aller dans d'autres communes parce que les gens me l'avaient demandé, voilà. Pour des patients qui ont été fidèles tout au long de leur vie, si a un moment ils ne peuvent plus venir alors je trouve ça normal d'aller les voir même si c'est un peu loin, attention je n'irai pas à Grenoble mais euh voilà si c'est jouable oui je les fais. Les patients en fin de vie aussi, je me suis toujours portée disponibles pour accompagner quelqu'un en fin de vie si c'est possible de le faire dans de bonnes conditions à domicile avec un téléphone portable jour et nuit. C'est un peu lourd mais je n'ai jamais regretté de l'avoir fait et les gens me semblent avoir été reconnaissants.

I : Et en terme de relation, quel est selon vous la relation idéale avec un patient ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

La relation qui vous convient, dans laquelle vous êtes à l'aise avec le patient ?

Dr C : Et bien si on sent la confiance, de la personne je pense que c'est bien. S'il arrive à nous dire toutes ses réticences, s'il n'y a pas de secret. Je pense que tous gens ont forcément des secrets mais j'ai remarqué que quand il y a une confiance, les gens se livrent facilement. Et ça ça permet de mieux les aider je pense, sinon on ne comprend rien. Donc euh oui c'est ça c'est la confiance la relation idéale. En même temps moi je respecte le secret si je sens que la personne n'a pas envie de parler de ça aujourd'hui, on peut arrêter là et souvent la fois suivante on peut parler de quelque chose de très intime dont il n'a jamais parlé à personne. Il m'est souvent arrivé que les gens me disent ça je ne l'ai jamais raconté à personne. Donc ça je me dis que j'ai été suffisamment à l'écoute.

J'ai laissé une place pour dire ça. Le secret médical est respecté c'est important aussi. Il faut que les personnes le sachent, qu'ils en soient sur.

I : Donc pour vous une relation dans laquelle vous êtes à l'aise c'est quand il y a de la confiance ?

Dr C : Oui, mais ça m'arrive de soigner des patients même si je sens qu'ils n'ont pas une confiance absolue ; parce qu'il y a des gens qui sont extrêmement angoissé. On a beau leur dire tout un tas de chose ils ne vont jamais être tranquilles, mais c'est parce qu'ils sont angoissés donc il faut l'accepter aussi. Il y a des gens que l'on n'arrive pas à rassurer entièrement, mais ça n'empêche pas qu'ils reviennent donc euh finalement ce n'est pas si mauvais.

I:C'est peut être une relation dans laquelle vous êtes moins à l'aise quand vous sentez que la confiance n'est pas là ?

Dr C: Et bien je crois qu'à l'heure actuelle c'est rare que je me sente mal à l'aise. Ça doit faire longtemps que ça ne met pas arrivé. Euh j'ai subi des agressions quand même, de gens qui n'étaient pas bien dans leurs têtes, donc là vous ne vous sentez pas bien c'est sûr. Une agression c'est pas très rigolo...

I : A l'aise dans le sens où vous ne vous sentez pas à bien rentrer dans la relation, à ne pas bien comprendre ce que le patient veut ?

Dr C: Ça ne me gêne pas. Non je pense qu'actuellement ça ne me gêne pas, je respecte, je me dis c'est pas grave ça viendra une autre fois. Faut savoir être patient (*rires*).

I : Vous auriez un exemple de relation pour laquelle vous vous sentez à l'aise, quelqu'un avec qui ça roule, ça se passe bien ou au contraire une autre relation avec qui ça marche un petit peu moins ?

Dr C : Alors, les personnes que je crains entre guillemets, mais c'est pas méchant, c'est les gens qui parlent beaucoup parce qu'ils vont vous disperser et que c'est vrai que moi dans une consultation médicale c'est comme dans le reste, je suis assez organisée et j'ai un cheminement intellectuel et si on a une idée et qu'une personne vous distrait, il faut arriver à revenir sur ce qu'on pensait si c'est vraiment important. Si ce n'est pas important et que ce que la personne dit est important, on va laisser tomber le mettre de côté pour une autre fois. Mais si vraiment j'ai un souci sur une et je me dis il faut pas se louper la dessus et que la personne part dans tous les sens je trouve que c'est plus difficile de... mais bon avec l'expérience on y arrive. Voilà, il faut arriver à cerner les problèmes. Des fois vous avez les gens qui arrive c'est le mur des lamentations ou bien ils ont cinq six motifs, il faut mettre un peu d'ordre là-dedans et donc, ne pas laisser quelque chose tomber. Mais bon l'avantage que l'on a c'est de faire revenir les gens. Donc je me dis assez souvent bon ça j'ai pas pu l'éclaircir mais je dis bon écoutez on s'est occupé de ça mais il y a ça, ça à l'air de vous inquiéter et moi aussi j'aimerai bien qu'on le reprenne, je vous redonne un RDV. Donc on peut se rattraper ou bien ça m'est arrivé d'oublier quelque chose, elle m'a parlé de ci, j'ai complètement oublié. Je m'en souviens, je le note, je re téléphone à la personne et lui dit écoutez on n'a pas reparlé de ça... enfin voilà. Le téléphone c'est aussi un moyen de relation pour prendre des nouvelles des gens aussi, quand ils sont dans des situations un peu sévères, il m'arrive de

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

prendre des nouvelles. Dernièrement j'ai appelé un patient , il vient d'être opéré et je sais qu'il est tout seul, il a pas trop de famille il a pas de boulot il est psychologiquement fragilisé il a un cancer il vient de se faire opéré pour la énième fois, donc je lui ai dit je vous appellerai pour voir comment ça c'est passé, et je l'ai appelé voilà et j'ai eu des nouvelles. On peut faire des choses comme ça, je sais que certains médecins ne le font pas mais moi je me permets. (*Silence*) Quelqu'un sur qui on peut compter, quand ça va mal, on est là pour ça, on est payé pour ça.

O : C'est un référent

Dr C : Et puis on a un certain pouvoir quand même pour le patient. Là tout à l'heure j'ai appelé une dame qui a un problème neurologique on ne sait pas trop ce que c'est, le spécialiste ne m'a toujours pas écrit, elle voulait que je la rappelle donc je l'ai rappelé et elle m'a dit est ce que vous pourriez intervenir, j'ai téléphoné trois fois à la secrétaire je ne comprends pas ce que c'est, on m'a trouvé une image cérébrale et une image au poumon, effectivement c'est très inquiétant moi aussi j'aimerai bien savoir et effectivement je n'ai pas de courrier, donc je lui ai promis, écoutez demain, là c'est trop tard pour que j'appelle dans les hôpitaux là il y a personne, je vais appeler demain et puis je vous rappelle. Donc ça c'est un acte gratuit mais qui est dans notre contrat, dans ce que moi j'estime être mon contrat avec cette patiente. Je la soigne depuis des années, je suis inquiète pour elle, voilà donc eux c'est un exemple ce n'est pas une réponse générale mais je sais pas si ça vous éclaire.

I : Si si dans cette relation là en particulier votre place vous la définissez comme quelqu'un qui est référent ?

Dr C : Oui et qui a un pouvoir d'aider, on a un pouvoir d'aider, puisque moi quand je vais téléphoner au spécialiste pour lui dire « écoutez excusez moi mais je m'inquiètes pour cette dame et je n'ai pas son CR, est ce que vous pourriez m'en dire deux mots ou m'envoyer un courrier s'il a été oublié », je pense qu'il va euh mieux réagir que cette dame qui appelle la secrétaire depuis 3 fois et qu'il n'y a rien qui se passe. Euh le fait que ce soit le médecin qui appelle, je ne vais pas faire un esclandre mais les relations avec les hospitaliers et les spécialistes c'est quelque chose à cultiver aussi pour le patient. Moi je suis aussi dans le respect vis à vis de ses intervenants, je fais toujours des lettres extrêmement circonstanciées et détaillées avec tous les antécédents, j'explique bien ce que je veux, ce que je veux savoir, des lettres correctes et bien écrites c'est du respect pour le correspondants, moyennant quoi le retour que j'ai, les patients me disent « Ah ben le spécialiste m'a dit que la lettre était très bien faite » et du coup vous avez des réponses. Donc si vous écrivez une lettre lapidaire vous recevrez une lettre lapidaire. Alors le spécialiste qui ne me répond pas ou qui me donne des réponses lapidaires, je l'abandonne et j'en cherche un autre. Et ça aussi ça fait partie du réseau de correspondants qu'on peut avoir et c'est super important.

I : Est-ce que vous auriez un autre exemple de patient où il vous semble tenir un rôle qui est important dans votre travail ?

Dr C : (*court silence*) que ce soit des bébés, des petits enfants, des vieillards...

I : Oui mais vous dans la place que vous avez dans la relation, quelle posture vous semble importante dans la relation que vous avez avec un patient en particulier ou avec tous ?

Dr C : Eh bien, de répondre quand il a besoin de moi. D'être là et de...

I : D'être à l'écoute, et de pouvoir répondre à ses attentes... Il vous semble avoir des rôles, des postures différentes en fonction d'eux ?

Dr C : (*Silence*) J'essaie d'être moi-même, peut être que je ne plais pas à tout le monde, surement d'ailleurs, il y a peut-être des gens à qui je ne conviens pas et d'autre à qui je conviens bien. Je n'ai pas l'impression de jouer un rôle autre que le mien. Non je crois qu'il faut être soi-même, honnête avec soi-même. (*Silence*). Bon c'est vrai que ce qui est difficile et ça je l'ai vécu c'est quand on a des soucis personnels ; il faut arriver, et ça c'est pas donner à tout le monde, je pense,

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

enfin moi ça m'est arrivé très jeune, euh il faut arriver à soigner les gens, le mieux possible, même si on est pas bien et ça c'est pas facile, pas facile du tout. Mais si on est d'abord préoccupé par l'autre, on est mieux soit même, on en tire un bénéfice et voilà. Ça permet de passer par-dessus, mais ça peut être parfois difficile. Ça doit dépendre du caractère des gens.

I : Pour revenir à notre sujet, est ce que vous pensez à un patient en particulier pour la suite des entretiens ?

Dr C : Alors ben justement, euh...

O : Donc un patient avec qui vous avez en vie d'approfondir la relation, avec qui vous avez envie de discuter de la relation que vous avez avec lui. Quelqu'un que vous connaissez depuis longtemps, avec qui vous avez vécu des choses médicales ou personnelles, et avec qui vous avez envie de parler de cette relation. Le vécu, les représentations que chacun a de l'autre, et de voir comment cette relation a évoluée et comment elle s'est construite. Comment elle s'est créée. Vous parliez de création. Comment la relation s'est créée au fils du temps ?

Dr C : Oui je reconnais que c'est une question difficile.... parce qu'il peut y avoir des centaines de gens.

I : Ou peut être quelqu'un avec qui vous vous sentez pas forcement à l'aise, ou une relation qui roule pas bien, quelque chose qui ne va pas.

Dr C : Ouais ben il faut que je réfléchisse, ça m'est difficile, je n'ai personne qui me vient à l'esprit. Je vous ai parlé de ses deux patients. L'un c'est un homme, l'autre c'est une femme.

I : Il faut après que ce soit des personnes qui soient d'accord de participer à l'entretien.... Mais vous avez le temps de réfléchir, on ne veut pas forcement la réponse tout de suite.

Dr C : oui mais vous vous avez une idée ?

O : Non parce que c'est vous, c'est vous qui devez la choisir...

I : C'est dans le but de pouvoir faire ressortir quelque chose, que ce soit intéressant pour vous, pour le patient, que ça puisse vous apporter quelque chose.

O : Tout à l'heure on parlait d'endosser un rôle, c'était est ce qu'avec une personne des rôles différents pour que la relation s'adapter en fonction des patients. Ça peut être un même patient, mais aussi d'autres. En fonction du patient que l'on a en face de soi, on arrive à se moduler pour que la relation se passe bien. Et que les deux soient satisfaits. C'est vrai que jouer un rôle ça peut sonner faux, c'est plutôt cette vision-là.

Dr C : Moi je ne vois pas les choses comme ça. Alors moi je pense que le meilleur rôle c'est d'être soit même. Je pense que si on s'écarte de ça, ça va être faux et les gens vont le sentir.

O : Comment on change de face, on n'est pas faux, on reste soi-même, mais c'est quelle face de soi même on peut montrer, comment on peut s'adapter, comment s'adapte-t-on à nos patients ?

Dr C : Le rôle je le vois ; quand on est médecin on est dans un rôle, parce qu'on a une unité de temps, de lieu, d'action, c'est toujours le même déroulement. Le patient rentre, l'interrogatoire, l'examen clinique.

O : Il y a une sorte de ritualisation.

Dr C : C'est vrai qu'il y a un côté théâtral, j'ai fait du théâtre et c'est vrai que l'on apprend beaucoup. Mais je ne saurai pas le définir, je dirais que ça se fait intuitivement, mais pas de façon délibérer et de façon volontaire.

O : J'avais un mot, ah la ça coince dans cette relation, il faudrait que j'arrive à changer de position. Là c'est vrai que ça coince un peu. Par exemple un patient qui ne souhaite pas prendre son traitement, qui n'est pas motivé par le médicament qu'il doit prendre. Et vous vous avez l'impression que ça reste un mur.

Dr C : Alors ça c'est vrai que par rapport à ma jeunesse, quand j'étais jeune médecin j'étais moins tolérante par rapport à ça, c'est vrai que j'étais plus stupéfaite que le gens ne prennent pas ce qu'on leur dise, alors que

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

maintenant je suis plus cool. J'admets que des gens ne les prennent pas.

I : La déjà vous avez changé de posture face à ça ; quelqu'un qui n'est pas observant au début vus étiez plutôt stricte et la maintenant moins...

Dr C :Je pense pas que j'ai été agressive avec les gens pour ça, mais on peut quand même continuer à cadrer les gens, mais sans être trop intrusif. C'est vrai que le domaine sur lequel j'ai fait le plus de progrès, c'est sur le tabac. Parce que ben avant quand les gens buvaient ou fumaient, j'avais tendance à leur dire faut pas boire, faut pas fumer, comme disait tous les médecins à l'époque. Mais on a évolué nous-même et puis par rapport à la société. Et on s'est rendu compte aussi que ça ne servait à rien d'être répressif, que finalement ce qui a le plus réussi c'est quand ça a été interdit dans les lieux publics. Donc quand quelque chose ne marche pas on se dit on peut s'adapter, en faisant de la formation, on évolue en voyant comment font les autres, comment tu fais toi. Justement en piquant par ci par là des attitudes des autres on se construit. Puis par le travail personnel, par les lectures aussi. C'est plus comme ça que je le vois.

I : Mais là par exemple vous parlez de chose extérieure à la consultation et à la relation, qui vous a permis de changer et de vous adapter. Eh bien, nous finalement ce qu'on recherche c'est un peu la même chose mais avec un patient. Comment vous arrivez au fur et à mesure de la relation à vous adapter, en fonction de ce que lui vous fait ressentir et de ce qu'il vous dit. Ce n'est pas des rôles, mais votre position à vous en tant que médecin, comment vous arrivez à adapter votre manière d'être en fonction de ce que le patient vous renvoi.

O : Et c'est vrai que comme vous dites c'est très intuitif donc c'est difficile.

Dr C : Ouais moi je ne suis pas une grande théoricienne, je suis pratique. Je n'ai pas d'idées préconçues la dessus. Il me semble que quand je suis dans le respect, même si quelque chose m'étonne, il me semble qu'on peut pas nuire. Voilà je n'aimerai pas me savoir nuisible. Après c'est vrai qu'il y a eu des clashs. C'était pour une patiente que je connaissais depuis longtemps qui avait eu un cancer du sein. J'ai pris une petite fille en urgence devant elle en salle d'attente, c'était justifié, et elle m'a fait une scène, à cause de ça. Je lui ai dit que je n'acceptais pas sa réaction, je lui ai dit sortez, je ne veux pas vous examiner aujourd'hui et je ne l'ai jamais revu. Mais je trouvais qu'elle avait dépassé un limite que moi je ne pouvais pas accepter. Je n'ai pas été bonne, mais il valait mieux qu'elle se fasse soigner ailleurs, parce qu'elle m'a critiqué. Après je me sentais coupable de l'avoir rejeté, bon euh c'est vrai qu'il peut y avoir des évènements comme ça. C'est vrai que ce jour-là je me suis adaptée dans le sens négatif.

Ou des patients vis à vis desquels j'ai pu changer, avoir plus de considérations envers eux parce que je ne connaissais pas une partie de leur histoire. C'est à dire qu'ils étaient plus dans le quelconque sans qu'on ait d'atomes crochus, il y en a qui viennent nous voir parce que l'on est médecin et puis point barre. Ils n'attendent pas de nous... enfin des gens qui sont en bonne santé. Et puis on dit pourquoi il vient me voir pour des bricoles et puis à un moment on finit par comprendre le pourquoi. Parce qu'un jour ils vont se livrer et on se demandait pourquoi ils venaient pour pas grand-chose et en fait il y avait quelque chose d'autres derrière que l'on n'a pas su faire accrocher.

I : Et bien est-ce que vous pensez à quelqu'un, avec qui il y a eu une sorte de basculement ? Et vous vous avez adapté justement à ce qu'il attendait de vous aussi.

Dr C : Et bien ça pourrait être cette dame-là, avec ses problèmes neurologiques. Parce que c'est vrai que ça fait longtemps que je la vois, elle venait pour des lombalgies. Moi j'avais souvent l'impression qu'il y avait une majoration psy. Et puis effectivement à un moment elle m'a raconté qu'elle s'occupait de ses vieux parents, de son oncle âgé, de ses enfants. C'était la femme orchestre. Et donc ça expliqué les arrêts de travail etc... Donc euh que j'ai toujours accordé en me disant certaines fois, est ce que je ne me fais

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

pas un peu manœuvrer. Mais moi je suis quand même plutôt cool avec ça. J'accepte facilement le bénéfice du doute. C'est sûr qu'il y a des gens qui doivent nous tirer un peu les choses, c'est sûr. On a parfois l'intuition, on n'est pas sûr, mais j'accorde toujours le bénéfice du doute, et puis je me dis je verrais bien une autre fois si ça revient. Euh il y a un patient aussi, auprès duquel je suis intervenu auprès de son employeur parce qu'il le maltraité. J'ai fait une lettre pour lui et voilà. C'est vrai que les arrêts de travail, quand les gens nous demandent des choses de cet ordre-là, on peut se dire... parce qu'on est responsable devant la société de ce que ça coute.

I : Cette patiente... ce pourrait être intéressant...

Dr C : Oui. Donc c'est elle qui a des problèmes en ce moment. Ben pour l'instant on lui a parlé de cavernome, mais j'ai pas de lettre plus précise.

(….)

C'est vrai qu'au début elle était très suivie par des spécialistes. Je ne me sentais pas très investie. C'est vrai que quand les patients ont des machins-logues, on se sent moins investie et on va pas y mettre la même chose que quelqu'un qui nous confie tout. Parce que c'est vrai que j'aime ça, je ne sais pas comment font les autres médecins mais quand mes patients ont plusieurs pathologies, je leur dit « Ecoutez, moi j'aime être responsable de l'ensemble de l'ordonnance. » D'abord pour pas faire de bêtise et mélanger les trucs, mais il y a des gens et des spécialistes aussi qui résistent à ça. Donc c'est vrai que mes correspondants ils le savent. Pour moi c'est un gage de confiance de la part du spécialiste envers moi. Et vis à vis du patient, il sent que le spécialiste lui confie ça, du coup ça renchérit la confiance. Tandis que quand ils ont plusieurs ordonnances c'est plus compliqué, c'est difficile de les récupérer.

(...)

Alors le patient, le monsieur, c'est particulier, parce que lui il risque de ne pas être d'accord. Il est psychologiquement très difficile. Alors moi je vais vous dire, les gens psychologiquement difficiles j'adore. C'est comme un chalenge. Est-ce que je vais arriver à.... J'aime bien les gens difficiles, les enseignants... J'ai beaucoup de tendresse, d'émotions pour les psychologiquement ou psychiatriquement malades. C'est quelque chose qui m'émeut. J'ai eu à soigner beaucoup de gens psychiatriques graves. Avec malheureusement chez les jeunes des suicides. Alors là, ça fait mal... mais j'essaie de faire quelque chose à la hauteur de mes moyens. Parce qu'on a l'impression que ces gens sont tellement en déroute, dans le délaissement que moi ça me touche. Bon alors j'en fais pas un modèle, je peux comprendre que ce ne soit pas possible pour d'autres médecins.

(...) Moi j'aime bien tout ce qui est insolite, tout ce qui sort de l'ordinaire, moi ça me stimule, alors à ce moment-là je fais des recherches... bon ça c'est mes petites manies personnelles. Mais en plus c'est une bonne façon d'apprendre. J'aime bien travailler à partir du patient, plutôt que de la théorie...

(…)

Moi ce qui m'intéresse c'est les histoires. Le patient nous raconte des histoires. C'est mieux que le cinéma quand même... (*Rires*) Si on est attentif et à l'écoute des gens, on apprend des tas de choses qui vont nous aider à nous positionner par rapport à la société à la vie, à tout. Il faut garder l'esprit ouvert et le cœur ouvert. Et ne pas nuire.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien en interaction Docteur C et Patient C (EC2)

Date: Le 18 juin 2014.

Lieu: Au cabinet du Docteur C.

Placement: Le Docteur C est assise à sa place habituelle de médecin, à son bureau. La patiente C et l'observateur, lui font face, à la place « patient ». Le modérateur est à l'angle du bureau.

Comportement non verbal:

Patient C:

Elle acquiesce la majorité les propos du Docteur C, par des onomatopées ou des hochements de tête.

Elle est à l'aise. Elle rit tout le long de l'entretien, mais son rire semble nerveux.

Elle s'adresse au modérateur et à l'observateur pour répondre aux questions

Docteur C:

Elle cherche des informations concernant la patiente sur son ordinateur, lors des premières questions, notamment pour préciser les dates.

Elle semble vouloir gérer l'entretien.

Elle s'adresse à la patiente pour répondre aux questions.

Modérateur (M): Donc cet entretien se fera avec le Dr C et nous deux. Nous sommes toutes les deux étudiantes en médecine, à la faculté de Lyon. Nous réalisons cet entretien dans le cadre d'une recherche, pour notre thèse sur la relation entre le médecin généraliste et son patient. Donc moi c'est Léa.

Observateur (O) : Et moi Claire Phlippoteau. Donc moi je vais plutôt observer, et Léa vous poser des questions.

M : Pour commencer est ce que vous pourriez vous présenter l'une et l'autre ?

Patiente C (PC) : Eh bien, je vais d'abord commencer par moi, par contre les dates... je ne me souviens plus mais ça fait très longtemps que je suis patiente du Dr C. En fait j'ai fait une première période, j'ai habité une première période ici pendant bien dix ans je crois, et là de nouveau ça fait dix ans. J'ai eu une interruption de deux ou trois ans, et voilà ça fait assez longtemps qu'on se connait du coup.

Docteur C (Dr C) : *(met ses lunettes et regarde le fichier patient dans son ordinateur)* Faudrait que j'aille chercher sur le dossier papier, parce que c'était avant l'informatique. Moi je suis informatisée depuis 98 donc effectivement… je sais que je vous ai connu, surtout au début à travers vos enfants...la jeune Wendy qui est maintenant grande

PC : Wendy et …

Dr C : Donc voilà oui, vous m'ameniez Wendy quand elle était malade, ça doit être assez ancien...

PC : Donc euh et bien c'est simple quand je suis venue habiter à M., Wendy avait 4 ans, voilà. Et quand on est parti elle avait 14 ou 15 ans, bien 15 ans. On s'est absenté 2 ou 3 ans puisqu'on est parti habiter à V. Et on est revenu en 2003.

Dr C : Ah pourtant oui moi je vous ai vu, l'informatique c'était avril 98, et je vous ai vu en 98. Donc il était possible que vous veniez même de V. parce que dans mon informatique vous y figurez dès les premiers mois.

PC : Oui. 98 donc c'est euh, parce qu'après on a dû partir en 99 ou 2000 et on est revenu en 2003 oui. Voilà.

Dr C : Je sais qu'il y a un moment où je vous ai perdu de vue oui. Et c'est effectivement de février 99 à en 2003. Donc ça fait effectivement plus de 20 ans qu'on se connait avec une petite coupure.

M : Et comment vous avez connu votre médecin ?

PC : Alors je ne me souviens plus comment j'ai choisi, ben je désirais que ce soit une femme déjà. Et puis voilà après je ne sais plus par quel biais

Dr C : Vous habitiez à coté ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PC : Oui j'habitais rue X, à côté.

Dr C : Il y avait la proximité sans doute

PC : Oui voilà merci de m'aider. La proximité et puis voilà.

M : Oui donc c'était important que ce soit une femme et proche de chez vous ?

PC: Oui, voilà.

M : Est-ce que vous vous souvenez de la première impression que vous avez eu l'une de l'autre ? La première fois que vous vous êtes vu ?

PC : Ca fait tellement longtemps que je ne me souviens plus.

M : La première impression générale ?

PC : Ben mon docteur était gracieuse (*rires*). Gracieuse, plaisante et douce. Voilà j'aimais bien ça, c'est pour ça qu'après je suis revenue (*rires*) Douce et attentionnée, voilà un bon échange.

M : Un bon échange. En douceur.

PC : (*rires*) oui.

M : Et vous Dr C ?

Dr C : Ben moi j'ai l'impression que les premières fois, vous étiez en bonne santé, sans pathologie particulière. Moi je revois une jeune femme assez gaie, avec ses enfants, qui travaillait, qui était hyperactive, un peu sportive même ; je me souviens de quelqu'un qui aimait assez le sport.

PC acquiesce le long des paroles du Dr C.

Dr C : Pour moi une patiente sans problème particulier donc euh une jeune femme comme on en voit beaucoup qui nous emmènent leurs enfants quand ils sont malades mais qui ont peu de problèmes pour elle.

PC acquiesce.

M : Comment vous pourriez nous décrire votre médecin ? Vous disiez douce, est ce qu'il y a d'autres critères ? Qu'est-ce que vous pouvez me dire sur elle ?

PC : A l'écoute... Euh et puis euh, à l'écoute donc ça découle par rapport au traitement, euh des conseils mais comment dirais-je un peu, pas psychologue mais un peu, des conseils sans dire « il faut, il faut », bon voilà je pense que si vous faites ça et ça, ça va aller.

M : Qu'elle prend en charge le psychologique ?

PC : Euh et bien à l'écoute. Elle écoute les patients quoi. Après moi c'est vrai qu'à un moment donné ; je souhaitais quelqu'un qui soit homéopathe, et il m'avait semblé que c'était ce qui était noté dans vos... dans votre présentation, dans la carte de visite enfin je sais plus trop où, et ça a jamais été le cas, donc euh voilà. Ça c'était un point un petit peu ennuyeux pour moi, parce que j'aurai souhaité quelqu'un qui soit un peu plus dans cette directive-là.

M : Donc quelqu'un qui a une bonne écoute et avec qui vous avez un échange. Et quelqu'un qui est plutôt dans la médecine douce finalement ?

PC : Euh oui, oui. Par exemple, elle me connait très bien et elle sait que les médicaments j'aime pas ça. (*Rires*) Je ne suis pas pour les médicaments. Bon des fois je les prends quand même, mais ...avec des conseils.

M : Qu'est-ce que vous en pensez de la description que vous fait votre patiente ?

Dr C : J'ai cru comprendre que vous appréciez, euh qu'on vous écoute, quand vous demandez votre avis et exprimez vos réticences.... Sinon moi je me reconnais dans une certaine souplesse. Je crois avoir compris ce que vous voulez dire. Je ne suis pas autoritaire à dire « il faut faire ci, il faut faire ça », c'est ce que vous vouliez dire ? Mais que effectivement, à chaque fois que la personne, si on ne la met pas en danger, si on a une idée de traitement et que la personne est réticente, je lui donne du temps pour éventuellement y revenir. Voilà c'est ce que j'ai cru entendre. Je me reconnais effectivement. Et puis la douceur, ben c'est vrai que moi je n'aime pas du tout être brutalisée donc euh j'essaie d'appliquer ça dans ma pratique aux autres. Je trouve que la

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

douceur a, fait partie du soin. Le soin, la thérapie.

PC : Oui c'est vrai.

Dr C : La gentillesse, la douceur ?

PC : Des fois, le Dr C m'a connu en dépression et donc euh ben voilà, elle avait été aussi à l'écoute.

M : L'écoute et une prise en charge en douceur.

PC : Voilà. (*Rires*)

M : Et vous Dr C, comment vous pourriez décrire votre patiente ?

Dr C : Alors c'est vrai que vous avez eu deux périodes. Cette période où vous alliez bien, sans problème médical particulier, dans votre jeunesse, et aussi la mienne. Parce que nous avons vieilli un peu au même rythme. Et puis il y a eu la période où vous avez eu de gros problèmes de santé. Donc là c'est sûr, moi j'étais moins à l'aise, par rapport à votre réticence de remèdes, donc quelques fois je ne savais pas quoi vous proposer, c'était compliqué. En même temps vous aviez des suivis qui étaient fait par d'autres personnes. Donc il y avait un certain paradoxe, vous aviez vu je crois un endocrinologue et un rhumatologue. Euh qui vous proposait des médicaments on va dire classique, voilà. Et du coup moi je ne savais pas très bien quelle place je devais avoir pour vous. Pour venir conforter vos craintes, voilà. Après j'étais votre médecin traitant.

PC : Oui parce que j'ai eu des spécialistes, tant sur le plan gynécologique que rhumatologique… Oui certaines fois on aime bien séparer. Certaines thérapies, je ne sais pas comment dire. Donc j'ai eu une gynécologue, j'ai eu effectivement une rhumatologue après j'ai eu des problèmes de dos. Et puis de là, on m'a dit de trouver une endocrinologue. Je sais pas qui m'a dit ça d'ailleurs.

Dr C : Non c'est pas moi mais peut être que c'est pendant la période où je ne vous voyez plus, où vous habitiez loin, du coup c'est vrai que ce n'est pas moi qui vous ai pris en charge. C'est vrai que ce n'est pas moi qui prenais en charge toutes les pathologies, je ne faisais pas les ordonnances, je ne prescrivais pas les examens. Donc si vous voulez, moi j'ai une compétence en gynécologie, depuis toujours, et en endocrinologie. Et pour des pathologies simples, je suis capable de suivre. Mais je respectais le fait que vous ne me demandiez pas de vous suivre pour ça. Mais c'est vrai que je me demandais des fois, à quoi je lui sers. C'est vrai que des fois je me demandais ça. Mais oui voilà je vous écoutais quand même.

PC (*rires*)

Dr C : Je sais pas si vous...

M : Qu'est-ce que vous en pensez de ce que vous dit le Dr C ?

PC: Ouais je suis un peu surprise, je ne savais pas que ça vous...

Dr C: Mais moi par contre, ça ne me gêne pas si une personne a un gynécologue. Ça ne me pose aucun problème, je veux dire je respecte..... Il y a des personnes que je suis en gynécologie depuis longtemps et qui me disent qu'elles veulent voir ailleurs je ne m'y opposerai pas (*mot incompris*) Idem quand les gens vont voir un spécialiste comme l'endocrinologue ou le rhumatologue, il me semble vous avoir demandé les courriers, parce que l'on a besoin de correspondre avec les spécialistes. Bon avec le gynécologue il me suffisait que vous me disiez que vos mammographies et vos frottis sont faits, qu'est-ce que l'on vous donne comme traitement éventuel ou quelle contraception, pour moi ça me suffit. Mais je suis parfois en difficulté quand les gens sont suivis par plusieurs pathologies d'avoir du mal à s'y retrouver. Il y a plusieurs ordonnances, plusieurs médecins, alors là des fois on a peur. Moi ma crainte c'est une crainte de faire des mauvais mélanges, des choses comme ça, voilà. Sinon j'ai un certain nombre de patient comme vous qui sont suivis par d'autres spécialistes avec qui j'ai de bonnes relations...

PC : Donc c'est vrai du coup depuis plusieurs années vous avez quand même des résultats, des choses.... Notamment quand je suis allée au centre des Massues, pour le dos…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr C : Oui c'est là que vous avez fait la démarche de vous-même, sans demander un courrier. Comme ce qui est normalement recommandé pour le médecin traitant. Maintenant on ne peut plus aller directement voir le spécialiste et on passe par le médecin traitant. C'est à dire que ici dans notre groupe, donc ce n'est pas spécifique à moi, on avait anticipé un petit peu ça, en disant pour bien soigner les gens, c'est bien que l'on ait le récapitulatif de l'ordonnance, justement pour éviter les oublis et les interactions médicamenteuses. Puis un coté intellectuel de la prise en charge, de la qualité du travail et de limiter les risques pour les patients.

M : A cette période-là de votre vie où il semble que vous ayez été suivi pour des pathologies lourdes quelle était la place du Dr C à ce moment-là ?..... Qu'est-ce que vous attendiez d'elle à ce moment-là ?

PC : C'est vrai qu'à un moment donné je me suis aussi posé la question, finalement du coup un médecin généraliste, enfin. Dans la logique des choses, un médecin généraliste il fait tout en gros mais pas très profondément. Enfin c'est mon idée que j'ai. Mais un spécialiste, il ne fait pas tout, il fait juste une chose. Donc euh ça me semblait plus juste et plus judicieux et plus confortable d'aller voir un médecin spécialiste, qui s'occupe vraiment de telle chose, voilà. Mais ça c'est globalement, ce n'est pas seulement le Dr C. Ça aurait été un autre médecin, ce serait pareil, c'est globalement dans les métiers de médecine.

M : D'accord. Et là maintenant vous êtes encore suivi par de nombreux spécialistes ?

PC : Bah plus finalement. Je ne vois plus personne. Ah si, il y a longtemps j'ai vu le rhumatologue. Il m'a suivi aussi parce que j'ai de... je perds mes mots vous savez depuis l'accident, j'ai des difficultés...qui m'a suivi pour de l'ostéoporose, voilà. Il m'a fait faire des examens, tout ça tout ça. Euh je ne sais plus ce que je voulais dire.

O : Donc là actuellement vous êtes suivi surtout par le Dr C ?

PC : Oui! Disons que le Dr C a pris le relais, c'est vrai que vous m'aviez dit à un moment donné « mais moi je peux », enfin vous l'aviez dit que ce n'était pas vraiment la peine que j'aille voir un spécialiste, que vous pouviez prendre le relais et que vous étiez donc apte à faire aussi les ordonnances et pour les examens de la laboratoire etc...

M : D'accord. Est ce qu'il y a eu dans votre histoire à toutes les deux des évènements marquants qui ont changés votre relation. Vous parliez tout à l'heure toutes les deux, du moment où vous consultiez le Dr C, puis qu'il y a eu un passage où vous ne vous voyez plus...

Dr C : Parce qu'elle a déménagé…

M : Donc par rapport à un déménagement, et puis vous êtes revenue.

PC : Oui des (*mot incompris*) Je suis revenue à X.

M : Est ce qu'il y a eu un événement marquant qui a changé la vision que vous aviez l'une de l'autre ?

Dr C : Ben il y a eu surtout quand vous vous êtes mise à avoir mal au dos d'une manière chronique et intense. Je me souviens être allée vous voir une fois à domicile.

PC : Même plus d'une fois oui.

Dr C : Plus d'une fois oui... et vous étiez vraiment très mal en point, à ne plus pouvoir bouger, donc là je le sentais mal, j'étais inquiète pour vous, je voulais vous prescrire des anti-inflammatoires mais vous ne vouliez pas trop. J'ai dû faire des piqures. Vous aviez eu cette longue période où vous... c'était très très long comme pathologie lombaire. Vous aviez un corset, on vous a fait des infiltrations, il n'y avait pas de chirurgie à faire. Et vous souffriez. Vous étiez en grande souffrance. Euh avec ses limites, vous aviez de la peine à descendre les escaliers. Je vous vois effectivement, vous étiez allongée, j'étais allée chercher le coton et l'alcool, parce qu'il fallait faire une injection. Donc là, ça a marqué un tournant je pense, parce que je vous ai vu devenir quelqu'un de malade chronique on va dire. Qui a besoin d'être suivi de plus près. Et puis dernièrement, il y

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

a eu cet accident pas trop grave, dieu merci, qui ressemblait à un AVC. Euh je vous ai vu très diminué, à ne plus pouvoir marcher dans le couloir, avec votre fils qui vous tenez parce que vous faisiez des vertiges intenses, des maux de tête intenses. Vous n'arriviez plus à parler, donc euh c'était impressionnant de vous voir. Alors que vous êtes un peu plus jeune que moi, et j'ai été effectivement affecté par ça... Mais avec l'envie de vous voir vous en sortir.

PC : Ouais ça je me souviens bien oui oui.

Dr C : Je suis intervenue auprès de l'hôpital pour comprendre ce qu'il se passait, parce que vous étiez venue me demander justement, vous étiez venu me questionner sur votre état. Et j'avais aucun compte rendu, donc c'était difficile pour moi. Donc là je m'en suis occupée et on a pu débroussailler le problème. Et puis, il y a eu une autre chose moi qui m'a marqué dans votre vécu on va dire, c'est qu'à un moment quand vous en aviez plein le dos, vous m'avez raconté un jour un peu plus précisément votre vie. Avec les trois personnes âgées dont vous aviez la charge, c'est à dire vos parents très âgés et très malades, et votre oncle. Et que vous vous occupiez de ses gens..... Et puis vous vous occupiez de vos enfants, de vos petits-enfants, et tout un tas de personnes, alors que vous étiez très souffrante. Et donc on avait pu obtenir cet arrêt de travail prolongé avec mise en invalidité précoce qui vous a permis de tenir le coup.

PC : Ouais ouais ça c'est vrai complètement.

M : Est-ce que ces deux grosses pathologies ont changé la relation que vous avez avec le Dr C ?

PC : Ah oui oui

Dr C : Ah après l'histoire cérébrale c'est plus récent, ça date du début d'année tandis que donc le reste est plus antérieur.

M : Et ça a changé l'image initiale que vous aviez de votre patiente ?

Dr C : Donc c'est à dire que oui et puis même, moi je vous encourageais à garder votre travail. Je ne sais pas si vous vous en souvenez ?

PC : Je me souviens que pendant les deux premières années pour moi...j'étais complètement... je voulais reprendre vite.

Dr C : Donc oui moi d'ailleurs je ne connaissais pas les avantages que vous pouviez avoir dans votre entourage. Vous étiez salariée et je redoutais pour vous la réaction du fait que vous soyez en invalidité. Parce que, en plus vous étiez seule, vous êtes séparée. Donc c'est vrai que j'étais inquiète de vous voir dans cette solitude. Et moi je voyais plutôt quelqu'un qui allait se faire écraser par tout ça. En fait en découvrant ce que vous faisiez pour votre famille j'ai réalisé que vous étiez très forte en fait, que vous portiez tout ça à bout de bras.

PC : Hum hum

Dr C : Oui pour moi c'est de l'admiration quand même.

M : Vous avez appris à mieux la connaître à cette occasion-là.

Dr C : Oui effectivement. Au début je me suis dit mais cette dame elle est toute seule, ses enfants ne sont pas là, ils n'habitent pas tout près.

PC : Non mes enfants ils n'ont jamais été très loin.

Dr C: Vous ne comptiez pas sur eux en fait. Oui c'est ça. Vous n'aviez pas de conjoint, vous habitiez dans un appartement pas très commode. Il n'y avait pas d'ascenseur si je me souviens bien ?

PC : Oui c'est ça. Enfin les deux d'ailleurs.

Dr C : Et puis vous étiez dépressive aussi, avec toutes ces douleurs.

PC : Hum.

Dr C : … vous étiez dans un cercle vicieux, avec les douleurs... et avec effectivement le moins de médicaments possibles. Une volonté très ferme.

PC : Oui mais c'est à dire, avant il y a très longtemps, j'avais eu une dépression nerveuse. Et une fois on m'a carrément mis sous morphine. J'étais une vraie loque, je

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

n'arrivais plus à … enfin voilà quoi. Ça a duré plusieurs mois et tout, et puis un jour j'ai tout jeté. Il paraît qu'il ne faut pas le faire, mais bon puisque je suis toujours là. (*Rires*) Et j'en ai eu marre j'ai tout jeté, je pleurais quand même, il n'y avait rien qui allait, puis un jour je me suis dit mais il ne m'aide pas dans ma vie, ce n'est pas ce que je veux. Ce n'est pas une aide pour moi.

M : et vous êtes en accord avec la description ?

PC : Et oui oui.

Dr C : Ben voilà elle est ambivalente.

PC : C'est vrai que je ne m'en rends pas compte, mais il arrive que, on me fait comprendre que ah oui, il y en a quand je leur disais des trucs ils me regardaient avec des yeux, ah mais tu fais ça, mais comment tu fais, c'est pas possible, je n'aurai pas fait la moitié de ce que tu fais. Alors si on me le dit, après je réfléchi « ah mais quand même j'ai fait ça ? » (*Rires*). Ouais je me souviens j'avais mon corset et j'amenais mes parents en vacances, qui étaient handicapés, maman elle était en fauteuil et tout. Ouais et j'avais tout loué, une grande voiture spacieuse sur place pour handicapé et tout. Je suis partie avec eux...

Dr C : C'est vrai que tant que vous ne m'aviez pas parlé de ça, je l'ignorais complètement. Je n'avais aucune connaissance de ce vécu avec vos parents âgés dont vous étiez la seule à vous occuper, puis tous les trajets que ça représentait, puis vous alliez les voir. Ca faisait vraiment très lourd. Ils étaient presque grabataires.

PC : Ah oui oui complètement.

Dr C : Oui et voilà des parents gravement malades à domicile, plus de quatre-vingt…

PC : Ah oui maman est décédée à 95 ans.

Dr C : Donc des parents très âgés et dépendants de vous. Et pour moi ce contraste effectivement entre la présentation que vous aviez avec moi, où je voyais quelqu'un de très triste, fatiguée, douloureuse, dépressive. Et puis quand vous m'aviez dit tout ce que vous faisiez, ça a été une découverte (*rires*) intéressante, déjà pour l'idée que j'avais de vous et la façon dont j'allais vous prendre en charge et puis d'une façon générale ben finalement on peut à la fois être déprimée et …

PC : …être à la fois forte et faible.

M: C'est comme ça que vous pourriez vous décrire aussi ?

PC : Oui je crois. Mais c'est à dire moi dans ma vie, j'ai beaucoup eu de hauts et de bas. J'ai eu des bas, vraiment bas, très bas (*rires*) et j'ai toujours remonté. Donc pour moi ben voilà, j'ai été bien guidé. (*Rires*)

M : Et justement dans cette période-là, avec des douleurs chroniques, est ce que l'image que vous aviez du Dr C a changé ?

PC : Ca a changé, j'ai senti un peu plus d'empathie, enfin quelque chose d'un peu plus proche. Une relation...

M : Une relation un peu plus proche....

PC: Oui une relation un peu plus proche, un peu plus humain. Enfin voilà. Parce que c'est vrai que j'ai eu pleuré quelques fois avec vous. (*Rires*) Ben oui

M : Du fait d'avoir eu une grande souffrance, elle était à l'écoute comme vous dites… et de l'empathie, vous sentiez qu'il y avait un retour ?

PC : Oui oui exactement, un échange.

M : C'est ce que vous… ?

Dr C : Oui oui c'est ça... quand on reçoit les gens, on voit d'abord leur problème, on était centré sur vos douleurs, qu'on essaie que vous ayez moins mal, on n'avait pas eu l'occasion non plus de parler de tout ça. On cherchait des solutions pour la douleur, mais en fait je ne me rendais pas compte de tout ce que vous faisiez. Je faisais des arrêts de travail, je prolongeais des arrêts de travail... vous étiez arrêté pendant très longtemps.

PC : Et c'est vrai que je vous le disais pas non plus, j'avais peur, je me disais d'un côté on me soigne, je fais ça et de l'autre côté aussi je force un peu en faisant d'autre chose. Je n'osais pas forcement le dire. Et oui de sentir que j'ai des difficultés, que j'ai mal,

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

que je souffre, euh dès que ça allait mieux à un moment, au lieu de, mais je crois que j'ai toujours été comme ça, au lieu de conserver et d'avoir un acquis, un peu de repos entre guillemets... c'est le dévouement voilà. Je me suis dévoué à mes parents.

Dr C : Parce que chez vos parents vous faisiez du ménage...

PC : J'ai souvent lavé maman, quand je travaillais j'avais qu'une heure, même pas une heure et demie de repos, et je courrais. Dans la rue je courrais,....., je courrais vite, vite, vite. C'est papa qui faisait à manger et puis je lui faisais faire sa douche, c'était dur parce que chez eux c'était ancien il n'y avait pas beaucoup de place pour prendre la douche. Fallait que je l'aide, que je prenne mon temps, à tout, à tout, tout, tout. Enfin je me suis tué le dos toute ma vie. (*Rires*). Avec mes enfants d'abord, avec mon travail, parce que pendant bien douze ans j'ai travaillé aussi très dur dans mon restaurant entreprise, et là il fallait porter, il fallait se baisser sans arrêt, rentrer en chambre froide repartir, porter des cagettes, une pile d'assiettes comme ça, se plier pour les mettre dans les tiroirs, la reprendre, enfin … puis....Non après j'ai quitté et je suis entrée dans les bureaux.

Dr C : Oui j'avais le souvenir de ça, un travail de bureau. C'est vrai que je pensais que vos douleurs allaient se calmer mais elles ne se calmaient pas parce que vous aviez...

…

PC : Ben il y avait déjà un passé, j'ai eu souvent des lumbagos, des infiltrations au coude, avec un autre rhumatologue, voilà.

M : Qu'est-ce qui vous a poussé à tout raconter au Dr C de tout ce que vous faisiez pour vos parents ?

PC : Ben je ne sais plus du coup. Euh peut être... ben pour avoir un peu plus une écoute sur ce que je faisais, pour peut-être décharger un peu de ce poids, et finalement pour qu'elle comprenne mieux aussi pourquoi c'était long et dur à me remettre.

Dr C : Ça c'est vrai que ça m'a éclairé, oui, parce que je comprenais pas pourquoi vous ne guérissiez pas effectivement parce que avec le travail que vous aviez a priori vous ne deviez pas vous abimer le dos davantage, pas trop... c'est vrai que si on comparait à d'autres personnes qui ont la même pathologie, pour vous c'est vrai qu'on sentait que c'était très difficile de vous améliorer. Même la dernière rhumatologue je pense qu'elle était étonnée elle aussi, parce que dans ses lettres, j'avais un questionnement, on se demandait pourquoi on n'arrivait pas à vous sortir de là. Donc c'est vrai que moi ça m'a intéressé parce qu'on se disait c'est peut-être de la dépression. Et en fait ce n'était pas que ça.

PC : Je pense que c'était un surmenage aussi. De trop…

M: Physique

PC : oui oui un surmenage physique enfin, pas que physique.

Dr C: Dans la lombalgie, il y a effectivement des choses qu'on peut plus faire, qu'il faut faire avec précaution… pour pas…

PC : Et ben moi je m'en rends compte, je le paie un peu plus maintenant entre guillemets, ce que j'ai fait. J'en ai trop fait, j'pense. Ben je ne regrette rien mais euh.

M: Est-ce que vous auriez d'autres éléments en tête qui auraient changé la relation que vous avez ?

D'autres évènements ?

(*Silence*)

PC: Ben ça fait un an et demi, je vous ai expliqué, que j'avais mon fils et mes enfants à la maison. Et que ça c'est vrai que ça me fatigue beaucoup aussi. Il n'a pas de logement.

Dr C : Il n'est plus avec sa compagne. Il n'a plus de logement. Et les petits enfants...

PC : Ils sont en garde alternée. Ca fait bien un an et demi et du coup, moi je sens la fatigue, ça fait beaucoup.

Dr C : Vos parents maintenant sont décédés...

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PC : …Sont décédés, je m'occupe toujours de mon oncle.

Dr C: Vous vous occupez de votre oncle et il est venu se rajouter votre fils, qui n'a pas la pathologie de vos parents, mais pour un garçon de son âge, il devrait être indépendant. Ce qui permettrait d'avoir plus de repos pour vous, or j'imagine que ça fait beaucoup.

PC : Ben oui. Plus de courses, plus de tout, plus de fatigue. C'est vrai que ce n'est pas évident. Au départ on se dit que ce n'est pas pour longtemps, puis ça dure un peu.

M: Donc par rapport au début quand vous vous êtes connu, après tous ces épisodes, on peut dire que la relation a un petit peu évoluée ?

PC: Oui, oui par rapport au départ.

M: Et vous ?

Dr C : Oui, parce que c'est vrai que moi j'avais l'impression d'être un médecin de second recours, euh puisque Mme C avait des spécialistes qui s'occupaient d'elle donc moi je en me sentais pas très impliquée, même si je le respectais. Donc c'est vrai que pour moi vous n'étiez pas une patiente pour laquelle je me faisais beaucoup de soucis, parce que c'était pas moi qui l'avais en charge. Parce que c'est vrai que c'est ma nature, moi j'aime bien prendre en charge les patients globalement donc c'est vrai que j'accepte que les patients aient plusieurs prises en charge mais j'aime bien, ce n'est pas du tout que je veux tout faire, j'ai beaucoup recours au spécialiste dès que j'ai un doute, ou quelque chose ou je sens que je suis limitée, je vais avoir recours au spécialiste, mais j'aime bien effectivement avoir une prise en charge globale. Donc c'est vrai que pour les gens pour qui je l'ai pas, c'est vrai que sans m'en rendre compte, je m'investis moins et c'est vrai que c'était peut-être un peu le cas, et puis effectivement au fil des évènements, qui ont été des évènements euh pathologies lourdes pour vous, euh ben j'ai quand même essayé tout naturellement de comprendre ce que vous aviez et de vous aider mais il y avait une incompréhension qu'on a expliqué tout à l'heure. Maintenant pour moi les choses sont plus claires. Alors ça vient peut-être du fait effectivement on se connaissait peut être pas tant que ça finalement. Puisque quand vous alliez chez le rhumatologue vous expliquiez certaines choses, chez l'endocrinologue d'autres, dont moi je n'avais pas connaissance.

(*Silence*)

M: Qu'est-ce que vous en pensez ?

PC : Je suis en train en même temps de réfléchir, à la vie d'avant...à la première. Je suis arrivée là en juillet 89 à X, et c'est là que vous avez été mon médecin. Et là je me souviens j'étais en dépression. Vous m'avez soigné aussi.

Dr C : C'était votre séparation ?

PC : Oui

Dr C : Ca je m'en souviens. Ça c'était le début effectivement.

(*Silence*)

PC : Je ne me souviens plus de ce que je voulais dire...

Dr C : Ce n'est pas moi que vous avez prescrit des antidépresseurs dont vous avez parlé tout à l'heure ?

PC : Si, si si

Dr C : Et vous aviez arrêté alors ?

PC : Oui... non, non ça c'était quand j'habitais à G.

Dr C : Ceux que vous aviez jetés à la poubelle ? C'était pas de chez moi ?

PC : Quand j'habitais à G. Et que je suis venue pour la première fois à X. Non là c'était quand j'étais à G. J'ai tout jeté.

M: Est ce qu'il y a d'autres points que vous souhaiteriez ajouter? Claire ?

O: Est-ce que vous auriez d'autres éléments à ajouter, par rapport à votre relation, dont vous souhaiteriez parler?

PC: Non mais c'est vrai que je suis contente quand il se passe des choses. Je vous l'ai dit

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

déjà. Il m'est arrivé de dire des choses, dans ma famille. Et alors là j'ai mariée ma fille le WE dernier. Voilà. Je sais plus si je vous l'avais dit avant. Il me semble que j'ai dû vous le dire…

Dr C: Non, je m'en souviens pas, non

PC : Et ben je vous le dis, c'est la joie ça ! On va pas que pleurer ! (*rires*)

O: C'est important pour vous d'en parler?

PC: Ah oui, oui c'est important, quand il y a de la joie.

M: Donc c'est des évènements de vie que vous partagez avec Dr C ?

PC: Là c'est intéressant aussi d'avoir des bonnes choses comme ça…

Dr C : Alors racontez-moi !

(*Récit sur le déroulement du mariage*)

M: Et sinon qu'est-ce que l'entretien vous a apporté? A vous deux? Est-ce que vous avait appris l'une de l'autre?

PC: Non je ne peux pas dire que ça m'a apporté quelque chose, ou beaucoup pour moi. Juste le fait que, le petit bémol, ce que vous avez dit tout à l'heure, le fait que ça vous a, pas contrarié, mais que c'était ennuyeux pour vous, que vous ne saviez pas tout par rapport donc aux spécialistes et que vous auriez aimé être un peu plus, euh, entre guillemets la seule pour tout gérer. Voilà c'est ce que j'ai appris par rapport à l'entretien, sinon, non.

Dr C: Moi effectivement, je comprends mieux comment j'ai réagi, parce que c'est vrai que d'une façon générale, même avec les gens avec qui j'ai une prise en charge plus proche qu'avec vous au début, je suis toujours dans le respect, je n'essaie pas de forcer la confidence. Si les gens me disent des choses, je suis là pour les écouter, mais je n'aime pas forcer les choses, donc c'est vrai que peut être que si je vous avais vu plus souvent, parce que les gens qui se confient sur beaucoup plus de spécialités on va dire on les voit plus souvent. Comme vous je vous voyez de loin en loin, il y a peut-être eu moins de proximité.

PC: Peut-être oui.

Dr C: Peut-être que tout ce que vous ne m'avez pas dit, si je les aurais appris avant, ça m'aurait peut-être permis de vous soigner mieux. Mais c'est pas dit non plus je veux dire, vous étiez dans une grande souffrance donc c'est normal que l'on cherche plusieurs intervenants, je trouve ça…C'est jouable et puis, si vous voulez, c'est un état d'esprit, il y a beaucoup de gens nous quand on s'est installé dans les années, moi je me suis installée en 80 pour qui le généraliste c'était le médecin qui prescrit les arrêts de travail, et qui soigne le rhume et les grippes. On avait un peu... et donc moi je ne voulais pas de ça, je faisais partie des médecins qui voulait faire de la médecine générale quelque chose de, une spécialité à part entière mais sans surestimer nos capacités, en sachant nos limites, il y a un moment je m'arrête, je me sers des spécialistes, j'ai de très bonnes relations avec mes correspondants spécialistes et j'aime bien les cultiver, et c'est vrai que la prise en charge globale moi c'est ce qui m'intéressait et j'ai réussi à le faire. C'est vrai que vous, vous faisiez partie des gens qui préféraient voir les spécialistes, parce que vous aviez cette culture ou cette méconnaissance, peut-être que vous ne saviez pas que nous pouvions faire certaines choses, peut être que moi je ne m'étais pas entre parenthèses « vendue » en disant « je sais faire ci je sais faire ça » mais je ne me suis pas permise de vous l'imposer en vous disant je ne vous soigne plus si vous si vous ne venez pas pour… faut de tout pour faire un monde. Si je pouvais vous être utile pour d'autres choses…

M: C'est sur ce point-là que l'entretien vous a apporté?

Dr C: Oui, oui, alors que maintenant, vous avez reconnu que j'avais une compétence pour certaines choses, alors que vous ignoriez et même l'ostéoporose je peux la prendre en charge, mais je respecte que vous alliez chez un spécialiste qui vous voit pour l'ostéoporose.

PC: Mais en fait c'est parce que moi je pense que le spécialiste il a les outils pour

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

par rapport au spécialiste, euh au généraliste, il a là-bas dans son cabinet... là il m'a fait passer une…enfin il avait la machine exprès pour entrer dedans…

Dr C: L'ostéodensitométrie ?

PC: oui voilà…, plus de... oui en fait c'est ça, dans ma tête, le spécialiste il a, comme il est spécialisé, les outils qui convient. Et donc il sait bien son truc, voilà normalement il connait bien ça à fond, le reste pas ou moins bien. Mais voilà donc il va plus, oui entre guillemet comme une sorte de confiance oui. Bah les spécialistes parce que voilà.

Dr C: Donc c'est vrai que nous ici, on faisait tous un peu la même chose, on essayait de dire aux gens, pas de problème on vous envoie chez le spécialiste mais pour l'ordonnance par exemple, moi j'ai plusieurs correspondants, cardiologue, gastro-entérologue, qui me faisait la lettre me disant "voilà je vous conseille de prescrire ça", et le patient revenait et je prescrivais, et si il y a quelque chose qui n'allait pas je pouvais le renvoyer. Voilà il y avait des gens qui ne comprenaient pas trop cette façon de fonctionner, ou qui n'acceptaient pas. Et d'autres qui trouvaient ça bien, parce que ça permettait de reprendre certaines choses, que le spécialiste n'a pas toujours le temps de détailler quand il est justement dans son fonctionnement on va dire complètement technique. Et moi je me suis souvent rendu compte que c'était utile. Par exemple les gens n'avaient pas compris pourquoi on leur prescrivait ceci et à quoi ça servait. Et donc, nous, on pouvait reprendre. Sans faire l'acte technique que nous sommes pas forcement capable de faire, moi je ne fais pas de coloscopie, ni de fibroscopie gastrique, puis effectivement, l'ostéodensitométrie je n'ai pas l'appareil. Mais quelque fois de reprendre avec la personne, quand le spécialiste nous écrit « j'ai vu votre patient ou patiente, monsieur ou madame untel, j'ai fait telle chose, j'ai trouvé tel diagnostic, je vous conseille ceci et cela ». Euh c'est une autre façon de travailler pour nous en médecine générale, de façon plus intéressante on va dire. Parce que c'est vrai que je ne vous cache pas que y'a des confrères qui se trouvent très bien de faire des arrêts de travail, et de ne soigner que des grippes. Parce que c'est plus simple finalement.

PC: C'est plus simple oui, ça demande moins de travail...

Dr C: Et moi à mon avis c'est un peu réduire la médecine générale à quelque chose d'un peu, comment dire, humiliant. Voilà de mon point de vue à moi. Mais je comprends très bien que pour l'opinion public ce n'est pas évident de faire cette démarche, parce qu'il y a pleins de médecins qui ont fonctionné comme ça.

PC: Oui oui je pense que c'est ça, c'est un peu comme... oui c'est ça c'est l'image...

Dr C: Quand je suis arrivée à X, il y avait des médecins généralistes qui ne faisaient pas d'examen gynécologique, alors que moi je savais le faire, je savais faire un frottis, je savais lire une mammographie, prescrire la pilule. Mais il y avait des médecins qui ne s'occupaient absolument pas de ça. Idem pour la pédiatrie, il y avait des médecins qui ne recevaient aucun enfant. Donc c'est vrai que pour les gens, quand il y avait un certain nombre de médecin qui était comme ça. Les gens de cette commune pouvaient penser que tous les médecins généralistes étaient comme ça. Donc il a fallu que nous, on fasse une démarche, de dire bah nous savons faire ci et ça. Mais en même temps, on va pas non plus mettre les gens mal à l'aise. Moi je voulais que vous étiez bien à l'aise d'aller chez votre gynécologue même si moi je faisais de la gynécologie.

PC: Oui parce que c'est vrai que même pour les enfants on a tendance, pédiatre, c'est vrai hein ?

M: Et est ce de savoir ça aujourd'hui vous voyez les choses différemment?

PC: Eh bien oui, je pense aussi, je le ferai un peu plus tôt dans notre relation.

Dr C: Moi je ne voulais pas si vous voulez que du fait de mon point de vue, je vous mette mal à l'aise, que vous vous sentiez gênée, ou enfin voilà d'ailleurs moi je n'ai aucune acrimonie contre qui que ce soit, ça ne me gêne pas du tout. Alors que je sais que d'autres médecins qui ont la même idée que

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

moi de la médecine générale ils vont faire remarquer à la personne que voilà elles pourraient bien venir se faire soigner, ils leurs en veulent un peu. Du coup, ils les évacuent, moi ce n'est pas ma façon de faire. Je préfère que ça se fasse en douceur, on va dire comme on disait tout à l'heure, au fur et à mesure de la relation, si ça vient ça vient si ça vient pas, c'est pas grave, je ne vais pas pour autant mal soigner la personne.

PC: Moi ce que je pourrais dire par rapport au médecin généraliste, il faut les garder, il faut les garder, on en a pas assez. Et je suis pour les médecins généralistes, de partout, dans les villages, de partout de partout de partout. Gardons nos médecins généralistes. Les nôtres, les nôtres, les français.

O: Ah d'accord.

PC: Les nôtres en plus. Je trouve que c'est dommage qu'il y ait une désertification des médecins au détriment des patients, et du coup c'est dommage aussi de faire venir des étrangers parce qu'il y en a plus ou parce qu'ils ne veulent plus aller dans des endroits un peu désertiques. Enfin voilà c'était juste mon petit mot à lancer. (*Rires*)

O: On va voir ce qu'on peut faire.

PC: Oui mais gardons les médecins généralistes, on en a besoin. Toujours besoin.

Dr C: C'est vrai qu'il y a eu une époque où on entendait un discours qui était un peu désagréable pour nous, un peu irritant, où les gens disaient "ben finalement, les médecins généralistes ça ne sert pas à grand-chose, ils font de la bobologie, donc c'est pas très agréable d'entendre ça. Voilà donc moi je ne voulais pas faire de la bobologie.

PC: Oh non non non s'il faut signer une pétition, moi je la signe tout de suite.

Dr C: Mais c'est vrai que si vous voulez, je ne cache pas qu'il y avait quand même des médecins qui prêtaient le flanc à ça, faut pas dire le contraire. Donc il a fallu relever le gant et dire ben voilà on est quand même capable de faire certaines choses même si on n'est pas spécialiste. On a une compétence pour des choses que les spécialistes ne font pas.

O: Maintenant c'est plus reconnu, on est spécialiste en médecine générale, il y a un diplôme particulier.

Dr C: Oui mais c'est vrai que c'est intéressant parce qu'à travers la relation avec Mme C il y a eu exactement ça. Au début je vous voyais pour des bricoles. Quand vous aviez des problèmes de santé un peu plus sérieux, sans être grave, vous alliez directement chez le spécialiste, et du coup moi j'étais un médecin de deuxième recours, chose que je n'ai pas rejeté, je vous ai toujours bien reçu, je pense. Et là mon investissement était peut-être moins qu'avec d'autres personnes qui me confiaient la totalité de leurs pathologies. Et petit à petit vous avez effectivement compris que vous pouviez attendre de moi une certaine compétence dans certains domaines et que je n'allais pas vous empêcher pas de voir des spécialistes. Parce qu'il y a des médecins qui veulent trop gardé aussi. Il faut savoir de faire aider de spécialistes compétents, et on apprend. Et moi j'apprends, j'apprends beaucoup. Quand un spécialiste me fait confiance, parce que ça, ça se mérite aussi. La confiance de nos patients, mais la confiance de nos correspondants aussi. Il va savoir que je ne vais pas lui envoyer les bricoles; que je vais lui faire un courrier avec les choses qui ont du sens. Donc il va aussi me renvoyer les gens. Moi j'ai eu plusieurs fois le bonheur et je n'ai pas peur de le dire et j'en suis fière, que certains spécialistes conseillent aux gens qui n'avaient pas de médecins généralistes d'aller voir le Dr C., des gastro-entérologues, psychiatre, pédiatres, même une gynécologue, avec qui j'ai des bonnes relations et qui disait voilà vous avez un médecin traitant elle peut parfaitement s'occuper de ça. C'est un retour si vous voulez valorisant, parce que c'est vrai que d'être le bobologue ce n'est pas très valorisant. Mais il y a des médecins qui l'ont fait, parce qu'on va dire qu'ils s'étaient fourvoyés, que la médecine ce n'était pas finalement leur idée, ou ils avaient des problèmes de vies personnelles qui ne leur permettaient pas de faire plus. Je ne leur jette pas la pierre non plus. Voilà. Ça pouvait être aussi d'ordre pécuniaire on va dire. Parce que c'est sûr que si vous voyez que des grippes et des rhumes, ça va très

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

vite, vous pouvez en voir beaucoup dans la journée tandis que si vous suivez des patients qui ont des pathologies lourdes ça prend du temps, et c'est payé la même chose donc c'est vrai qu'il y a des calculs qui peuvent se faire. Voilà

PC: Dernière petite chose que je peux dire, dès que j'ai su que vous commenciez une pré retraite, ça m'a peiné un peu, voilà. Après je vous ai demandé quel jour vous travaillez...

Dr C: Puis vous avez fait connaissance avec mon associée madame...et cela se passe bien.

PC: Oui oui mais c'est pas facile de changer.

O: C'est pas la même relation...

PC: Oui c'est pas facile...

Dr C: Pourtant nous avons fait l'effort de faire une collaboration, on travaille à peu près dans le même esprit, mais on n'est pas les mêmes. (*Rires*) On n'est pas la même personne. Vous en avez été contente?

PC: Ah oui oui

Dr C: Moi aussi je suis contente de mon association

PC: Ah oui oui, quand même... oui elle est pas pareille que vous, elle est plus dynamique, enfin elle est plus ta ta ta ta (*en mimant des gestes avec rigueur*), moins souriante que vous aussi... différente. Mais je pense qu'elle est compétente comme vous dans le travail. Elle explique bien aussi, elle prend le temps d'expliquer. Et elle répète, elle écoute, tout. C'est bien. Alors vous restez avec nous encore combien de temps? 1 an, 2 ans ?

Dr C: Et bien écoutez, si je n'ai pas de problème de santé qui me tombe dessus, assez longtemps encore, mais à ce rythme hebdomadaire, un jour par semaine, avec quelques fois des remplacements.

PC: Non mais du coup c'est bien pour vous. Ça vous permet de vivre tranquillement, et d'arrêter tranquillement, tout doucement.

Dr C: On a répondu à peu près à vos attentes ?

M: C'est parfait ; en tout cas on vous remercie toutes les deux d'avoir participé à l'entretien

(...) infos pratiques sur le retour de la thèse et sur le déroulé des entretiens

PC se pose la question de savoir s'il existait ce genre d'entretien à l'époque des études de Dr C

Dr C explique son expérience de la journée avec une patiente qui ne savait pas comment prendre son traitement contraceptif. Explique l'importance de l'éducation dans la prise en charge.

PC: Maintenant que vous en parlez (*en parlant de l'éducation*) J'ai beaucoup apprécié le fait que vous expliquiez, les détails et tout ça, le comment le pourquoi et tout ça, ça a été très bénéfique.

Dr C: Moi de ce que j'ai entendu pour conclure c'est que Mme C illustre très bien la progression de la médecine générale en tant que spécialité à part entière et qui peut être d'une qualité tout à fait égale au spécialiste, c'est un travail complémentaire et non pas concurrent, nous avons besoin des uns et des autres, pour le bien des patients.

PC. : Bonne conclusion ! (*rires*)

C'était intéressant. C'est bien d'échanger comme ça je trouve…

(*Échange des coordonnées*)

Dr C: Voilà, on voit encore la générosité de madame C. qui a encore trouvé du temps malgré tout ce qu'elle a de venir à 19h.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dyade D :

Entretien individuel Docteur D (ED1)

Date : Le 5 juillet 2014

Lieu : Au cabinet du docteur D

Comportement général : Docteur D est à son bureau, l'interviewer est en face, à la position « patient ». L'ambiance est plutôt détendue.

Interviewer (I) : Comment vous pourriez vous présenter ?

Docteur D (Dr D) : Comme j'ai dit tout à l'heure, là je suis dans mon troisième cabinet, j'avais repris une clientèle, euh d'un médecin femme, j'ai fait dix ans seule et après je me suis associé parce que c'était un peu lourd et au niveau bah surtout des vacances et euh et puis voilà vu que le nombre des patients augmentait un petit peu et que c'était pas, on n'était pas très bien dans l'autre…

I : Dans l'ancien ?

Dr D : Dans l'autre cabinet, à l'étroit, on a déménagé ici, vraiment, on avait l'impression de revivre un petit peu quoi, voilà, l'avantage, j'ai une pratique avec une associée, on peut discuter de temps en temps et puis surtout j'ai une secrétaire, c'est primordiale pour moi dans la pratique c'est primordial

I : Pour ranger ?

Non pas uniquement pour ranger, c'est pour le téléphone, ranger ça c'est sûr, le côté administratif des papiers, la sécu, les trucs machins, je regarde pas du tout la comptabilité,

I : Elle s'occupe de tout ça ?

Dr D : Je regarde pas du tout. Elle en formation de bac je sais pas ce qu'elle a elle était déjà dans l'ancien cabinet donc ça faisait elle avait au moins 12 ans d'expérience au cabinet. Elle s'est attelée à l'informatique car c'est moi qui aie informatisé le cabinet. Elle suit quoi, elle a tout fait, elle suit les cartes de sécu, les recettes, sur le terrain…

I : Est-ce que vous pourriez me détailler votre parcours professionnel ? Votre formation ?

Dr D : Détailler ? bah c'est simple, euh fac étude de médecine à Lyon, oui, à grange blanche à ce moment-là, Lyon est, j'y ai pas cru assez la première année donc j'ai redoublé, j'ai réussi après, je me suis accroché, et puis il y avait aucune spécialité qui m'attirait vraiment malgré les différents stage, je me pensais aussi que je savais pas, je disais avec les collègues, je pensais pas avoir les capacités de préparer un internat sans avoir un but fixe, une spécialité. Et puis à cette époque-là, y'avait pas de concours quoique ce soit, c'était la filière donc médecine générale. Ce qui était intéressant c'est qu'entre guillemets j'étais pas bien placé, donc j'ai pris des hôpitaux périphériques en tant qu'interne, là c'était très intéressant

Donc à taille humaine on va dire, donc j'ai fait Roanne, j'ai fait à B, la rhumato, et sur tous les services que j'ai fait après c'était en pédiatrie et gynéco, en fin de mes études et là j'ai commencé à faire un peu des remplacements lorsque j'ai fait ma thèse et voilà. Effectivement c'était ça qui me correspondait.

I : Et après la médecine générale c'est quelque chose qui vous a plu ?

Dr D : Oui qui m'a plu, oui d'emblée, après j'ai recherché un cabinet car à cette époque-là, c'était la hantise de pouvoir travailler d'avoir un peu d'argent quoi. Notamment J'étais la seule à ce moment-là dans le couple à travailler donc j'ai repris un cabinet j'ai acheté le droit à la présentation à la clientèle donc ça faisait un stress. « Est-ce que les gens sont venus… »C'était ça et puis après au bout de dix ans j'étais un peu fatigué quand je me suis associée je suis un peu partie à l'extérieur voir, ils ont commencé à faire la formation médicale continue, donc j'ai fait pas mal de ça, ça était intéressant car j'ai pu rencontrer d'autres collègues et de voir qu'il y avait, ils étaient même au bout de dix ans d'études ça faisait ça faisait 20 ans tout ça. Ca faisait au moins 20 ans qu'ils étaient installés, j'étais l'une des plus jeunes dans ces formations. De voir aussi que les gens avaient besoin

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'une autre ouverture, de réactualiser leurs connaissances. Me rendre compte aussi que ce que j'avais appris à la fac c'était toujours valable, ça avait pas franchement changé. Pas franchement quelque chose de nouveau.

Et puis après malgré ça il y avait quand même un peu une lassitude quand même ça m'apportait pas ce que je cherchais et une fois j'ai reçu une plaquette de Nîmes de l'école de médecine psychosomatique à Nîmes et je me dis y a peut-être quelque chose et je me suis inscrite y a peut-être 5/6 ans.

Et la ça m'a fait une nouvelle ouverture j'ai rencontré deux nouvelles a la place de cette école c'était en séminaire de deux jours c'était cinq fois la première année et c'était deux médecins généralistes a la base qui étaient devenus psychiatre, qui avaient exercé en tant que médecin généraliste et qui avaient un parcours particulier et donc c'est aussi cette ouverture de voir qu' on pouvait changer et donc la médecine l'école m'a… j'ai côtoyé à ce moment-là aussi des infirmières qui venaient aussi à cette école et ça a élargi aussi le groupe de uniquement médecin il y avait infirmière, psychologue, y'avait même kiné donc la ça a permis des échanges…

I : Maintenant vous avez un diplôme?

Dr D : J'ai un diplôme oui mais pas… parce que je ne suis pas passé par l'université il n'était pas encore reconnu donc j'ai un diplôme sur deux ans et après ça j'ai demandé le titre de spécialité en médecine générale. Ça se demandait jusqu'à fin 2013 oui ça s'est demandé. Donc au conseil de l'ordre je l'ai demandé ça fera peut-être rien mais j'avais fait suffisamment de formation complémentaire pour…

I : Vous avez fait quoi d'autre?

Dr D : Bah voilà ça psychosomatique et la formation continue je pense que ça en fait partie…

I : Comment pouvez-vous définir vos valeurs de la médecine générale? Est ça que vous pourriez me décrire ?

Dr D : Les valeurs?... De ma pratique?...Humaine. L'école, ça m'a fait beaucoup de bien en disant qu'on était capable. C'est ce que je pense que les gens venaient chercher et les médecins, de voir qu'ils avaient les capacités, de reconnaitre en eux les capacités d'être à l'écoute des gens. Parce qu'on a un petit peu…Notre formation n'était pas basée sur ça et en rencontrant des psychologues

J'avais en tête qu'il y avait que les psychologues qui pouvaient aider les personnes, dans un certain cheminement et là les profs, on va dire, ils nous ont donné les outils, pour moi, la confiance dans le fait que j'avais une capacité d'écoute et que ça pouvait autant aider les gens que ce qu'on avait appris dans les livres.

I : Comment vous pourriez décrire votre patientèle?

Dr D : Elle est en train de changer car j'ai repris une clientèle donc y a des personnes d'un certain âge, de 70 ans, ça fait 20 ans maintenant. j'ai toujours cette base très importante moi quand je me suis installée je me suis dit ils sont sympas les gens c'est une petite ville. Ils sont sympas les gens ils sont disciplinés, ça c'est en fonction du médecin qui était la avant parce que c'était quand même un peu le médecin qui dirigeait un petit peu. Mais on là c'est un peu plus difficile de discipliner les gens *(clac avec un dossier*) donc ça a changé parce que là ils ont 80 ans 90 ans une fois j'en ai rencontré dans la journée y' en avait au moins trois qui avait plus de 90 ans.

Donc il y a des liens qui se sont créés mais en même temps ça devient de plus en plus compliqué déjà quand je me suis installée quand il y avait des gens de 70 ans qui avaient pas mal de pathologies je trouvais ça déjà compliqué mais maintenant c'est infernal et après il y a quand même beaucoup de mouvement le fait qu' on se soit associé il y a des gens qui sont en plus arrivés et maintenant c'est plus....c'est 50/50. Maintenant il reste encore la base et puis il y a les nouvelles personnes parce qu'il cherche un médecin c'est très difficile a X de trouver un médecin. C'est relatif enfin c'est ce qu'il pense, par rapport à d'autre région… ça va. Le problème c'est qu'il faut que le médecin soit à l'heure, à telle heure qu'ils veulent

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

I : Et pour vous quel est le patient idéal ?

Dr D : Y'en a pas.

I : La relation que vous pourrez trouver d'idéale ou alors la pire que vous arrivez pas à avoir ?

Dr D : Alors l'idéale, y 'en a pas de relation idéale, parce qu'elle est tellement mouvante et on peut être surprise parfois, moi je suis surprise des fois, on a l'impression qu'il y'a eu un clash et la patiente revient, on continue.

J'ai eu tout a l'heure un patient je l'ai engueulé parce qu'il était en arrêt de travail, puis tout d'un coup il voulait être mis en invalidité, c'est un gars qui est jeune, non c'est pas possible. Je l'ai engueulé, « mais ça va pas ! ». Le pire c'est que ça lui a mis un déclic apparemment…

I : Il est revenu ?

Dr D : Il va mieux. Il fait partie des patients fidèles aussi car je soigne toute la famille. Mais des fois ça m'est arrivé des fois, j'ai l'impression que ça a fait quelque chose et des fois il y a eu des clashes ou les gens sont revenus après et puis y'a des fois aussi où j'ai pas eu l'impression qu'il y ait eu de gros clash et ils sont pas revenus…Cherchez l'erreur. Mais y 'a pas de patient idéal et la relation est tellement mouvante aussi en fonction de la personne, de ce qu'il vous apporte quoi. Donc…

Alors le groupe Balint là, m'a fait peut être prendre conscience aussi et puis l'école de médecine psychosomatique aussi que c'était aussi en fonction de comment on était, moi quand j'y suis allée je pense que dans ma tête j'étais pas très bien, professionnellement et peut être personnellement surement et ça m'a redonné confiance sur les deux plans.

Donc comment être bien avec les patients si on n'est pas bien soi-même ?

Donc comment on perçoit la relation, comment on reçoit la relation, à mon avis à ce moment-là c'était pas étouffant mais j'avais des difficultés à gérer certaines consultations et maintenant c'est plus le cas. J'aurais pas fait ça.

I : Il y a eu un changement ?

Dr D : Y 'a eu un changement grâce à ça. Et par exemple je parle d'engueulade l'autre jour, bah c'est il y a pas longtemps, jeudi y'a un gars, il m'énervait, il m'énervait c'est un monsieur qui n'a jamais été malade, tout d'un coup il arrive avec sa pathologie, il est opéré deux ou trois fois et puis bon comme d'habitude ils sont pas contents car ils sont des nouveaux malades puis ils critiquent en permanence il m'a fait ci il m'a pas fait ça. Je dis « bon stop ca suffit point, ça fait trois fois que je vous explique qu'il faut… Qu'on vous a posé l'indication d'anticoagulant à vie, pour 83 ans, je sais que ça vous impose des prises de sang, voilà mais stop maintenant on en parle plus je vous dis qu'il faut, mais vous avez tout à fait le choix point ». Je pense qu'après une telle relation si j'avais élevé la voix il m'a dit que je l'avais engueulé oui effectivement je vous ai engueulé bon j'ai reconnu que je l'avais engueulé mais bon au moins ça l'a calmé. Et puis on est sorti avec un prochain rendez-vous. Et je pense que si j'avais eu ce type de comportement car il m'aurait agacé y 'a 2/3 ans et tout ça j'aurais été très mal toute la journée. Alors que là non, c'est passé, parce que finalement ça a permis le dialogue de poser les choses voilà et je les aurais peut-être dites avec plus d'émotions tandis ce que là j'étais plus sûre de moi. Je pense qu'il serait encore en train de…me demander les arguments de voilà… on y serait encore

(Rires)

I : Ça vous a donné en fait une sorte d'assurance en l'écoute et en la façon d'avoir une relation avec les gens

Dr D : C'est pour ça que l'autre jour quand il y a eu le cas, au psychodrame, je sais plus comment elle s'appelle celle de X, N. Moi le problème c'est que dans ces trucs là, ça vient pas tout de suite quand je suis en voiture, j'ai presque eu envie de lui écrire à N et ce qui m'a , pour rejoindre ce qu'on est en train de dire, c'est qu'à un moment donné ce qui m'a choquée c'est qu'elle veut l'adresser à un psychologue, et quelque part en fait, elle a montré que, elle a fait tous les examens mais elle a fait pas que, elle a pas confiance en elle mais elle a, elle a les capacités de l'écouter et donc elle a pas…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

I : C'est ce que lui on dit, je trouve les psychanalystes…

Dr D : Ce qui m'a choqué aussi c'est que justement moi ça m'est déjà arrivé de, l'expérience d'adresser à des spécialistes et je pense qu'elle a été très déçue de la réponse du psy euh du spécialiste de la douleur. Elle l'a encensé car généralement il est très bon. Mais elle elle a les capacités, j'avais envie de lui écrire c'est ça c'est qu'à un moment donné on est relativement isolé donc c'est peut-être l'intérêt des groupe de pairs, du Balint et tout ça mais c'est vrai qu'en médecine. On s'hyperspécialise, même les médecins, nous on a besoin d'une aide et tout ça mais, des fois on est déçu par la réponse, les gens nous disent il m'a pas expliqué moi j'en ai plein, qu'il voit par exemple leur cardiologue qui n'est pas un ponte du tout, bon alors comment ça marche parce que là elle devait peut être me faire une échographie cardiaque. « Mais elle vous a pas expliqué pourquoi ? » bah non donc c'est moi qui doit expliquer. Donc ils sont…alors voilà… c'est vrai qu'on leur demande d'être très technique, c'est ce qu'on demande aux spécialistes mais des fois on leur demande autre chose, et je pense que elle elle en veut aller au psy, mais là moi ce que ça m'a apporté c'est que maintenant je me sens beaucoup plus à l'aise, en disant « je vous vois, on discute de ça, je vous revois dans une semaine, on se revoit dans quinze jours, bon il faudra peut-être aller voir un psychologue mais je peux vous accompagner pendant ce temps-là. Avant j'étais incapable je me sentais incapable de… Oui donc des fois on est en train de déléguer,

I : Oui des choses qu'on pourrait faire soi-même…

Dr D : mais on le sent pas. Par exemple, depuis quinze jours, ça n'arrête pas des personnes que je revois parce qu'elles sont très mal dans leur peau je pense que j'aurais été envahi par ça y'a de pas longtemps et maintenant je pose le stylo et on écoute et je leur donne un rendez-vous sans complexe. Avant c'était « est-ce que j'ai le droit de m'investir dans la relation à ce niveau là parce que c'est des gens qui ont besoin d'écoute ». Je leur prescris ou pas un médicament en fonction de ce qu'ils ressentent. Et ça c'est une décision qu'on prend en commun.

I : Comment vous avez choisi votre patiente alors ?

Dr D : J'en sais rien !

I : Qu'est ce qui s'est passé dans la voiture ?

Dr D : Parce qu'au départ quand j'ai demandé à Léa, c'était en fait simplement que je voulais avoir les… je voulais pas participer dans ma tête c'était pas de participer, c'était je voulais avoir les conclusions de la thèse. Et puis elle m'a dit bah pouvez-vous participer ? D'accord, bon ça y'est je vais pas dire non, quand même…

(Rires)

Dr D : Voilà piégée !

I : Oui un peu…

Dr D : Non c'est pas… et bé j'en sais rien après j'ai pensé au cas. Non, si après tout d'un coup je me suis dit mais qui, qui pourrait participer parce que j'avais pas cette notion qu'on déterminerait ensemble et je sais pas sincèrement je ne sais pas pourquoi j'ai pensé à cette personne-là. J'l'ai vu y'a peut-être il y a un mois, je pourrais regarder…je sais plus où est ce que quand je pars je regarde l'agenda mais c'est pas moi qui pris rendez-vous, j'en sais rien !

I : Mais c'est une patiente que vous connaissez depuis longtemps ? Avec qui vous avez une relation…

Dr D : Particulière ? non, j'ai pas l'impression qu'on a une relation particulière donc on échange ça c'est sûr, on va parler d'un peu autre chose que de médecine mais euh voilà par exemple l'autre jour elle m'a parlé de certaines choses qu'elle était allée voir telle chose…parce que quand on commence à discuter en dehors de certaines problèmes médicaux, qu'est ce qu'elle fait en dehors parce que ça c'est très important de le savoir, ce qu'il font et tout ce et puis on est amené à discuter de certains livres ou si elle était à certaines réunions et tout ça mais je vois rien de

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

spécial après j'y ai repensé un peu je me dit que justement y'a . .. Il s'est rien passé dans la relation euh mais y 'a une certaine pour moi liberté de parole et elle si elle a envie de dire des choses elle les dit donc voilà, pour moi c'est quelqu'un d'à l'aise donc voilà je pensais que le fait qu'elle soit là c'est bon y'aura pas à décrocher… je dirais ce sera pas pénible l'entretien et tout ça. Mais j'ai pas un problème relationnel, y 'a rien du tout j'ai rien fait de spécial pour cette patiente qui est suivi comme les autres j'ai pas fait y'a pas eu.. y'a eu seulement peut-être un évènement... mais qui , qui est pas lié à la patiente mais quand on s'est installé ici, elle travaillait à France télécom euh quand on s'est installé ici on avait tout mais tout était prévu mais on avait pas le téléphone. Parce qu'on avait pas spécifié que c'était entrée B donc apparemment y'avait pas la boite alors que y'avait déjà des gens qui travaillaient en face. Y'avait pas la boite pour nous raccorder et donc on avait prévu quand même de rouvrir le cabinet on avait fermé deux jours seulement et puis on avait tout prévu, tout le monde était en place, pour organiser l'ordinateur, on avait pas la ligne donc pas d'internet et pas de téléphone … Donc la personne à qui j'ai pensé, c'est elle, elle travaille chez France Telecom, je l'appelle, essaye de la joindre : « c'est quoi ce bordel ! » ça la concernait pas mais elle dit je vais voir avec ma collègue, tout ça et donc après elle m'a rappelé : « vous en êtes où ? », on était sur les portables… Y'a eu cet évènement qui est extra médical, quoi. Et donc ma collègue aussi la connaissait, effectivement…Y'a eu que ça !

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien en interaction Docteur D et Patient D (ED2)

Date : Le 5 juillet 2014

Lieu : Au cabinet du docteur D

Placement : Quatre chaises en cercle, le médecin et la patiente en face et modérateur et observateur en face.

Comportement non verbal: Elles ont la même attitude initiale (jambes croisées et main sur les cuisses)

Le Docteur D est en blouse de médecin. Elle est plus dans la retenue, expression plus difficile, pour la présentation. « Encore? mais j'ai déjà fait! »

La Patiente D est à l'aise et a envie de mettre à l'aise, prend l'initiative dès le début de l'entretien « je vais commencer » puis « je vous ai donné des idées hein? », elle a une approche presque ludique de l'entretien.

Modérateur (M) : Comment pourriez-vous vous présenter ?

Docteur D (Dr D) : Encore ? Mais j'ai déjà fait…

Patiente D (PD) : Je vais commencer…

Dr D : Ca me donnera des idées ! *(Rires)*

Patiente D : Je suis D, j'ai 60 ans, je travaille sur X, j'habitais avant un petit village, J'avais un médecin de famille…qui est décédé, ça m'a fait beaucoup de peine, c'était un médecin, j'avais de très gros lien avec ce médecin. Et puis bon je cherchais un médecin, un autre médecin, et c'est difficile pour…ça fait combien de temps déjà…je ne sais pas…

Dr D : Je sais pas, on pourrait regarder dans le dossier…

PD : Donc, comme je travaillais en centre-ville….ma voisine venait chez vous, j'ai atterri chez vous, bon bah allez… Je suis allée chez le docteur D. et E. Parce qu'au début j'allais chez une fois l'une, une fois l'autre.

Dr D : donc on était déjà associée alors…

PD : ouais

Dr D : avec Mme E. ?

PD : non non vous étiez toute seule au début

Dr D : ah oui…

PD : donc ça remonte loin.

Dr D : ça fait 10 ans que je suis associée

PD : Ah oui… donc le choix c'est du pratique…

M : donc le choix c'était du pratique

PD : Oui le choix c'était du pratique au départ… Qu'est-ce que vous voulez savoir d'autre ? Je vis seule, j'ai deux fils, grands, des hommes, je travaille et ça me fait chier. Ça c'est vrai *(rires).* J'en ai ras le bol. Encore un an et demi à tenir, je ne sais pas comment je vais faire. Et puis voilà, j'habite X depuis 4 ans au mois de juillet là. Et puis il n'y a rien de particulier. J'ai des amis mais loin de X donc ça c'est pour les sorties c'est un peu chiant. Bon je vous ai donné des idées, hein ?

Dr D : Bah oui, tout à l'heure j'ai pas dit mon âge… *(Rires)* bon donc euh moi je suis a X depuis 93, puis que je justement j'ai vu une annonce, qui proposait, un médecin qui proposait bah de céder sa clientèle et j'ai fait un remplacement, ça m'a plu j'ai dit oui. Et je me suis installée en janvier 95. Et j'ai repris vraiment la clientèle en janvier 95 voilà. Seule donc avec la secrétaire qui était un élément très important pour pouvoir tenir.

M : La même ?

Dr D : La même… Oui, la condition de Mme B., vous l'avez connue Mme B. ?

PD : Non

Dr D : Donc la condition c'était que je garde la secrétaire, mais de toute façon si je n'avais pas gardé la secrétaire c'était moi qui aurais dû la licencier donc payer des indemnités *(rires).* C'était indispensable parce qu'elle connaissait les gens, c'est elle qui répondait au téléphone, c'est elle qui comme on dit. « Non vous allez voir le

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

docteur, si si elle est sympa » Elle stimulait un peu les gens comme ça. Et puis voilà, j'ai 50 ans maintenant, ça fait 20 ans que je suis là.

PD : je l 'ai cherché hier soir votre âge…

Dr D : Vous avez cherché ou ? Sur internet ?

PD : Bah non comme ça, je vous rajeunissais, je vous donnais 45.

Dr D : ah bah merci. C'est depuis que je me fais des couleurs, des mèches comme on appelle. Bah voilà au bout de 10 ans je me suis associée avec Mme E., et puis après on est venue ici y a deux ans. C'était très important d'être dans ce nouveau local pour redémarrer un peu au niveau professionnel.

M : Est-ce que vous vous rappelez de votre première rencontre. Quelle a été votre première impression l'une de l'autre. Après quand je dis première rencontre, c'est première avec un S.

Dr D : moi personnellement j'arrive pas à les situer, c'est ça, en regardant, si vous avez connu Mme B., et qu'on était au centre-ville. Est-ce que justement j'étais déjà associé, j'ai pas le souvenir. Donc vous m'avez vu peut-être pas associé. Mais euh

PD : nan mais je crois qu'il y avait le docteur E. Parce que… ouais y'avait le docteur E. J'pense.

Dr D : j'ai l'impression que vous avez navigué un moment donné non ? Entre elle et moi.

PD : Oui selon les places libres,

Dr D : Je crois que c'est ça et à partir du moment où vous étiez entre guillemets fixée avec moi je ne sais pas quand. Peut-être parce que y a eu un…..

PD : Moi je sais…

Dr D : Le problème de S.

PD : y'a eu un jour, après des moments douloureux avec mon fils ainé qui n'aime pas la vie. Je suis arrivée ici au cabinet, c'était le docteur E. qui avait passé toute la matinée chez moi pour mon fils, donc S. était d'accord pour venir la voir. J'étais dans le cabinet ça je m'en rappellerais tout le temps. Je vais chialer. Et vous vous êtes passée, vous avez traversé la salle et vous nous avez regardé moi j 'était complètement paumée. S aussi. Et vous nous avez dit « mais nous sommes là nous » et ça ça m'a fait hhhaaaaaaannnnnn j'ai dit « premier médecin qui dit « j'ai du temps je vais vous écouter » c'est ça que j'ai entendu. Et ça ça m'avait fait… et donc après oui… Je suis restée avec vous. Vous voyez les mots seulement c'est… j'ai dit enfin quelqu'un qui est prêt à nous entendre. J'étais juste paumée à l'époque. Voilà…

M : d'accord. Donc c'était à ce moment-là ou vous êtes fixée avec le docteur D. et donc les premières impressions que vous aviez d'elle, vous pouvez la décrire ?

PD : oui moi je trouvais qu'elle me ressemblait. Comme j'étais avant, rapide, parlé vif… hein dynamique, c'est comme ça. Une fois, je me rappelle, une engueulade que vous aviez avec un patient j'étais dans la salle d'attente j'entendais tout parce qu'il avait roulé sur l'un de vos rosiers. Vous vous rappelez pas de ça ? Ben moi je m'en rappelle. Elle est comme moi elle fonce. Elle est en colère et tout. *(Rires dans la voix)*

Dr D : Il a roulé sur les rosiers ? Lesquels ?

PD : Oui parce quelqu'un qui s'était mal garé.

Dr D : C'était dans l'ancien cabinet. Du deuxième …

PD : Je me disais elle est comme moi elle fonce. *(Rires)* Je trouvais des ressemblances quand même…

M : et vous quelle première impression avez-vous eu de votre patiente ?

PD : Anonyme… *(Voix basse)*

Dr D : Non non non c'est pas ça. C'est justement comme je l'ai dit tout a l'heure ; Entre E. et moi, hein, entre E. et moi, et à moment donné vous êtes fixée, et moi en parlant de S, de la souffrance qu'il y avait pour vous, et euh j 'ai l'impression à ce moment-là que vous aviez fait le choix. Que E. était le médecin de S et que ça vous permettez que je sois à côté, j'étais votre

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

médecin. Après j'ai pas d'impression visuelle ou tout ça.

Donc ça nous permettait d'échanger différemment sur S. Parce que vous voyez Mme E. À propos de S. à un moment donné pas systématiquement parce que lui il est venu tout seul hein. Quand elle était venue chez vous et vous m'en avez parlé qu'elle avait été présente et tout ça mais que vous aviez eu besoin d'un lieu en fait pour parler peut-être autrement de S. … C'est par rapport à S. que je l'ai pris, pas par rapport à vous pour mettre un peu de distance, sans trop en mettre.

PD : C'était ça. Lui il pouvait parler librement de son côté et moi aussi…

M : et maintenant comment vous pourriez décrire votre médecin maintenant que vous la connaissez un peu bien, comment vous pourriez la décrire ?

Dr D : Moins énergique…

PD: Ah si attention, toujours. Des fois j'ai l'impression que j'arrive à la brusquer sur des choses, Sur l'écoute…par exemple hein des fois…

M : C'est-à-dire ?

PD : J'ai, je sais pas, j'ai eu pas mal de problèmes de santé quand même donc j'ai rencontré les spécialistes, machin ils ont toujours raison ah, ils nous écoutent pas mais non c'est ça. Mais, ils n'écoutent pas,… non mais moi, j'ai mal la mais ils écoutent pas et docteur D, oui, vous êtes sensible là-dessus, j'arrive à dire « mais non docteur !» Une fois je suis venue et que je sentais mon cœur, ça allait pas, j'arrive je lui fais « Et moi y'a quelque chose qui va pas » et elle elle me dit « mais non, vous êtes fatigués, c'est la déprime. ». «Mais non, mais non, moi je sens bien, c'est mon corps qui va pas» et je me suis retrouvée chez le cardiologue le lendemain je crois. Donc oui elle écoute…

M : Donc à l'écoute

P. D : Oui c'est important, pour moi c'est important, Peut-être que pour d'autres patients non mais pour moi c'est oui…

M : Il y a d'autres adjectifs qui vous viennent ?

PD : Bah, on échange bien quand même.

Dr D : : oui un peu de tout…

PD : On arrive à parler politique, chanson

Dr D : J'ai même le droit de prendre votre T-shirt en photo

PD : Elle a pris mon T-shirt de bisounours en photo, oui, non

Dr D : De façon anonyme, que le T-shirt, hein ?

M : et vous comment vous pourriez décrire votre patiente ?

Dr D : Ben justement, moi effectivement, sur l'échange, on peut aborder d'autre chose que, que le côté très technique qu'on voit avec des spécialistes et voir d'autres choses avec elle qui sont importants pour elle et qui moi font partie depuis longtemps depuis que j'ai fait l'École de Médecine psychosomatique qui sont indispensables de voir les autres éléments que la tension, le cœur, la pulsation, et tout ça. Effectivement ça passe par l'écoute. Mais il y a des gens, il ne se libère pas. Il n'y arrive pas. Donc ça va mettre du temps. Donc là vous avez cette spontanéité aussi vous donc à libérer certaines choses, à dire certaines choses…

PD : J'ai appris à le faire, je ne savais pas le faire avant …

Dr D : Oui, peut-être aussi, c'est ce qu'on, on va revenir, un peu de ce dont on a discuté. C'est une évolution, à la fois peut-être du médecin et du patient. Moi, de plus en plus, je découvre des choses que des gens me disent au bout de 10 ans, Alors peut-être que je n'étais pas à l'écoute. Mais il a fallu aussi un temps. Il faut pas dire que c'est tout le temps le médecin, qui n'était pas à l'écoute mais c'était la personne qui aussi a fait un cheminement.

PD : Ah oui moi j'en ai fait un grand cheminement …

Dr D : Oui parce que vous êtes à la recherche, oui donc voilà donc on échange

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

sur ça, sur des réunions ou vous êtes allé, sur des…

PD : Moi j'allais à l'école des parents, c'est une association nationale, dans la Drôme, elle marche encore un peu, Et c'est là que j'ai réalisé: « Mais, oh, qu'est-ce que je fais avec mes gosses, avec mon mari. » Une grosse remise en question. La formation c'était sur la communication, dire ces émotions. Gérer une colère. Tous les jours il y avait un truc : À qui appartient le problème ? Tout ça. Mais jamais on m'avait dit ça. Et depuis puis j'ai lu pleins de bouquins.

Oui il faut que les deux évoluent, sinon je pense pas que le patient puisse parler s'il ne fait rien. S'il n'a pas l'habitude.

M : Vous avez parlé de ce premier événement où vous vous êtes plus rapproché. Est ce qu'il il y a eu d'autres événements fondateurs, importants dans votre relation qui ont pu modifier l'image que vous aviez l'une de l'autre ?

PD : Ben moi le docteur D m'a parlé à un moment qu'elle faisait des formations, ça m'intéressait bien ça que vous vouliez voir autre chose. Donc un médecin qui bouge…

M : Ça vous a changé l'image ?

PD : Oui, donc là comme ça je n'ai pas autre chose…

M : Et vous, avez-vous d'autres évènements en tête qui ont pu… modifier l'image que vous aviez de votre patiente ?

Dr D : Si c'est ce dont nous avons parlé. C'est pas au niveau médical l'événement. Si, parce que vous m'avez apporté quelque chose, Quand vous m'avez dépanné quand on avait pas le téléphone je pense que ça a modifié

PD : Je ne sais pas si je le referai encore…

Dr D : Ah oui quand on a déménagé ici. On avait tout prévu l'informatique, tout tout était prévu on devait reprendre au bout de deux jours. On avait dit aux patients c'est fermé. Mais les consultations reprennent tel jour, le mercredi. Quand on est arrivé ici on n'avait pas le téléphone. Pourtant c'était prévu. Mais bon il n'y avait pas la boîte…

PD : *(en chuchotant)* il n'avait pas dit la bonne entrée…

Dr D : Qui n'avait pas donné une bonne adresse ça on sait pas… Et donc la première personne à qui j'ai pensé à appeler c'est D.

PD : Et donc je l'ai dépanné c'est vrai que j'ai fait ça…

Dr D : Et donc c'est vrai qu'on était dans la mouise donc voilà je veux dire. Pour un détail. Et puis surtout qu'on n'arrivait pas. On n'arrivait pas non plus, C'est un problème de communication maintenant les gens. Avec leurs prestataires à la con… C'est enregistré mince. Donc on ne peut pas avoir le responsable

PD : Il en a pas

Dr D : On ne peut pas. Y'a pas de responsable et tout ça…

M : et c'est un événement qui a changé l'image que vous aviez de D ?

Dr D : Non mais c'est, non je ne pense pas…

PD : J'ai rendu service…

Dr D : On est sorti de la fonction quand même, C'est-à-dire que, en général c'est vous qui venez. Enfin c'est pas en général c'est tout le temps. Voilà même si on a des échanges un peu différents lors de certaines consultations…

PD : Là c'était l'inverse c'était vous qui était en demande

Dr D : … Oui c'était moi qui était en demande quand même mais c'est vrai que c'est la première personne à qui j'ai pensé aussi la dernière fois dans la voiture. « Au secours j'ai besoin de quelqu'un pour participer à une étude ! »*(Rires)*

PD : J'étais très touchée que vous ayez pensé à moi, c'est vrai ça m'a fait chaud au cœur ça.

Dr D : Mais bon, après je sais pas je pense que si j'ai pensé à vous à ce moment-là pour

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

me dépanner je pense que c'est parce que je savais que vous étiez ouverte à ça. On avait déjà échangé avant. Je veux dire que la relation était déjà…

Parce que moi je suis relativement un peu timide…

PD. : Ah bon ?

Dr D : Ah oui

PD. : Aah non

Dr D : Ah si !

PD : Bah bah, ça se voit pas.

Dr D : Bah oui, mais c'est la formation qui a fait ça. C'est vrai que demander c'est très dur, demander au téléphone c'est très dur. Si mon mari peut le faire ça m'arrange. Maintenant j'arrive à demander les pizzas, c'est bon.

PD : Ah bah vous la cachez bien votre timidité !

Dr D : Oui mais c'est plus facile, en un dialogue particulier que bah en groupe mais bon comme j'ai fait des formations où on était amené à être en groupe, c'est ça qui m'a apporté, je suis un peu moins timide… Bon si ça continue, je vais rougir…*(Rires)*

PD : Allez on parle d'autre chose.

Dr D : voilà.

M : Donc pour revenir aux évènements, est-ce qu'il y a d'autres choses ?d'autres éléments de votre relation qui vous ont marqué ?

PD : Ca me vient pas comme ça…

Observateur (O) : Vous parliez que vous aviez évolué ensemble, notamment du point de vue de l'écoute, est-ce qu'il y a autres choses, il y a l'écoute, est-ce qu'il y a d'autres caractéristiques qui ont évolué au cours des années

PD : De parler politique c'est récent quand même hein, non mais c'est vrai depuis Sarko, je sais pas ce qu'il y a eu. On était toutes les deux en colère.

Dr D : Je sais pas ça m'a pas marqué moi la politique

PD : C'est rare de parler politique dans un cabinet médical,

Dr D : sauf le lendemain d'une élection

PD : Il y a du avoir quelque chose je sais pas

Dr D : On n'ose pas parler politique.

PD : Bah il vaut mieux pas je pense. Ca dépend comment vous sentez le patient. Après on peut dire derrière en ville, on n'aime je sais pas qui…

Par contre moi il m'arrive des choses des fois, je sais pas si elle s'en rend compte. En consultation, on parle. Et la dernière fois on a parlé de la vie des femmes, le sexe, tout ça, et puis dans ma tête, en parlant, je me disais mais « qu'est-ce que tu lui parles de ça » autant, sa vie de couple, c'est la merde autant si autant ça

Dr D : Autant quoi ?

PD : C'est la merde ou autre, tu vois ?

Dr D : Ah dans ma vie de couple

PD : Privé, je disais, tain je suis en train de parler d'un truc vraiment intime, quoi

Dr D. : A vous projetez ?

PD : Oui, autant sa vie de couple c'est pas merveilleux ou autre, je suis en train de parler des choses qui faut pas, ça m'avait…ça m'a mis

M : Mal à l'aise ?

PD : ouais

Dr D : Et vous avez trouvé que j'étais mal à l'aise ?

PD : Ah non, pas du tout, c'est moi qui projette là

Dr D : Oui

PD : Je me disais, autant là je la dérange dans sa vie privée quoi, ça peut faire écho, des fois

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr D : Oui, mais, effectivement ça peut faire écho mais après notre travail c'est effectivement de laisser passer certaines émotions mais que ça interfère pas. Après on a notre travail à faire.

PD : Oui ça c'est une tâche que je pense souvent ça. Comment font les médecins pour parler de tous les problèmes sociaux ? C'est souvent ça. Surtout les médecins généralistes. Comment garder la distance pour pas s'imprégner ?

Dr D : oui parce que si on a vécu des choses douloureuses comme ça.

PD : oui des fois c'est vrai que ça m'arrive je suis en train de lui parler et je me dis mais qu'est-ce que t'es en train de lui dire là !

Dr D : Bah du moment que ça me gêne pas et que je suis pas perturbée il n'y a pas de souci. Puis je peux vous le dire aussi si jamais ça me perturbe

PD : Oui

Dr D : J'ai le droit, stop.

M : Tout à l'heure, vous m'avez parlé de la description de votre relation mais comment vous pourriez me décrire PD ?

Dr D : Oui comme elle m'a décrit tout à l'heure, vive, machin, dynamique…

M : Ah vous vous décrivez comme elle vous a décrit ?

Dr D : Non. Moi c'est vrai que je l'ai vu évoluer et que je la trouve plus vivante qu'avant.

PD : Ah bah c'est vrai, j'ai lâché beaucoup de choses.

M : C'est-à-dire plus vivante qu'avant ?

Dr D : Justement il y a l'ouverture…

PD : Bah j'avais un sacré poids aussi. Une famille à porter et j'ai lâché pas mal de choses quand même. Heureusement parce que ma santé, j'aurais craqué…

M : et vous l'avez vu évoluer tout le long de ces années…

Dr D : Oui… oui plus vivante alors que finalement médicalement il y a plus de problèmes personnel. C'est le paradoxe, c'est à dire que je vous trouve mieux alors que finalement je vous suis plus médicalement parce que… au début, depuis quand vous êtes malade vous voyez le cardio ?

PD : Le cœur ? 2008.

Dr D : Voilà donc la relation a commencé un peu avant donc c'était plus le côté on va dire bah « charge sur les épaules », et après on va dire entre guillemets « charges psychologiques » et après on va dire que médicalement c'est plus grave actuellement puisque vous êtes obligé de prendre un traitement des anticoagulants et tout ça et un suivi cardiologique mais finalement vous êtes mieux.

PD : C'est le paradoxe, c'est peut-être la maladie qui fait ça, ça permet de réfléchir.

Dr D : De relativiser certaines choses peut-être. *(Silence)*

PD : Ça donne pas bien des traits de caractère ce que vous dites là. *(Rires)*

PD : J'en veux plus.

Dr D : Alors les traits de caractère, moi ça me gêne, car en donner, définir les gens comme ça.

M : Oui c'est pas évident

Dr D : Quand même plus vivante

O : Mais quand vous dites plus vivante qu'est-ce qui vous fait dire ça. C'est juste physique, c'est la parole, ce qu'elle dit

Dr D : Moins abattue, il y a beaucoup d'énergie…

PD : Ça vient de ma mère ça, avec son Alzheimer…

Dr D : Et puis aussi, cette franchise, vous êtes franche.

PD : Des fois ça me coute cher.

Dr D : Oui d'accord, mais donc si vous avez envie de me dire zut je pense que vous

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

pourriez me le dire, d'accord je sais pas si vous me l'avez déjà dit ça m'a pas marqué.

PD : Y'a juste une fois je suis restée assise là, j'avais la grippe, vous me faisiez pas d'arrêt de travail, je reste assise en attendant, vous vous rappelez pas ?

Dr D : Je ne voulais pas vous faire un arrêt de travail ? Non mais j'y pensais pas.

PD : Non vous y pensiez pas alors je restais assise

Elle me disait « mais Mme D ca y'est ». J'ai fait « bah non ! » et j'attendais.

Dr D : Bah oui j'avais peut-être pas la notion que vous travaillez.

PD : Personne ne veut que je travaille mais si je travaille

Dr D : J'en étais peut être au (*mot incompris*) qui me disait non mais de toutes façons je ne m'arrête pas, j'en sais rien…

M : Est-ce que vous vous retrouvez dans la façon dont elle vous décrit ?

PD : Ouais, ouais. C'est vrai que j'étais plus abattue avant, autant des problèmes y'en a toujours mais je les vois autrement… Mais j'ai fait un travail sur moi énorme et j'ai pas fini, d'ailleurs on finit jamais. Donc voilà j'ai des amis qui sont très branché psychologie et je lis des trucs, je me bouge quand même des fois j'ai pas la force mais après ça va. C'est en dent de scie un peu quand même.

Mais la force que j'ai, c'est ma mère ça qui me l'a donné. Je le reconnais, elle est toujours là, elle a 94 ans même à travers sa maladie des fois elle dit des choses je me dis, c'est pas possible, Alzheimer, y'a quand même quelque chose parce que des fois elle nous sort des trucs.

A S., une fois, j'emmène mon fils, bon elle me dit « ah c'est ton mari », ben non c'était mon fils c'est pas grave elle sait plus que je suis sa fille non plus

et puis S. allait mal, y'a 4 ans en arrière. Et puis je sais pas ce qui me prend ma mère je lui fais « maman, t'as 90 ans, dis-lui à ton petit fils-là qui est devant toi », en plus S. quand il regarde, il regarde « …dis-lui ce que c'est la vie » et puis elle commence elle fait ah bah c'est comme ci c'est comme ça elle lui fait non non avec ses mains comme ça, et puis elle lui dit « c'est comme quand tu cuisines » et puis ils se regardaient tous les deux bien dans les yeux, j'en ai chialé moi.

« C'est comme quand tu cuisines, des fois tu as des bons plats, tu te régales, des fois bah c'est raté, bah faut manger quand même. »

Moi j'avais les larmes aux yeux. Et S. il me le ressort encore. Ce qu'elle me donne ma mère, je peux lui dire merci quand même

O : Sinon pour revenir à ce que disait D. tout à l'heure par rapport à l'écoute, vous boostiez un petit peu, vous avez employé ce terme de booster l'écoute, vous avez ce ressenti-là vous aussi, tout au long des années ? Qu'elle vous un peu boosté par rapport à ça.

Dr D : Non mais qu'elle était à l'écoute aussi

O : Qu'elle était à l'écoute aussi ?

Dr D : Oui. C'est auto stimulant, c'est mutuel.

PD : Puis des fois des petites phrases de rien.

M : C'est-à-dire ?

PD : Qu'elle se rappelle plus après… vous disiez la dernière fois…

Dr D : C'est quoi ?

PD : Que je déprimais, qu'il fallait que je me bouge, je me rappelle plus j'ai oublié la phrase

Dr D : Oui

PD : Et moi j'ai dit non non non c'est que je suis fatiguée. Et puis en rentrant et puis le lendemain, je me dis elle a peut-être raison, c'est vrai une petite phrase

M : Une phrase qui marque. Et ça vous vous en rendez compte ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr D : Non

PD : Oui parce que je lui ai dit à la visite d'après et elle s'en rappelait plus

Dr D : Faut que je note quand même je dis tellement de choses

M : Timide mais qui parle beaucoup…

Dr D : En dialogue singulier, je parle beaucoup. Oui il y a dix ans je n'aurais jamais fait ça, hein, j'aurais jamais participé à l'étude.

PD : Ah oui ?

Dr D : Si j'avais participé, j'aurais stressé, j'aurais mal dormi la nuit, qu'est-ce que je vais pouvoir dire…

PD : Bah ça c'est normal

Dr D : et ça me l'a même pas fait aujourd'hui.

PD : Ah oui… on n'est pas noté, ni puni ?

M : Non pas du tout, c'est juste pour nous…

Bon je pense qu'on s'est dit beaucoup de choses. Est-ce que vous avez appris des choses l'une de l'autre ?

PD : Ben timide j'en reviens pas moi, vous le cachez bien ça. C'est pas un défaut, c'est comme ça. Je n'aurais jamais dit que vous étiez timide

Dr D : même au début ? Parce que j'ai évolué en 20 ans de pratique…

PD : J'ai jamais trouvé qu'elle était timide moi

Dr D : Les gens disent quand même au début que je suis un peu…

PD : Oui comme je l'ai dit tout à l'heure vous foncez

Dr D : Non c'est différent entre foncer, c'est un peu euh les gens avant des fois comme si j'étais dans mon truc, non ? Un peu raide

PD : Non oui c'est ce qu'il me ressemblait

Dr D : Non vous avez pas parlé de raideur, vous avez parlé d'énergie.

PD : Oui mais même

Dr D : C'est complètement différent

PD : Mais les rosiers c'était quand même ça

Dr D : Mais les rosiers je m'en fous, c'est qu'il devait être mal garé par rapport à la voiture de E. ou je sais pas quoi. On leur dit de ne pas se garer et ils se garent mais le rosier je m'en fous.

C'est différent raideur certaine rigidité, mais justement, moi quand les gens me renvoie ça y'avait pas d'écoute c'était difficile d'écouter parce que à mon avis certaines choses que pouvaient les gens me dire ça allait parasiter ce que je devais trouver éventuellement du cœur ou des trucs comme ça.

J'avais besoin d'une certaine concentration et je savais pas que c'était important. J'avais pas appris que c'était aussi important. Et après quand je suis allée faire des formations complémentaires, c'est ça qui manquait c'est qu'on nous avait pas dit que, comment gérer ce que les gens vont renvoyer, parce que surement les premières fois, les gens voilà ils vont vous dire des choses tout d'un coup, qu'est-ce que je fais avec et donc ça on n'est pas formé pour

PD : C'est super important, … il n'y a pas ça dans les années de médecine ?

Dr D : Oui mais c'est l'expérience.

PD : Oui mais quand même moi je trouve c'est une lacune ça.

O : C'est ce que vous avez ressenti vous finalement, ce qui avait un peu changé dans la relation quand même ?

PD : Oui plus à l'écoute.

M : Vous trouvez qu'il y a eu un changement ?

PD : Oui oui quand même, plus le temps aussi.

M : Avant vous preniez moins le temps ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PD : La dernière fois je suis restée quand même 35 minutes, plus le temps, ça joue, plus le temps pour parler, pour se poser.

M : Plus disponible… Et vous quand vous disiez cette énergie c'était aussi cette rigueur, cette rigidité.

PD : Oui oui, Dr D l'a dit justement qu'elle était comme ça. Oui maintenant qu'on en parle

M : Et vous vous retrouviez un peu dans ce type de personnalité…

PD : Oui parce que moi avant j'étais comme ça aussi. C'était comme ça et pas autrement. S'il y a des points où je me retrouvais dans vous, c'est obligé.

M : D'autres points ?

PD : Bah ça, cette énergie, je fonce, ça me donnait cette impression là et je me dis tiens, ça me ressemble.

M : Donc ça vous donnait envie de…

PD : J'y pensais pas, ça me donnait envie ou pas envie. Le hasard.

M : Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter, d'autres éléments.

PD : Bah non, c'est bien, on évolue encore, on va devenir des moines Tibétains

Dr D : Je sais pas où et comment on va évoluer…

PD : C'est bien si on peut en faire profiter les autres après derrière

Dr D : Alors la question c'est qu'est-ce que ça va changer entre nous

PD : Ah je me la suis pas posé, bah rien, une fois j'ai proposé de la masser elle m'a dit bah non médecin-patient

Dr D : Une fois ?

PD : Oui parce que j'ai fait une formation massage. Vous vous rappelez pas une fois je vous ai dit si vous voulez, je peux vous masser. Vous m'avez dit ah non non non. Aucune hésitation. Ah non médecin-patient. Ce qui est vrai.

Dr D : Ah oui ça peut être tentant. *(Rires)*

Non mais c'est vrai que des fois dans des relations, on serait tenté d'aller plus loin. Mais après moi je suis très, j'ai des difficultés par exemple quand je soigne des amis. Pour moi y'a pas assez de distance. Donc quand je vois que dans une relation avec un patient, et ben justement on peut avoir des intérêts communs, on discute, on apprend à se connaitre. Bah oui des fois ça peut arriver j'ai envie d'aller avec cette personne à un truc, ah oui on a parlé musique. Voilà c'est difficile. Il faut se faire violence, dire stop, non parce que après ça va fausser la relation. Et après y'a des fois des patients qui disent, qu'ils ont ce côté très amical avec leur médecin, moi j'ai des amis qui m'ont choisi en tant que médecin car il était sur X, Je suis encore plus sur la réserve. Faut pas que j'en fasse trop, mais faut pas que j'en fasse pas assez donc voilà avec certains amis ça, c'est gênant pour la relation médicale.

Donc moi j'ai fait l'expérience d'un kiné. A un moment donné, il commencé par le tutoiement, moi je lui ai dit, stop ça reste comme ça j'ai besoin du vous, pour qu'on continue dans la relation kiné-patient. Donc je lui ai dit et c'est toujours vous. A un moment donné on a parlé du vous dans le groupe (référence au groupe Balint) est-ce qu'on tutoie ou on vouvoie et c'est vrai que l'importance de pas faire autre chose avec le patient parce que voilà on peut faire des bêtises, on va être amené à faire des bêtises.

PD : Je pense que vous avez raison

Dr D : Et « ah mais je t'ai dit ça l'autre jour ». J'ai des amis, on a mangé ils viennent chez moi. « Ah tu sais bien ». Non je sais rien je veux dire je devrais rien savoir…

M : On n'est pas dans la même posture à ce moment-là.

Dr D : Et des fois c'est frustrant quand même en tant que médecin. On aurait envie d'aller dans une relation un peu plus voilà parce que…

M : Une certaine distance à garder…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr D : Oui, tout en parlant de choses très intimes quoi, mais vous *(en insistant sur le vous)* concernant.

PD : Oui faut le garder ça. Parce que moi, le médecin que j'avais avant, on était aussi amis dans la vie privée. Et vers la fin, avant qu'il ne décède. J'arrivais que je disais plus du tout. Je disais plus des choses qui avaient rapport avec mon conjoint ou autre parce qu'on se voyait en dehors. J'étais gênée donc c'est bien de garder les relations.

Dr D : Bah ça me fait penser à ce monsieur-là, dont je vous ai parlé que j'ai engueulé (cf. Entretien 1), parce que j'engueule hein souvent finalement. Je l'ai engueulé jeudi, là le patient qui était jamais malade et tout ça. En fait il vit à la fois en A et en X et son médecin en A il est en train de mourir, et c'est un ami, il se faisait suivre par lui, donc il a peut-être effectivement il avait instauré un système bah j'ai besoin de ça point barre.

Garder la distance, c'est un apprentissage, à des moments on est un peu plus proche. Vous m'avez proposé le massage et il faut garder la distance. Oh vous avez des souvenirs, moi j'en ai pas !

C'est pour ça que quand vous m'avez demandé pourquoi je vous ai choisi, bah je sais pas, on avait dit si j'ai peut-être le fait que vous m'aviez rendu service et puis le fait quand même que le dialogue était possible et que si vous vouliez dire des choses vous hésitez pas à les dire . La franchise. Je pense que c'est pour ça que j'ai pensé à vous. Et je pensais aussi que vous seriez à l'aise dans ce type d'entretien.

PD : Mais j'ai pas peur de parler devant du monde moi

Dr D : Pas timide !

M : Vous ne vous ressemblez pas tant que ça alors!

(Rires)

M : Vous avez des traits de caractères communs… Mais vous disiez que vous échangiez beaucoup pendant les entretiens, donc en fait, vous dites que vous n'allez pas apprendre beaucoup de cet entretien car vous vous dites déjà beaucoup de choses, en fait. Dès qu'il y a quelque chose qui se passe vous le dites tout de suite.

Dr D : Mais j'avais pas l'impression qu'il se passait autant de choses finalement

PD : Ah que moi si je le sentais ça !

Dr D : Oui mais j'avais pas l'impression mais si je vous ai choisi c'est que quand même il se passait quelque chose

M : Et puis vous avez une relation qui reste assez forte parce qu'elle a été fondé sur des évènements qui ont été importants pour vous…

PD : Ça aussi…

M : C'est des choses qui jouent probablement, il y a une confiance qui a été vite…prise ?

PD : Il y a ce que je cherchais aussi, c'est important, c'est le genre de médecin que je cherchais.

Dr D : C'est ce que vous avez dit, c'est la phrase, on l'a dit à tel moment et ça correspond à ce qu'on veut entendre et effectivement des fois le médecin vous lui dites ça il entend pas. Moi inversement.

PD : J'ai été marqué par des médecins assez cons, quand même moi, gynécologue là franchement, je m'en rappellerais toute ma vie, lui il était pas à l'écoute du tout et j'avais raison il s'est même pas excusé. Je le vois plus bah c'est pas grave. C'est vrai que y'a des médecins je me dis mais ils apprennent pas en médecine ça ! Et je vous l'avais demandé.

Dr D : Ça s'apprend pas… moi j'ai le souvenir de chef de service qui s'asseyait effectivement au lit du malade et puis à un moment donné qui avait un entretien vraiment individuel mais y'en a d'autre, ils vont toujours rester debout avec les internes.

PD : Et il lui parle pas.

Dr D : Mais ça s'apprend pas.

M : Ça peut s'apprendre quand même.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr D : Si on voit l'autre faire, ça s'apprend si on voit l'autre faire. Ça s'apprend pas littéralement en disant il faut faire ci et tout. Si on a suffisamment l'ouverture de voir que son patron est en train de s'assoir sur le lit et que ça fasse tilt, voilà

O : Il faut prendre conscience que c'est important

PD : Et moi c'est moi qui lui ai fait un électrochoc à l'hôpital *(Rires)*

PD : Il passe avec les internes, il prend la fiche au pied du lit et là ils se parlent entre eux moi j'étais une chose en plein milieu. Et moi je lui ai dit : « Et à moi, vous m'expliquez pas ce que j'ai ? Je suis pas une chose » je lui fais, « je suis pas un objet ». Il est revenu après. Et il m'a dit « mais vous aviez raison. Je travaille tellement avec des personnes âgées dans mon service que j'ai plus l'habitude

M : Mais même les personnes âgées…

PD : C'est ce que lui ai dit ahah. Mais bon il est revenu il m'a expliqué ce que j'avais. Ca a fait tilt. Des fois c'est au patient de dire aussi. De faire : « Oh là oh, Je suis là, coucou ! »

Dr D : Bah oui on peut rappeler à l'ordre, bah oui.

M : Bon.

PD : Et comment ça va se passer après je vous offre un café un thé ?

(Rires)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Débriefing D : Lettre de Docteur D (ED3)

Le 20 Juillet 2014

Chères Léa et Claire, voici quelques impressions qui me sont venues après notre entrevue avec Mme D.

Tout d'abord cela s'est très bien passé. Je crois finalement que c'était la patiente « idéale » pour ce type d'entretien. Entretien qui à la fin n'en était plus un, puisqu'elle proposait presque de finir en allant boire un café… Comme si nous étions alors en train de bavarder entre connaissances.

A la question de comment faire pour savoir comment et en quoi ce type d'entretien pouvait modifier à l'avenir la relation médecin-patient ? Il a été dit que c'était difficile à réaliser pour vous dans un an.

Mais pourquoi pas alors demander d'ores et déjà au médecin et/ou au patient s'ils peuvent l'un et l'autre donner leurs impressions sur ce type d'entretien dans les semaines suivant l'entretien, avant même qu'ils se revoient pour une consultation standard habituelle.

Comment pourrais-je adapter ce type d'entretien à une consultation standard sans observateur ? Car à mon sens, cela est riche d'enseignement pour le suivi du patient, cela permet de se replonger dans son dossier non pas au niveau technique (là je dois le faire souvent pour des suivis de pathologies chroniques et pour faire le point sur les antécédents). Revenir en arrière pour revoir les premières impressions perçues réciproquement permettrait une lecture nouvelle de certains évènements vécus parallèlement par les deux acteurs. Intéressant dans notre cas de voir comment elle me percevait et que de mon côté je n'arrivais pas à me souvenir de mes premières impressions. Est-ce que parce qu'il y a eu une coupure de 5 ans ? Est-ce que lorsque je l'ai revue plus régulièrement à partir de 2002, j'étais peut-être dynamique mais pas vraiment présente-disponible et/ou sensible à mon ressenti ? Ou bien parce que finalement elle me donnait l'impression d'être abattue, d'avoir beaucoup trop de choses à porter, ce qui me désorientait beaucoup il y a 10 ans ?

Peut-être qu'un jour, il sera important pour elle d'aborder cette coupure de 5 ans ou plutôt l'année 2002 date à laquelle elle est revenue consulter au cabinet… Les prochaines consultations nous le diront.

Intéressant de voir aussi que c'est important pour un patient que le médecin continue à se former ou cherche d'autres sources d'information que la formation classique : il ne sait pas tout, le dit et montre qu'il est en recherche pour comprendre différemment, et accepte aussi des informations apportées par le patient.

J'ai souvent également pensé que les patients n'osaient pas parler de certains sujets car ils craignaient mon « jugement ». Alors je leur disais que je n'étais pas là pour les juger. Et là, j'ai découvert qu'ils pouvaient hésiter car ils avaient peur de me faire du mal. Il faudra peut-être que j'ajoute parfois que je peux les écouter tout en me protégeant. Se protéger tout en étant à l'écoute de son ressenti…

Depuis quelques temps, je note beaucoup les réflexions des patients en difficulté pour pouvoir rebondir dessus la fois suivante par exemple ou leur dire que les choses ont évolué dans un autre sens…que je les ai vus évoluer. Mais je ne note pas mon ressenti. Donc importance à l'avenir de noter quelque part dans le dossier ma ou mes premières impressions ressenties concernant le patient. Savoir de temps en temps y revenir pour voir l'évolution, soit lorsque le patient est en difficulté ou lorsque la relation apparait difficile.

Je ne sais pas si tout ceci vous sera utile, mais pour moi cette expérience l'a été. Merci à toutes les deux de me l'avoir proposé. Bonne continuation.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dyade E :

Entretien individuel Docteur E (EE1)

Date **:** le 9 juillet 2014

Lieu : Au cabinet du Docteur E.

Comportement général : Le Docteur E est à son bureau, l'interviewer est en face, à la position « patient ». Le ressenti de l'interviewer par rapport au médecin est que c'est une personne timide, elle lui demande de la tutoyer ce qui parait difficile au début.

I : Pour commencer, est ce que vous pourriez vous présenter ? *(rires)* **C'est une question large…**

Dr E : Je donne mon nom ? Et tout ?

I : Oui de toute façon, ce sera tout anonymisé

Dr E : Oui oui d'accord. Donc prénom nom, je suis médecin généraliste installée depuis 4 ans, avant ça, d'être médecin généraliste, j'étais urgentiste pendant 10 ans. Voilà. J'ai 40 ans.

I : Et urgentiste c'était où ?

Dr E : A X.

I : Le choix était d'abord porté sur les urgences ? Et qu'est ce qui a fait que…

Dr E : Non non au départ je voulais faire de la médecine générale et puis très sincèrement quand j'ai fait mon stage chez le prat en dernier semestre, ben j'étais un peu… déçue quoi quelque part. Il s'trouve que j'avais fait un stage d'urgence où quand j'avais fini mon stage on m'avait dit oh si tu veux revenir un jour comme assistante on aimerait bien et là je me suis trouvée à la fin des études et je savais pas trop quoi faire, je suis retournée aux Urgences et puis ben j'ai eu de la chance il y a un poste de PH qui s'est libéré je me suis retrouvée nommé PH très très vite et puis après. J'ai adoré faire les urgences. Mais au tout tout départ je voulais bien faire de la médecine générale c'est juste que je me sentais pas prête. Juste après les études, quoi…

I : Et donc après médecine générale, ça a été un choix…

Dr E : Donc après médecine d'urgence j'en ai fait pendant dix ans j'ai adoré faire ça et puis y 'a des choses qui,… au niveau de la vie de famille qui… Ça devenait de plus en plus compliqué, moi j'ai deux enfants et fin… ça. Et au niveau professionnel aussi, y'a des choses qui me plaisait plus non plus

I : Donc au final ça été un nouveau choix de faire de la médecine générale et au final maintenant ce choix vous convient ?

Dr E : Oui je regrette pas

I : Le projet professionnel de départ, donc ça a été plutôt urgentiste, avant ça est ce que tu avais fait d'autres stages, une formation autre que la médecine générale ?

Dr E : En dehors de ?...non…

I : Et donc là ton travail actuel, c'est médecine générale en libéral, est ce que tu fais d'autres choses à côté ?

Dr E : non.

I : Quelles sont tes valeurs professionnelles, en médecine générale ?

Dr E : C'est-à-dire ?

I : Pour toi qu'est ce qui est important en médecine générale d'avoir comme valeur ?

Dr E : Valeurs c'est compliqué, oui. Moi j'ai fait le choix là de m'installer dans un quartier un peu particulier, c'est un quartier jugé sensible parce que justement je voulais avoir une patientèle avec des gens en difficultés sociales. En grande majorité mes patients, ils sont soit en grande grande difficulté sociale, soit il y a des problèmes de barrière linguistique, beaucoup de gens qui sont d'origine étrangère, euh et donc moi je suis assez fière de ça en fait, d'avoir des patients qui sont souvent vu par les autres médecins comme des gens difficiles à soigner, en fait. Moi j'ai à cœur vraiment que ces gens-là qui c'est vrai sont pas facile à soigner, ils soient soignés le mieux possible.

I : Qu'ils aient le droit à une médecine malgré leurs…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr E : C'est vrai qu'aux Urgences je m'étais occupé, on avait monté une PASS je sais pas si tu sais ce que c'est, c'est une permanence d'accès aux soins de santé, c'est des cellules médico-social pour des gens qui n'ont pas accès aux soins et donc c'est pour ça aussi que je me suis installée dans ce genre de quartier, je voulais retrouver ça

I : Tu étais déjà sensibilisé à ça…

Dr E : Voilà, pour moi, l'accès aux soins de tous quelque soit les difficultés autres que médicales c'est super important. Après au niveau de la relation médecin malade, (*rires*), c'est difficile. (…). Moi je l'ai vécu dans ma vie personnelle, dans ma famille, d'être conforté à la maladie de gens très, très proche et donc j'ai vécu le fait d'être pas moi-même malade mais l'accompagnant du malade à l'hôpital et pfiou, rolala quand on se voit de l'autre côté, c'est atroce, non mais c'est vrai, c'est vraiment le monde hospitalier est vraiment inhumain, complètement inhumain, donc ça ça m'a appris beaucoup sur notre métier, en fait et c'est vrai que je pense je suis pas le même médecin maintenant que j'ai vécu ça, qu'avant

I : Alors que la médecine de ville aurait un côté plus humain ?

Dr E : Euh bah la médecine de ville les gens sont pas, oui, oui bien sûr que c'est plus humain, c'est d'abord des gens avant d'être des malades. A l'hôpital, c'est d'abord des malades ils sont installés dans un lit, ils sont déshumanisés car ils sont habillés de façon standard, normal pour les soins, mais c'est d'abord un numéro de chambre et un diagnostic avant d'être une personne, alors que nous les gens qui arrivent au cabinet ils sont d'abord des personnes avant d'être des malades (*rires*) et c'est à nous de nous adapter qui ils sont.

I : Et ça c'est quelque chose qui quand il y a eu la transition entre l'hôpital et la ville qui te plaisaient plus ?

Dr E : Oui, le fait de revoir les gens, de les connaitre, d'avoir un suivi…

I : D'être moins dans le contexte d'urgence ?

Dr E : Oui.

I : D'accord, donc d'un point de vue pratique est-ce que tu es satisfaite de l'organisation de ton temps de travail ?

Dr E : Oui

I : Et quelle place donnes-tu à ta formation professionnelle ?

Dr E : Les trois premières années où je me suis installée, je devais encore avoir du temps car on avait huit journées possibles de FMC indemnisées et je faisais les huit. Et alors là depuis que c'est passé à trois journées devenues obligatoires, j'arrive même pas à les faire.

I : Parce que ça prend du temps, c'est difficile à caser…

Dr E : C'est vrai que plus l'activité du cabinet a augmenté, plus c'est difficile de libérer des journées. Donc voilà je fais les DPC, je fais partie d'un groupe de médecin et on fait à peu près 7 ou 8 soirées dans l'année, c'est à peu près une par mois, ça permet de souffler…

I : Comme un groupe de pairs ?

Dr E : Oui voilà.

I : Est-ce que tu pourrais me décrire ta patientèle ? Plutôt jeunes, âgés ?

Dr E : Moi j'ai tous les âges de la vie, après tu sais on reçoit les relevés d'activités, et donc comparativement à mes confrères il semble que j'ai plutôt de patients jeunes, quand même, beaucoup de famille avec de jeunes enfants, j'ai des personnes âgées moi j'ai l'impression de voir des personnes âgées mais apparemment mes confrères en proportion ils ont plus de personnes âgées que moi

I : Et d'un milieu social…

Dr E : …Plutôt défavorisé, oui

I : A-t-elle évolué au cours de ton exercice ?

Dr E : Euh non pas trop. Fin si c'est vrai y'a des patients qui sont venus au début qui ne sont pas resté parce que justement je pense

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

que les autres patients, le contexte du quartier les a fait fuir. Y'en a quelques-uns parce sur X, il y a une pénurie de médecin, donc les nouveaux arrivants, les personnes qui viennent d'emménager sur X qui cherche un médecin traitant, tous les collègues, personne ne prend les nouveaux patients et donc tout le monde renvoie sur le dernier médecin installé, et donc y 'a 4 ans j'étais le dernier médecin installé et donc j'ai eu beaucoup comme ça de patient qui venaient d'emménager sur X pas forcément du quartier et ceux la y'en a pas beaucoup qui sont restés parce je pense que la cohabitation en la salle d'attente les a fait fuir

I : Pour toi quelle est la relation idéale avec un patient ou la pire ?

Dr E : La relation idéale ou la pire… euh la relation idéale il faut qu'il y ait de la confiance des deux côtés, le plus important c'est la confiance…..

I : Est-ce qu'il y a un type de patient un peu idéal ?

Dr E : Je sais pas parce qu'en fait, moi à la limite les patients qui sont acariâtres, qui ou on dit oh la, la, la surtout le prends pas celui-là, c'est l'horreur, il a épuisé tout le monde et tout et ben ça me donne encore plus envie d'y aller, c'est un peu un défi oui. *(Rires)*. Donc du coup, moi c'est vrai que j'ai des patients, ceux qui sont pas en grande difficulté sociale, j'en ai quelque un où c'est un peu des gens qui s'organisent pour faire fuir les autres, un peu ça quoi. *(Rires)*

I : Mais qui avec toi…

Dr E : Pas tous y'en a avec qui ça a pas accroché. Voilà moi c'est vrai que j'aime bien quand y'a un peu un challenge quoi

I : Oui d'accord, et même c'est relation la pour toi c'est pas les pires, elles restent…

Dr E : Ben non parce quand ça se passe bien c'est hyper gratifiant, bah oui. Quand ça se passe pas bien c'est pas très agréable

I : Même ces relations-là se passent bien…Et donc avec quel type de patient es-tu le plus à l'aise ?

Dr E : Et ben justement ceux-là, c'est vrai que ceux pour qui il y avait une difficulté au départ d'approche, euh et puis une fois que j'ai réussi à gagner leur confiance et eux, qu'ils me fassent confiance, parce que c'est dans les deux sens, bah après c'est vraiment sympa, quoi

I : Donc c'est avec eux que tu te sens le plus à l'aise.

Dr E : Oui.

I : Est-ce que par hasard tu penserais à un patient particulier ou une patiente en particulier avec qui on pourrait…

Dr E : Bah je sais pas trop, en fait

I : En fait c'est… Nous on se dit que c'est un patient avec qui ça roule très bien, quand je dis ça entre guillemet, soit avec qui ça se passe plus ou moins bien il y a des choses qui ont été incomprise, et avec qui on pourra aussi discuter de tout ça. C'est vraiment soit quelqu'un avec qui soit ça se passe bien et avec qui aussi on peut creuser pourquoi ça se passer bien et les choses qui roulent. Qu'est ce qui fait que ça roule, soit avec quelqu'un avec qui ça se passe moins bien.

Dr E : Je sais pas trop. On va faire par élimination. Je pense qu'il faut quelqu'un qui parle bien le français parce que sinon ça va être encore plus compliqué. Moi je me dis faut que ce lui soit utile au patient.

I : Bien sûr.

Dr E : Je sais pas trop. J'en ai une en fait qui quand vous aviez fait le petit questionnaire là. Elle avait fait un commentaire dithyrambique elle était super motivée donc elle oui ce serait possible mais en même temps… je sais pas mais en même temps je me dis c'est peut-être pas elle qui a le plus besoin de parler de sa relation avec son médecin quoi. Elle avait un vécu assez terrible avec les médecins précédents et donc vu que ça se passe bien avec moi elle est contente, euh, après une autre avec qui ça pourrait être utile… J'en ai une avec qui ça se passe pas très, très bien mais comme elle est débordée ça m'étonnerait… Non mais tu sais elle est du genre à demander des

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

ordonnances sans consultation car elle a jamais le temps de consulter.

I : Après tu peux toujours lui proposer, après nous on l'a rappelle, on lui présente un peu l'étude…

Dr E : Oui, je pense qu'elle elle est trop débordée par les trucs à côté. Eux ils vont se poser pleins de questions…*(En regardant sur son ordinateur)* … Ah oui il y a elle aussi, tient j'ai un message d'une patiente. Par le secrétariat…Elle ça peut être une possibilité, oui. Parce que vous vos critères sinon de c'est…

I : On n'a pas vraiment de critère, le critère c'est le choix du médecin, il faut que ce soit le choix du médecin. Après c'est ce que je te disais, c'est un patient soit avec qui ça roule bien, voilà, avec qui tu as envie de savoir pourquoi ça roule, que nous on va essayer de décrypter quelles sont les différentes choses qui font que toi tu t'adaptes à lui ou à elle et inversement. Ou alors avec quelqu'un où il y a eu des moments où ça s'est moins bien passé, avec qui ça se passe mieux, ou avec qui ça se passe moins bien maintenant alors qu'avant ça se passait bien, quelque chose ou, une relation où… après on est pas du tout… On cherche à avoir le plus de panel de relation. On cherche pas quelque chose en particulier.

Dr E : A ce moment-là, peut-être celle que je pensais en tout premier, qui était si enthousiaste, elle ça lui ferait peut-être du bien. Parce qu'elle, les relations médecin-malade. Comme elle a vécu de choses très dures, au niveau médical hein, euh, ça lui fera peut-être du bien à elle de, de parler de comment elle vit ses relations avec ses médecins. Parce que elle en fait c'est une dame qui, elle a une obésité massive, qu'elle vit très, très, très mal au point qu'il était pas possible de l'examiner parce qu'elle avait honte d'elle-même en fait, et y 'a eu des médecins qui ont eu des paroles qu'elle a vécu comme très, très blessante sur son apparence physique et du coup elle s'est complétement braquée et c'était pas possible de lui faire voir un spécialiste. Il était pas question. Rien qu'à l'idée qu'il allait falloir qu'elle se déshabille devant quelqu'un d'autre c'était pas possible quoi. Et puis petit à petit moi je sais pas trop ce que j'ai fait, elle s'est mise à me faire confiance et maintenant elle est suivie par un cardiologue, elle est suivie par un pneumologue. Elle a fait quand même du chemin.

Elle peut-être, comme elle a beaucoup souffert du regard des médecins et de comment elle l'a vécu, elle a peut-être encore des choses à dire là-dessus, c'est peut-être pas mal et elle ça lui fera peut-être du bien aussi d'en parler.

(On l'appelle à la fin de l'entretien : elle lui parle au téléphone puis moi et nous organisons le RDV)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien en interaction Docteur E et Patient E (EE2)

Date : Le 23 juillet 2014

Lieu : Au cabinet du docteur E

Placement : Docteur E est derrière son bureau à la place du médecin, la patiente et le modérateur sont côte à côte en face du Dr E à la place du patient. L'observatrice est en retrait à côté du bureau.

Comportement non verbal :

Ambiance détendue.

Temps de parole du la patiente important.

Tous les intervenants sont tournés vers la patiente.

Docteur E regarde la patiente, en souriant.

Modérateur (M) : Si vous voulez à votre tour vous présenter.

Patiente E (PE) : Oui vous savez c'est vite fait moi, euh, PE, j'ai 60 ans, depuis avril, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise d'autre, je sais pas…

M : Votre métier par exemple…

PE : Je m'occupais d'enfants, pendant 30 ans et après j'ai arrêté de travailler, j'ai fait d'autres choses…Voilà.

M : Vous avez des enfants ?

PE : J'ai une fille de 38 ans, qui a deux enfants qui sont donc mes petits-enfants, 15 ans et 8 ans, voilà. Je vis seule depuis 15 ans.

M : A X. ?

PE : Oui. Je suis arrivée à X il y a à peu près 14 ans. Avant, j'étais loin, j'ai habité en Y, j'ai habité à Z et puis je suis venue sur W. Et Voilà.

(Rires) Pour pas dire le reste…

M : Docteur E. ?

Docteur E (Dr E) : Il faut que je me re présente ?

M : Oui.

Dr E : Je suis médecin généraliste installée à X depuis 4 ans.

M : OK. Alors comment avez-vous choisi votre médecin *?*

PE : Par ma nièce qui habitait dans ce (*quartier)*, à X et qui venait ici et qui vous a donc découvert, elle m'a dit : « écoute, cette personne c'est tout à fait ce que tu m'a toujours parlé, ce que tu aimerais comme médecin » Donc j'ai vite pris un rendez-vous et nickel. Voilà donc par ma nièce.

M : Quand vous dites c'est ce que vous aimez comme médecin…

PE : Parce que c'est quelqu'un d'humain qui vous écoute, chose que je n'ai plus depuis très longtemps, c'est un quart d'heure, sur le quart d'heure, là-dessus, on peut pas parler, il nous écoute plus, y'a plus d'humanité je trouve depuis longtemps quand même et là j'ai retrouvé, vous m'avez redonné envie de me soigner déjà, vous m'avez redonné pleins de courage (*en soupirant*), que je pouvais me sortir de pas mal de choses. Vous m'avez redonné confiance, parce que c'est quelqu'un qui écoute, pour moi un médecin il est là pour vous aider aussi, pour vous écouter, pas juste marquer ce que vous voulez et puis à la prochaine, et au suivant. Parce que moi (*c'est ce que*) j'ai trouvé depuis des années, ça fait des années que c'est comme ça moi je trouve.

M : Et donc vous venez ici depuis ?

PE : Ben depuis l'ouverture, tout de suite, j'ai entendu ma nièce X et après ma belle-sœur aussi est venue et moi je suis venue tout de suite elle m'en a parlé, elle m'a dit « c'est ce que tu cherches, c'est ce que tu m'as toujours dit ce que tu voudrais comme médecin ». Parce que j'en ai fait beaucoup, beaucoup, beaucoup vu mon âge quand même et au début oui au début quand j'avais 20 ans, oui, je trouvais qu'ils étaient plus à l'écoute, c'était différent, et après je trouve que ben maintenant c'est l'usine quoi, les cabinets ça ferme super tôt, c'est pire que des secrétariats c'est *(soupir).* Ils font les ordonnances, du moment que vous payez la visite on vous fait les papiers, l'ordonnance

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

et puis allez basta. Moi pendant X années j'ai tourné comme ça.

Dr E : Ah oui ?

PE : Oui, oui, avant ça m'allait très bien. Comme ça ils voyaient pas. Deux secondes. La carte je la déposais. Ils faisaient l'ordonnance je reprenais ma carte avec et ça… Moi je fonctionne depuis très longtemps car ça m'allait très bien à ce moment là

M : Ça vous allait à ce moment-là aussi…

PE : Bah oui, y'avait rien y'avait pas d'échange, ça m'intéressait pas. On n'écoutait pas donc bon j'avais l'impression d'être quelque chose de négligeable quoi. Ben moi j'ai fait pendant longtemps pendant des années, c'est sûr que les médecins que j'ai eu ils m'ont pas vu souvent ils n'en ont eu rien à faire. Là ça fonctionne pas comme ça. Je retrouve pas mon ordonnance avec ma carte vitale en lot et là j'ai re-retrouvé plus d'humanité. Même au niveau des gens dans la salle d'attente. Même si c'est pas facile le contact des fois c'est vrai mais je retrouve tout ça là ouais

M : C'était ce que vous…

PE : …C'est ce que j'aime c'est ce que j'ai envie d'avoir avec les personnes, avec mon médecin, potes, peut-être plus important que la bouteille *(en montrant sa bouteille d'eau)*… euh si c'est très important l'eau mais… Mais euh voilà, ouais, ouais, elle m'a redonné confiance, elle m'a redonné envie de me soigner, et que je pouvais me sortir de pleins de choses, que ça venait pas comme moi j'avais des problèmes de poids depuis, une fois que j'étais malade quoi, ces problèmes cardiaques, ils ont vu qu'en 6 mois j'avais tout pris, c'était pas normal, j'étais pas, j'ai toujours été menue, pour eux je passais ma vie dans le frigo quoi.

Donc, on ne m'a jamais écouté. Quand je disais que j'avais mal à la tête, ils m'écoutaient pas alors je disais plus rien. Prendre mon ordonnance sans prendre mes médicaments, aussi, je l'ai fait longtemps.

M : Il n'y avait pas du tout d'échange et…

PE : Y'avait pas d'échange. Je vous dis « vous rentrez et un sujet à la fois », ah oui ça j'ai oublié de le dire, c'est pour un truc, alors si vous avez comme moi pas mal de choses, vous revenez cinq jours d'affilée, ah oui c'est formidable ça. Je sais pas si vous y avez eu dans les gens qui ont, je sais même pas si j'avais marqué ça, enfin on m'avait peut-être pas posé la question.

M : Dans le questionnaire auquel vous aviez répondu *(en faisant référence au questionnaire du mémoire)* **? Non on posait pas cette question.**

PE : Ah c'est pas, j'ai mal au pied, à la tête, ça aussi c'est bien…

M : Est-ce que vous vous rappelez de la première impression que vous avez eu l'une de l'autre ?

PE : Alors moi j'ai eu l'impression comme si je la connaissais déjà, j'ai trouvé que ça passait *(souffle),* voilà c'était simple, c'était quelqu'un qui écoutait, qui voit les autres, voilà qui voit la personne qui est en face, hein ? Et avec tout le monde

Dr E : C'est marrant parce que…Moi la première impression, euh, les premières fois où vous êtes venue, j'avais l'impression que vous étiez effrayée, en fait.

PE : Oui, oui.

Dr E : C'est l'impression que j'avais.

PE : Oui, oui c'est vrai, vous l'avez vraiment ressenti, parce que « ça va être comment ? », même quand les gens disent que la personne est comme ça, ce médecin, moi j'avais l'impression limite d'aller à l'abattoir, voyez comment je ressentais la chose ? C'était d'une violence, j'ai fait un effort pour venir, parce que mon système moi m'allait bien comme ils faisaient, je mettais la carte, je payais, enfin la sécu payait mais j'ai travaillé avant j'ai participé aussi, hein, et mon ordonnance mise, ils m'ont pas vu pendant huit mois c'est pas le problème. Donc à la sortie, eux ça les arrange et moi ça m'arrangeaient ils cherchaient pas autre chose.

M : Oui donc la d'avoir un contact avec un médecin, vous effrayait quand même ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PE : Non, c'est eux qui m'ont rendu comme ça.

M : Oui non je ne dis pas le contraire...

PE : Donc après je me suis complètement…

M : …Et donc là le fait de venir voir un médecin, un nouveau médecin…

PE : Parce qu'aussi c'était une femme, hein, aussi. Parce que je me dis quand même elles comprennent plus de choses, hein moi je trouve. Elles sont déjà plus diplomates, certaines. Parce que celle que j'avais elle n'était pas diplomate. La première fois qu'on s'est vu c'était terrible. On s'est pris de, d'entrée elle a dit : « faudrait peut-être arrêter de bouffer *(en insistant sur le mot bouffer)* » et ben je suis un être humain, je bouffe pas déjà d'une ! Hein.

Vous vous rendez compte la première fois que je suis entrée dans le cabinet et c'était une femme, une jeune, hein, super, alors vous imaginez moi comme je me suis complètement recroquevillée, mais pas laissée faire. Aller dire que je bouffais, je bouffais, dire à quelqu'un que vous avez encore jamais vu, faudrait peut-être arrêter de bouffer. Ohh cte violence. Elle venait de s'installer, un cabinet nickel, chrome. Moi les cabinets j'en ai rien à faire, hein, c'est sûr c'est tout confort, on appuie sur un bouton, hein, tout confort mais l'humanité, zéro pointé hein, zéro. Tandis ce que là ça n'a rien à voir, tout de suite j'ai eu confiance moi quand je vous ai vu, j'ai senti que vous vous intéressez aux personnes, moi je trouve, voilà, même comment vous les regardez quand vous arrivez dans la salle d'attente on a envie d'aller vers vous on a envie de dire des choses. Moi y'a pleins de choses que j'ai jamais dites, je les dis qu'à vous. Parce qu'il y a quelque chose de… on se sent bien, voilà, on se sent écouté, on existe, hein. Parce que souvent dans le milieu hospitalier, ou toubi, c'est pas… quand on voit les reportages, j'en ai fait pas mal c'est un peu de la foutaise, tout le monde n'est pas comme ça hein. Mais moi j'ai pas rencontré, hein.

Dr E : C'est vrai que vous en plus y'avait la particularité au départ que vous avez énormément d'intolérance à pleins de médicaments…

PE : Hum.

Dr E : Et euh, du coup, vous êtes arrivé avec toute une liste, moi je me rappelle, ça je peux pas, ça je peux pas, ça je peux pas… C'était pas évident du coup…

PE :… J'ai un médicament, je prenais et euh ça me mettais dans un état d'angoisse, parce que des fois, souvent, je me retrouvais aux urgences, j'étouffais quoi, parce que ils cherchaient pas plus. Voyez il n'y a que vous qui m'avez fait faire les tests. Vous vous rendez compte depuis quand je suis allergique ? Y'en a pas un qui m'a fait faire quoique ce soit. Ils en avaient rien à faire et je me retrouvais aux urgences. Alors moi à chaque fois que je prenais un médicament, surtout les antibiotiques, j'étais super mal quoi, parce que non on me faisait pas faire d'examen.

(Sonnerie de téléphone portable dans le sac de la patiente)

….J'ai un grand sac ce qui fait qu'il n'y a pas de poches…

(Rires) chut c'est pas le moment je peux pas *(raccroche le téléphone).* Excusez-moi.

M : Donc oui la première impression c'était…

PE : C'était déjà parce que c'était aussi une femme, franchement ça aurait été un homme. Au cabinet où j'allais il y avait des hommes, hein et après il y a eu cte femme qui s'est installée donc j'allais euh avec des hommes depuis longtemps quoi médecin, et je suis arrivée à une période où j'ai pris ce poids c'était pas gérable pour moi, c'était hyper dur quand même, moi qui est toujours été entre guillemets « normale », hein, mince, donc on regarde différemment, on écoute déjà plus aussi, hein parce que là vous rentrez, je trouve, enfin, moi j'ai ressenti comme ça après peut-être d'autres personnes pas, euh, ils cherchent même pas à comprendre voyez, pourquoi d'un coup vous êtes passé de 60 et quelques kilos à bah j'étais là jusqu'à 140 quand même. Pour eux, c'est comme je vous ai expliqué, faudrait peut-être arrêter de bouffer. Avant

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

de me demander pourquoi je venais donc vous déjà whaou. Après elle s'est excusé le, parce que ce je lui ai sorti *(bruit avec la gorge*), elle l'a quand même bien pris dans les dents. Donc après elle s'est quand même excusé qu'elle avait été très maladroite. Elle démarrait, mais bon on peut démarrer autrement, elle s'est quand même pris ça dans les dents (*rires*) putain. C'était violent, et puis après j'ai continué longtemps avec elle, mais bon pff elle faisait tout ça, comme les autres médecins avant.

M : Maintenant comment tu pourrais décrire ta patiente actuellement, par rapport au début où tu disais qu'elle était effrayée… maintenant.

Dr E : Par rapport à la relation ?

PE : Comment je suis ? Je me sens plus ouverte, je me sens moins…, vous m'avez redonné confiance, moi je dis.

Dr E : Oui. Oui, c'est sûr que je vous trouve beaucoup plus épanouie…

PE : …Ah oui…

Dr E : …beaucoup plus joyeuse déjà

PE : …Déjà oui.

Dr E : Vous étiez un peu triste au début…

PE : …Et ben oui. Parce que j'avais l'impression que c'était tout de ma faute. J'étais une incapable, je ne pouvais pas me sortir de ça. Donc euh…

Dr E : …et en même temps vous saviez que c'était pas vrai… En vous il y avait une petite voix rebelle qui disait : « mais je ne suis pas ce qu'on veut me faire porter » c'était tout à fait ça.

PE : Tout à fait oui, oui c'est ça mais j'arrivais plus à me battre sur ça, c'était pour ça que j'y allais plus au toubi, ils me faisaient mes trucs, ça les arrangeaient, moi aussi, hein. Pourquoi faire y aller, parce que si j'avais mal à un endroit, ils s'en fichent alors de toute façon… Bah perdez votre poids et puis après vous serez, vous aurez mal nulle part. Donc ça s'arrêtait là l'échange.

M : Et vous par rapport à la première image que vous aviez du Dr E, est ce qu'il y a eu une évolution ? Actuellement comment vous la voyez, comment vous pouvez nous la décrire ?

PE : Ah bah c'est dieu, non, non c'est pas pour dire… Non je dis elle m'a redonné envie de revivre, voilà, elle m'a donné envie de me soigner parce que j'allais plus ni passer des radios ni faire quoique ce soit. Hein, j'aurais jamais été avant même au début à Z, hein ?

Dr E : Oui, oui c'est vrai

PE : Vous avez réussi, réussir à me faire envie de refaire confiance en la médecine, parce que j'en avais plus du tout, euh non pour moi je ne voulais plus rien passer ni aller à l'hôpital ni rien faire… *(Mot incompris)*

Donc voilà, j'ai repris, oui je me suis dit tiens j'ai une porte qui est ouverte encore et je vais… je peux m'y faufiler je suis pas fichue, quoi voilà, parce que je suis arrivée, bah pour moi c'était ça y'est bah tu as ça reste sur tes jours et…

M : Quels adjectifs, comment vous pourriez la décrire ?

PE : Bah c'est quelqu'un de super humain et qui est à l'écoute. Et je pense que les autres patients c'est obligé que c'est les mêmes choses. Voilà c'est quelqu'un qui prend le temps pour les autres qui écoute qui vous parle qui voilà

Dr E : Et moi par rapport à comment je vous trouve maintenant, bah je vous trouve très courageuse…

PE : Pff…

Dr E : Ah bah si, parce que vous avez fait un sacré chemin depuis quelques années.

PE : Si je vous avais pas rencontré je n'aurais pas fait ce chemin. Elle m'a donné envie, voilà comme dans la chanson, whou, je peux encore respirer je suis pas encore, je peux remonter voilà moi je l'ai ressenti comme ça comme un… *(Soupir de soulagement)* une bouffée d'oxygène.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

M : Et vous vous vous trouvez courageuse ?

PE : Non pas plus que les autres, comme tout le monde. Pour moi le courage c'est pas ça c'est d'autres choses plus importante. J'appelle pas ça du courage, le courage c'était plus que ça.

Dr E : Mais faut pas sous-estimer tout le travail que vous avez fait…

PE : Non.

Dr E : Regardez depuis ces six derniers mois.

PE : Non pour moi y'a autres choses dans la vie. Le courage c'est tous les gens qui vont aider qui vont faire des choses pleins de choses, qui changent complètement leurs vies pour d'autres, ça oui alors ça oui j'admire mais j'ai pas ce courage là (*rires*) je crois pas… je sais pas si je serais assez solide pour supporter toutes ces horreurs aussi il faut hein quand même ?

M : Est-ce qu'il y a eu des évènements marquants dans l'histoire de votre relation ?

PE : Bah moi je trouve souvent, hein, souvent…

M : Comme quoi ? Est ce qu'il y en a un qui vous vient en tête ?

PE : Bah déjà le poids ça a été quelque chose de… jamais vous avez eu un mot dur, jamais quelque chose d'humiliant de… voilà jamais j'ai éprouvé de…que je ressente la honte du corps que j'avais du j'ai jamais éprouvé cte chose avec vous, même quand j'étais super forte, jamais ça et puis les autres dans le regard il y avait du dégout, du mépris toutes ces choses-là et c'est lourd parce que ça je le côtoyais tous les jours parce que les gens non, si vous êtes quand même, je pense pas être la seule forte de vos patientes. Si elles parlent avec vous je pense qu'elles ont aussi même si le regard parfois dit encore plus que les paroles, hein, donc j'ai jamais vu ça jamais. Jamais je me suis sentie, au début j'osais pas me déshabiller.

Dr E : Oui.

PE : Vous vous rappelez un peu ?

Dr E : Oui.

PE : Oh là, la, là c'était l'horreur *(rires)* c'était …

M : Au début, vous vous laissiez pas examiner ?

PE : Non. Oui mais elle m'a pas. Elle faisait comme ça voyez (*en palpant son ventre par-dessus les vêtements*). Pas violenté hein ? Et petit à petit moi j'ai lâché prise, parce que j'ai fait confiance parce que je me sentais pas jugé sur tout ça quoi et après vous pouviez avoir quelqu'un avec vous… il y a eu un moment mais…

Dr E : …Oui…

PE : …Vous m'avez petit à petit, oui, j'avais confiance au départ mais j'avais encore ce carcan pour me oui me déshabiller. Je suis pas une hystérique euh de me balader à poil dans les rues non plus *(rires des deux)* y'a quand même l'image hein j'étais pas comme ça avant mais oui, oui maintenant il peut y avoir, voyez. Peut-être que il y a 3 ans, même pas ça fait quoi maintenant 2 ans, 1an et demi ? Que je suis vraiment ouverte ou il peut y avoir quelqu'un ? Je me rends même pas compte du temps…

Dr E : Eh ben le premier interne c'était il y a un an.

PE : Oui.

Dr E : Oui.

PE : Et au début je demandais bien si il y était et puis après je l'ai fait ça me gênait pas.

M : Après ça vous gênez plus…

PE : Bah lui, c'était pas de parler devant lui, mais si j'étais si il faut un peu se déshabiller, c'est vrai que j'avais quand même une petite gêne d'avoir un jeune qui voit… oui, oui ça c'est quand même quelque chose qui me, m'a toujours été lourd ça quand même. Mais j'arrivais à y affronter quoi. Donc euh au début non c'était pas possible ?

Dr E : et puis même d'aller voir des spécialistes au début, c'était pas possible.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PE : Oui, oui c'était impossible

Dr E : Pour la même raison…

PE : Pour ça et le contact avec eux. Y'avait ça y'avait pas que ce côté-là, non, non, non, non. J'avais plus confiance oui, j'avais plus confiance en eux. J'en voyais pas l'utilité de toute façon j'allais y aller pour rien comme toutes les autres fois.

Dr E : Oui c'est ce que vous me disiez. A quoi ça va servir…

PE : A rien parce qu'ils vont me dire de perdre du poids et vous aurez plus rien. Tout était fini, je repartais.

M : Et à quel moment ça a basculé ? Au fur et à mesure de la relation ?

PE : Oui, oui, pour ça oui ça s'est fait petit à petit. Oui.

M : Et puis après vous avez pu aller retourner voir des spécialistes ?

PE : J'ai repris confiance parce qu'elle m'a redonné confiance dans la médecine, dans moi, surtout aussi hein et euh et c'est vrai que je suis tombée sur, vous m'avez aiguillée vers des personnes qui sont super bien quoi.

Dr E : Oui on a eu de la chance de trouver…

PE : …Qui sont…

Dr E : …Des spécialistes…

PE : …Et voilà, qui sont aussi à l'écoute qui ont été super, bon j'ai pas été comme j'avais été dans d'autres hôpitaux quoi et là wha super quand même j'existais, il voyait pas entre parenthèse c'est peut-être tout lié au poids moi mais c'est pas cata quoi c'est un être humain qu'ils voient. Et je trouve que dans la médecine, y'a du boulot à faire quand même là-dedans, parce que le personnel, je sais pas bien qu'il a pas le temps mais on peut faire, amener du bien en quelques secondes, il faut une fraction de seconde et y'a pas besoin de prendre de temps, hein, en même temps qu'on fait de…, non ? Parce que souvent on dit on a plus le temps d'être humain euh on peut être humain une fraction de seconde, rien d'autre, ça fait du bien à l'autre, y'a pas besoin de d'avoir un quart d'heure de plus pour avoir un peu d'humanité, enfin bon juste pour moi. Parce que ça c'est facile de dire ça, on n'a pas le temps, on a plus le temps, mais il y a des personnes qui font vite et ils peuvent le faire hein quand même, on peut faire les deux en même temps non ?

(Sonnerie du téléphone de la patiente)

Oh mais c'est pas possible ! *(rires du docteur E).* Je vais être obligé de l'éteindre complètement. Ils sont tenaces. Voyez, on me laisse jamais respirer. Pff *(soupir d'agacement)* Allez je l'éteins… Allez j'ai encore un trou, je sais plus éteindre mon portable, quelle buse ! Moi le stress ça me fait ça.

M : Vous stressez ?

PE : Pas d'être avec vous, mais je suis stressée en ce moment donc ça a rien à voir avec vous. Non, non là je me sens à l'aise, je me sens pas… Bon j'ai coupé.

Observateur (O) : Et vous c'est ce que vous ressentez aussi cette évolution par rapport au rapport au corps aussi, au contact, vous l'aviez ressenti ça aussi ?

Dr E : Oui il y avait ça, comme barrière de départ, de l'impossibilité à examiner et puis y'avait toutes ces intolérances médicamenteuses qui étaient très compliquées à gérer, parce que vous aviez beaucoup de douleur et…

PE :… Bah je fais de la fibromyalgie.

Dr E : Avec un arsenal thérapeutique très, très restreint parce que, il y a pratiquement aucun médicament qui n'a pas effet secondaire très pénible…

PE :…Ils me laissaient avec ma toute souffrance, ma fibromyalgie c'est à mourir…

Dr E : Parce que y'a des allergies, des vraies allergies et puis y'a des intolérances du coup on était obligé de naviguer avec ça.

PE : Oui c'est pas évident.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr E : Et c'est vrai que tu m'avais demandé la dernière fois dans la relation médecin malade, qu'est ce qui me semblait important, moi je pars du principe, si vous voulez que, moi j'apporte une expertise médicale, euh mais le patient il vient aussi avec sa propre expertise, vous l'êtes l'expert de votre propre corps…de votre propre vie…

PE : …Bah on voit bien qui qui.

Dr E : Et il faut confronter ces deux expertises pour arriver à quelque chose quoi.

PE : C'est du boulot aussi, c'est pas facile, hein.

Dr E : Et si on prend pas en compte toute cette expertise qu'ils ont de leur propre vie, de leur propre, de comment leur corps il réagit aux choses, eh ben on y arrive pas quoi.

PE : Ouais mais faut avoir envie de le faire parce que bien souvent ils ont pas envie d'y faire tout ça.

Dr E : Mais ce que je veux dire c'est que moi j'ai des connaissances purement médicales mais vous vous avez la connaissance de vous-même…

PE : …Bah oui oui d'accord.

Dr E : Et il faut qu'on se rejoigne…

PE : …Oui mais les autres ils avaient la même chose, au début j'ai parlé j'ai fait et après quand il y a rien en face, vous faites quoi ça sert à quoi,… ça sert à perdre son énergie, le peu qu'il restait, je vois plus l'utilité parce que…

M : Oui vous avez des mauvaises expériences sur ça.

PE : Ben depuis des années quand même, même quand j'étais déjà mince. Mais bon c'est plus facile quand même, il faut quand même être franche vous allez voir un toubi, il est comme même un peu plus sympathique, franchement ça jouera toujours ça. C'est obligé.

Dr E : C'est l'impression que vous avez ?

PE : Oh mais c'est pas une impression c'est tout le monde, quelqu'un qui…, ça compte le premier regard, c'est ça quand même faut dire, après on va essayer d'aller plus loin de voir, mais souvent les gens c'est la première impression, le, on va plus vers quelqu'un quand même c'est vrai qui oui je dis toujours « à peu près » que quelqu'un qui…oui moi je trouve quand même, ça a toujours existé et ça existera toujours. Ils ont beau dire que c'est pas l'ensemble. Ils vont directement chercher bah tiens, alors ça c'est des beaux menteurs faut arrêter. Et moi peut-être la première je fais ça. Euh non je fais pas ça. *(Rires de toutes.)* Non non moi je fais pas comme ça c'est pas possible

M : Et est-ce que vous pensez à d'autres évènements qui ont pu marquer votre relation, je sais pas…

PE : C'était tout le temps chaque fois il y avait un petit quelque chose

M : Et qui modifiait l'image que vous aviez du médecin ?

PE : Du médecin oui

M : Ça vous modifiait l'image ?

PE : Ah non sur l'image, pour moi elle était d'entrée. Là d'entrée j'ai dit ça y'est c'est bon. Moi c'est tout de suite ça a été ça, enfin, j'ai quelqu'un qui est là et qui va m'écouter. Et tout de suite, je me suis dit, là je vais y arriver. Voilà, il a fallu du temps mais moi, ma première image ça a été ça, ça y'est, enfin.

M : Un soulagement ?

PE : Tout à fait, moi ça a été comme ça ma première visite,

M : Et ensuite au cours de votre relation ?

PE : Bah c'était à chaque fois il y a quelque chose qui…

M : …Qui vous aidait ?

PE : Mmh. Mmh

M : Mais qui ne modifiait pas l'image que vous aviez du docteur E ?

PE : Non je l'ai eu tout de suite ça.

M : Ok.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PE : Tout de suite je savais toutes ces choses, je savais, j'ai ressenti ça moi tout de suite, tout de suite, cte personne je l'ai apprécié tout de suite, je l'ai apprécié autant les premiers jours où je l'ai vu et là tout de suite oui je savais que là cte fois, j'avais… Oui j'avais trouvé pour moi un médecin, pour moi ce que c'est qu'un médecin. Voilà…

M : Et inversement, est ce qu'il y a eu…en fonction des évènements qui se sont passés dans votre relation ?

Dr E : Les choses se sont faites… Oui oui moi l'image elle s'est modifié petit à petit, euh, moi vous, j'ai découvert beaucoup de vos qualités petit à petit en fait, parce qu'au départ quand vous étiez, je vous sentais effrayée et beaucoup sur la défensive [PE : Bah oui.] et euh du coup vous aviez du mal à vous déshabiller physiquement mais même euh à montrer qui vous étiez sans parler du corps physique, à montrer la personne que vous êtes c'était difficile au début je trouvais. [PE : ah ouais ?] Pas que je veuille absolument que vous vous déshabillez.

PE : Non, non mais moi c'est même pas ça que je pensais.

Dr E : Je veux dire c'est, j'ai découvert…

PE : Ah bon moi je croyais que j'étais toujours quelqu'un de très, qui était justement facile.

Dr E : Moi j'ai découvert certaines de vos qualités, petit à petit, car vous avez quand même traversé des moments de douleurs effroyables, quand vous avez fait vos crampes là, c'était quand même pas simple.

PE : Ah ça c'est rien, y'a eu pire, *(rires)*, certes elles sont horribles mais y'a autres choses dans la vie, au fer rouge. *(Rires)*

Dr E : Et donc euh voilà ça j'ai découvert petit à petit que malgré toutes ces difficultés, y'avait quand même.

M : Vous la trouvez courageuse ?

Dr E : Oui.

PE : Oui mais peut-être je me dis que si j'avais pas eu docteur E sincèrement, je ne sais pas si j'aurais le courage d'aller aussi loin, franchement, parce que j'ai eu là les six mois là où c'était, l'année dernière, de septembre à janvier, j'ai cru que j'étais fini, et moi vivre comme ça je sais très bien je ne veux pas, je ne serais pas comme ça, je ferais quand je voudrais et à l'heure que je voudrais ça on m'empêchera jamais de faire ces choses-là, ça c'est ma liberté à moi et personne ne me la prendra, hein c'est clair c'est net ce truc-là. Sincèrement les six mois que j'ai passé, je me demande, voyez je me pose la question, parce que déjà, je me la posais pendant les six mois, si je continuais, hein, donc il y a eu déjà mon petit-fils, déjà bon t'as pas le droit, c'est surtout qu'il vit, qu'il est tout le temps avec moi quoi. Bon il vit pas avec moi mais ses parents le reprennent le soir, quand c'est les vacances il couche à la maison, je parle moins du grand car maintenant il a quinze ans donc… mais même à quatorze ans vous savez ce que ça peut donner donc il vient manger dans la semaine et puis après ben c'est normal, il fait sa vie, quoi c'est plus... Tandis que celui qui a huit ans…Donc ça ça m'a déjà quand même obligé. Mais j'en étais arrivé à un stade où je me demande si j'avais pas eu aussi votre soutien, si j'aurais quand même tenu, je me la pose vraiment la question

Dr E : C'est vraiment aussi l'hospitalisation à X aussi, ça vous a…

PE : Oui mais en janvier.

Dr E : Ça vous a bien reposé.

PE : Oui, elle m'a aidé, mais j'ai quand même tenu de septembre à janvier. J'ai cru que c'était fini c'était intolérable. Euh par contre, je ne pense pas que j'arriverai à resupporter ça. Que quand ça arrive.

M : Les crampes c'est ça ?

PE : La fibromyalgie, les crampes de partout quoi, ça peut être dans les mains, voyez hier c'était toutes les mains hier, tout se bloquait d'un seul coup j'avais des cochères. En ce moment mais voyez il y a quand même beaucoup quand je fais beaucoup de choses, le stress compte quand même là-dedans je crois parce que voyez l'année dernière je gardais aussi mon, mes petits-enfants tout ça, je l'ai fait en septembre, c'était quand

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

même fatiguant, surtout que moi je veux pas qu'ils passent leurs journées à rien faire. Ni devant la télé donc tous les jours, j'organise un truc donc… j'ai amené des bouquins mais j'ai pas le temps de le lire… tout neuf… Mais oui franchement, ça m'a… parce que vous m'avez aidé moralement quand même et puis regardez quand vous veniez faire la piqure, j'avais le droit à un petit moment de *(soupir de relâchement)*

Dr E : Parce que des fois elle a tellement des crampes insupportables que j'allais à domicile faire une injection…

PE : J'ai passé des nuits assise sur ma chaise, je ne pouvais plus mettre de chaussettes dès que je me penchais la crampe arrivait c'était atroce, je ne pouvais pas sortir du lit, je pouvais pas c'était… Ah ça été d'une violence, ça quand dans la nuit je suis réveillée par un début je peux pas vous expliquer… *(Souffle)* je repense à ces moments-là, je me dis ha, et puis je m'agrippe, j'ai une armoire, comme avant-hier, je me suis réveillée dans la nuit. Ça démarre toujours entre les jambes là et vous la sentez bien monter monter et vous on peut plus se redresser donc je me tiens à l'armoire et je fais un effort surhumain pour supporter la douleur car quand vous partez en arrière vous arrivez à détendre la… Mais alors faut y arriver je vous dis franchement… c'est… rien que d'en parler mais oui toute seule je sais pas si j'aurais… et bon si j'aurais réussi à assumer ce truc parce que dans ma tête c'est passé un paquet de fois de dire aller hop, lâche prise, la cte fois c'est bon là t'as donné. Ces douleurs, c'est chaud… Mais maintenant, bah j'ai trouvé le truc, ouais, et ben je le ferai maintenant, je re souffrirais pas comme ça je me prendrais des sacrés doses de décontractants, eh ben je suis franche alors là je m'en fiche, j'en prends trois et je dors toute la journée. Vous avez tout détendu je ne repasserais pas par là. C'est marrant j'y avais pas pensé à ce truc faut le faire quand même, parce que ça ça m'a vraiment soulagé le jour où vous m'avez donné le cachet là… les muscles ça les a quand même…Donc moi j'espère que vous resterez toujours dans la région parce que je m'en fous j'irais faire trente bornes, j'irais, je vous lâche plus, ah non je me sens pas…

M : Donc il y a eu cet évènement de septembre à janvier, cette période-là et ensuite est –ce qu'il y a eu d'autres évènements qui ont un peu modifié l'image ?

Dr E : Ben moi je vous ai trouvé changé quand vous êtes sortie de l'hôpital…

PE : … Oui parce que je vous ai dit, là j'ai vu des médecins…

Dr E : Y'a une porte qui s'est ouverte…

PE : … Oui complètement, parce qu'ils m'ont tous écouté et ils avaient des réponses et ils ont donné des traitements donc je me dis c'est quand même pas toi qui est complètement… euh qui n'arrive à rien quoi

Dr E : Elle était dans un service d'endoc à X où ils sont spécialisés justement sur les personnes euh en surpoids donc il y a une équipe pluridisciplinaire et c'est ça qui était vraiment…

PE : … et j'ai vu un neurologue, allergologue, hein et eux c'est la première fois de ma vie que j'en voyais quand même hein, faut le faire. Parce que ça on m'avait jamais proposé et eux d'entrée, ben voilà, ça vous avez ça c'est du à … sur le coup ils m'ont enlevé je trouve beaucoup de choses, hein ?

Dr E : Oui.

PE : Parce que j'ai l'impression que c'était limite moi qui me mettais euh qui fabriquais tout ça. Enfin je sais qu'on fabrique, hein, pleins de choses par le vécu, par vos pensées, par plein de choses aussi, mais quand même, quand même… et là c'est pareil j'ai trouvé une équipe qui ouais super. Le neurologue je l'ai trouvé extraordinaire, il est venu me voir l'autre visite alors qu'il n'y avait pas lieu, voyez il vient à chaque fois, il vient papoter avec moi, on parle de pleins de choses aussi, et en même temps on parle de ça, de la maladie aussi, voyez, donc je dis bah quittez son… pour venir parler avec moi… pour voir comment ça va, ben c'est vrai que ça fait du bien. Ça fait du bien tout ça. Par contre j'ai jamais pu aller aux deux visites, j'y vais pas avant le mois de novembre, les deux fois, euh je pouvais pas y aller. Donc je leur ai indiqué le poids que

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

j'avais perdu, j'ai tout fait noter, le pourquoi je ne pouvais pas y aller et c'est super parce que cte femme que j'aimais pas. Y'avait qu'une personne avec qui ça passait pas, Dr Z, et elle quitte X donc c'est un autre médecin qui est déjà là-bas depuis longtemps qu'on va me donner. Donc ça ira très bien, elle a fait exprès pour pas que je voilà *(rires).* Elle me braquait d'entrée et moi faut pas me braquer. On me braque je me referme et … non c'est cette personne qui y est arrivée, elle m'a dit que j'étais diabétique. Alors que lundi, elle me dit : « tout va bien. » Elle rentre dans la chambre : « vous êtes diabétique » « vous allez pas me dire que vous me passez à la piqure hein *(crrr crr).* Ça a été quand même un moment, ça m'a quand même… Après pareil elle s'est rendu compte qu'elle avait été trop… trop directe. Il y a des gens qui peuvent entendre tout d'un coup, tout de suite quoi mais il y a la manière de le dire. Là c'est pareil y'avait pas d'humanité là-dedans, voyez ce que je veux dire ? Le dossier, bon bah vous allez rentrer, elle est même pas allée jusqu'à moi, y'avait l'interne à côté. Bon bah vous êtes diabétique…Faudrait peut-être arrêter avec tout, le sucre, toutes ces choses… Qu'est-ce qu'il y a encore *(dans un soupir).* Donc ça me va très bien. Après elle s'est rendue compte parce qu'elle est revenue, elle était bien embêtée après. Elle s'attendait pas à ce que j'ai une réaction. Ça m'a... J'étais enfermée dans la salle de bain j'arrivais plus à sortir… Donc là j'y vais au mois de novembre pour voir *(soupir)* si j'ai réussi à maigrir, oui mais je leur dis pas de mensonges, j'y vais, il n'y a pas de souci. Parce qu'ils disent qu'il y a le suivi ils appellent jamais non plus. Remarque, ils vont pas appeler chaque patient. Euh on a le numéro, s'il y a quelque chose qui va pas, on appelle et comme moi c'est pas mon truc. J'arrive à faire par moi, mais oui l'hôpital oui oui tout à fait, tout à fait ça a changé des choses énormément. Et puis j'ai vu des cas lourds…

Dr E : …Oui le fait de voir les autres patients…

PE : …et je les ai dans *(en montrant sa tête)* et je l'ai ai bien là c'est bien imprimé, c'était violent, ça m'a fait une peine *(en accentuant sur le mot peine)* pour eux. Ah ouais, ça c'est quelque chose de très lourd, tout ce que j'ai vu là-bas. Quand j'attendais par exemple dans la salle d'attente pour aller passer les radios ou faire d'autres choses pff *(soupir)* purée, on se dit qu'est-ce qu'on est bien, hein. Et c'est vrai que ça a été violent, bénéfique mais violent, le séjour, oui, oui, oui, oui.

O : Et pour vous qu'est-ce que vous avez vu qui a changé exactement? *(en s'adressant au docteur E)*

PE : Et ben pourquoi, j'ai réussi à changer pleins de choses, pourquoi, c'est peut-être le fait d'avoir vu tous ces gens dans la détresse, dans la souffrance, je sais pas même moi je sais…

Dr E : … Y 'a eu un déclic.

PE : Y'a eu un déclic, parce que je mangeais pas plus, j'avais un blocage.

Dr E : Et puis il y a eu un déclic sur le fait que vous vouliez absolument changer quelque chose dans votre vie et y'a eu un déclic aussi sur, ils vous ont donné quand même des outils.

PE : Pleins d'outils exactement.

Dr E : Sur comment changer les choses en pratique.

PE : Mais je les connaissais toutes par cœur mais je les mettais pas, je pouvais pas, je pouvais pas. Tout ce que… ils m'apprennent, on les connait depuis belle lurette. Parce que même quand j'étais tout menue, j'ai passé ma vie à faire des régimes, au printemps, après les fêtes, fin le truc classique, alors qu'à l'époque c'est vrai qu'est-ce qu'il y avait à perdre. *(Rires des deux).* Je savais pas ce qu'il m'attendait. Là oui c'est autre chose. Mais je suis contente parce que ça part quand même.

Dr E : Hum.

PE : Donc oui c'est parce que je suis tombée sur toute une équipe, eux ils sont bien, voilà, c'est pas juste un truc à fric, parce que je trouve que souvent maintenant dans tous ces cabinets c'est fric, voilà c'est fric, on a tant de patients, faut que ça rapporte tant, faut

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

pas que ça dépasse plus, à 18h30 c'est fini, euh le samedi, on peut aller hein… et on a l'impression vraiment que chaque fois que vous arrivez il y a le nouveau truc, tout juste si et moi c'est pas ce que je recherche. Tout ça je m'en fiche moi.

O : Madame parlait que ça avait vraiment ouvert les portes cette hospitalisation, vous vous l'avez ressenti aussi de votre côté *(en s'adressant au docteur E),* **qu'il y avait quelque chose qui avait changé ?**

PE : Oui oui ça m'a redonné envie de v…, c'est peut-être fort ce que je vais dire, mais j'ai vu qu'il y avait quand même aussi là encore… j'étais pas fichue quoi

Dr E : …Oui oui vous vous êtes approprié les choses à ce moment-là…

PE : Voilà j'étais pas, pour moi j'étais fichue et moi vivre comme ça

M : Alors actrice de ça ?

(Les deux en même temps)

PE : Oui, j'y arrivais pas, je me battais

Dr E :…Et puis toute la période d'avant, oui on avait vraiment l'impression que vous étiez face à des portes fermées.

PE : Mais je pouvais plus, oui tout fermait.

Dr E : Et vous aviez pas forcément le…

PE : Pour moi j'avais fini.

Dr E : Oui c'est vrai…

PE : …Et les six mois que j'ai passé pour moi c'était fini donc pour moi c'était impossible de vivre comme ça je ne vivrai jamais comme ça je suis sûre de ça. Moi je, non c'est pas vivre ça. Plus rien faire, être assis, la télé, tenir le bouquin ça arrivait à être épuisant.

Dr E : Non mais du coup, ouais vous avez quand même réussi à mettre en œuvre des choses que j'aurais pas cru par exemple l'appareillage, les apnées du sommeil.

PE : Bah oui j'ai dit faut y'a…

Dr E : Ca ça fait quelques mois.

PE : En décembre.

Dr E : Y'a énormément de gens pour qui c'est insupportable…

PE : …Avant, avant mais c'est pénible… C'est très lourd.

Dr E : Et qui essayent et qui abandonnent, parce que c'est trop lourd…

PE : …Bah c'est lourd hein, je vous dis pas que…

Dr E : …Et c'est là que je, moi, vous m'avez surprise parce que vous vous êtes vraiment approprié ce truc tout de suite quoi…

PE : Oui mais il fallait y passer, je savais qu'il fallait passer par là.

Dr E : Oui.

PE : Mais y'avait pas le choix. Y'arrive à un moment comme je vous dis, vous êtes au fond, c'est ou vous lâchez complétement prise ou y'a encore un petit espoir et on remonte hein et là j'ai eu ça parce que ça c'est au moins. Parce que la pareil, vous m'avez envoyé voir le pneumologue, chose que j'ai jamais vu de ma vie et lui il a vu que je faisais des apnées, pareil si vous m'aviez pas envoyé là-bas, je serais peut-être pas avec l'appareil, j'en serais peut-être pas là, hein ?

Dr E : Hum.

PE : Et lui bah pareil, il a été super, un bon médecin, à l'hôpital, voilà. Vous m'avez fait voir des médecins, pour moi c'est des… ils sont humains ceux-là.

Dr E : Hum, hum.

PE : Hein, voyez ce que je veux, je m'exprime peut-être mal mais…

M : Non, non on comprend bien

(Rires)

PE : Voilà, ouais, ouais, mais je ramène toujours à ça mais, y'a pas que le médicament à prescrire, hein, des fois ça fait plus de bien de…, je sais pas comment on vous apprend mais, ça en fait vachement parti ça…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr E : C'est ça que j'aime bien des fois avec vous, vous me racontez des fois ce qui s'est mal passé

PE : Ouais

Dr E : Euh par exemple l'endocrino là qui arrive là et qui vous dis que vous avez du diabète… Ce que j'aime bien c'est que vous avez toujours ce regard très critique et très pertinent et je me dis mon dieu mais qu'est-ce qu'on peut être mauvais nous médecin des fois ça, mais qu'est-ce qu'on peut être maladroit

PE : Bah oui la preuve, … après

M : Sans forcément s'en rendre compte…

PE : Le soir j'étais dans le couloir j'étais vers elle parce que j'ai vu qu'elle était quand même embêté. Elle a dit « Ouh la, la, là j'ai pas dû m'y prendre comme il faut ». Ça peut arriver je sais pas ce qu'elle avait été voir avant, euh la personne qu'elle a eu avant ou même ce qui se passe en elle, hein, je voyais qu'elle faisait quand même pas très à l'aise donc j'y suis allée et là, bon ben je lui ai parlé que voilà oui, parce qu'elle elle était vraiment, j'ai vu qu'elle était vraiment, elle était dans le couloir tout juste si elle osait me regarder, la pauvre. Donc je me suis dit, j'y vais.

Dr E : Vous lui avez appris quelque chose ce jour-là.

PE : J'y vais, je suis allée vers elle et je lui ai dit pourquoi je j'ai plus pu parler, je suis restée longtemps sans pouvoir parler. Ah oui, oui ça m'avait tellement choqué parce que cte fois. J'me dis ça y'est je suis complètement au fond encore un coup.

Dr E : Je vais mourir quoi.

PE : Sans non moi je pense même pas ça moi dans ces moments-là, non même pas, même si je dis ça y'est je suis complètement au fond, pas pour ça pour d'autres choses mais pas à ce moment-là, j'ai pas eu du tout ça, je me suis dit ça y'est je suis encore cuite, oui pour moi c'est le mot, t'es pourrie complètement, toi t'es vraiment raz les pâquerettes, quoi, t'essaye de, d'évoluer et chaque fois on t'ramène en plein. Et j'ai donc pas pu parler quand même pendant longtemps, deux bonnes heures, y'a rien qui pouvait sortir. Je crois que c'est la première fois y'a rien qui sortait et je ne pouvais pas leur parler à qui que ce soit donc ils ont vu que là… Ils se sont réunis et ils ont vu que y'avait vraiment eu un et après bah je leur ai expliqué que bon bah elle, ça peut arriver je voulais pas qu'elle est quoi que ce soit, ni d'ennuis, ni… parce que j'ai eu cte réaction euh pff.

M : En fait elle avait fait une erreur ?

PE : C'est grave quand même, bah oui parce que après quand je suis allée lui parler, que j'ai vu qu'elle osait pas me regarder et qui en avait parlé aux autres médecins parce que, on est venu me parler derrière la porte, hein. Eh bien moi je voulais pas qu'elle rentre avec ce… chez elle avec, je peux pas tout lui mettre sur le dos aussi, la pauvre, euh je peux pas toujours, ça aurait été peut-être une autre personne elle aurait pas réagi comme ça, moi je réagissais comme ça, avec mon vécu, avec mon passé donc je peux pas tout, elle m'a dit oui, oui, là j'ai été… oui oui.

Vous rentrez, à côté de la porte, bon ben, diabétique. Pardon, y 'avait une autre dame, la dame oui, *(rires)* moi j'imaginais pas, et puis je suis pas encore diabétique. Surtout que la veille, là-bas y'avait une réunion, une conférence sur le diabète, donc euh je vais lui demander si je peux y aller. Elle me dit vous pouvez y aller mais vous avez rien à voir avec ça vous mais moi ça m'intéresse quand même autant être là-bas et puis que ça serve à quelque chose. Donc j'y ai été ils étaient tous bien diabétique dans un état bien, alors j'me disais alors toi non, ça va te booster, hein ça ; Ah non je vais pas en arriver là… Les pauvres c'est quand même lourd hein. Et le lendemain elle me dit ça et après elle fait mais je lui dis, c'est après qu'on a discuté, je lui dis mais c'est à vous que j'ai demandé si j'avais le droit. Elle m'a dit vous aviez pas à y aller. Mais c'est vous, je vous ai demandé la permission si j'avais le droit d'aller à cte conférence. Donc après bon ben.

Dr E : Finalement ça a été peut-être un mal pour un bien.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PE : Oui parce qu'ils ont fait tous les, le tableau, la vie qu'ils ont aussi difficile.

Dr E : C'est ça dont je me rappelle. Vous êtes revenues traumatisé sur le moment ; Le premier truc que vous m'avez dit quand vous êtes sortie de l'hôpital c'est : je suis diabétique ça y'est c'est foutu.

PE : Et la vie qu'ils ont difficiles… C'est quand même lourd tout ça. Mon dieu, ils sont jeunes, y'a des jeunes, des anciens des… Eh ben ils sont courageux quand même. Donc moi j'arrive, ca y'est, j'étais carrément cte fois, allez hop, j'étais ici quoi, j'étais près du bord et hop je suis passée dessous, en une fraction de seconde. Donc je me suis retrouvée toute la conférence dans le nez, avec les schémas, toutes les choses à faire à pas faire, la piqure, le… han, ah j'ai dit, moi qui n'aime pas les contraintes, mais j'arriverai jamais à tenir. J'dis. Donc je crois que c'était un mélange de tout. Ça devait être le moment.

Dr E : Oui vous étiez prête aussi.

PE : Voilà, j'étais ouverte à toutes ces choses je pense. Donc oui j'ai retrouvé, oui l'envie de, oui d'aller passer des examens, de faire, de faire attention, de faire les choses qui faut, d'aller au fond, même si c'est hyper dur, faut tout le temps se donner un coup de pied pour se dire allez hop on continue. Parce que c'est fatiguant quand même.

Dr E : Hum

PE : Si c'est vrai. Je fais à manger, moi je faisais pas à manger, hein.

O : Tout ce que raconte votre patiente c'est des trucs que vous savez déjà ? Vous avez un retour comme ça des évènements…

PE : …Ah bah surement car j'ai toujours parlé ouvertement.

Dr E : Hum.

PE : Donc euh je crois pas que vous ayez appris grand-chose aujourd'hui.

Dr E : Si, je savais pas que vous aviez vécu…la Guadeloupe ou la Réunion vous avez dit quoi, la Guadeloupe.

PE : Oui, en Guadeloupe, oui.

Dr E : Ça je savais pas.

(Rires)

PE : J'aimais bien, c'était super sauvage à l'époque j'adorais. *(Rires)* Ça m'allait bien moi tout ça *(rires),* j'aimais bien ouais, hum

M : Et vous il y a des choses que vous avez découvertes? Par rapport à Dr E, des choses dont, qu'elle a dit ou… durant l'entretien. En vous décrivant ou en vous…

PE : Bah je pensais pas que j'étais tant fermée, peut-être, et euh ouais, j'ai cru qu'avec vous j'avais été ouverte *(sonnerie du téléphone portable de la patiente).* Mais c'est pas possible. Ils sont gentils mais quand même…

Dr E : Je parlais du tout tout début quand je dis ça.

PE : Ouais, ouais, j'ai pas eu.

M : Et du courage.

PE : pff, moi j'appelle pas ça, je ressens pas à ça comme.

M : Vous êtes pas d'accord sur ça.

PE : Non, non moi je ne suis pas d'accord, du courage c'est plus, c'est pas ça du courage, moi je dis plus du caractère c'est tout, pas du courage, du courage c'est autre chose.

Dr E : Vous m'enlèverez pas mon idée *(rires)*

PE : Pour moi le courage c'est plus fort, moi j'appelle ça du caractère

Dr E : Si si parce que franchement là ce que vous avez fait depuis quelques mois,

PE : Tout le monde y fait…

Dr E : Bah non.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PE : Non le courage c'est quand j'aurais réussi à dépasser ces trois chiffres, c'est long, hein, ffffou, purée, bah ce jour-là dis don, je sais pas ce que je vais faire mais je me ferais plaisir *(rires).* J'irais m'acheter, je sais pas, un vêtement ou des bouquins ou quelque chose encore *(rires)* Mais ah c'est long hein ceux-là, whaa ça j'ai l'impression de faire un palier là. Mais bon je lâche prise.

Dr E : Oui mais il faut, il faut que ce soit progressif.

PE : Non mais je lâche prise, mais je suis pas obnubilée, je me pèse que chez vous. Ya qu'une fois j'ai pas réussi à tenir y avait une balance chez une amie donc je suis partie en douce, j'ai été me peser. Bah je dis tu fais un palier tu es à ce poids donc pour moi je fais un palier parce que c'est bien ce que j'ai écrit sur mon carnet, en tout petit caché *(en chuchotant) (rires de docteur E)*

PE : Et puis après je vais tout effacer qu'on y retrouve jamais. Je veux pas. Je le dis déjà même pas à ma fille. Donc euh.

Dr E : Mmh

PE : Pour moi c'est ouais.

M : Est-ce que vous avez des choses à ajouter, des choses que vous auriez voulu dire ?

PE : Bah sauf si vous avez des questions, moi non, qu'est-ce que je peux dire de plus ?

M : Docteur E, si il y a autre chose ?

PE : J'ai dit, euh, ouais c'est quelqu'un de disponible, d'ouvert, d'humaine, qui juge pas, qui a pas de regard méprisant jamais, qui est douce, je peux dire que des choses positives. Vous peut-être moins…

Dr E : Moi je…

PE : Moi j'aime bien car elle a pas un cabinet, qui vous en met pas plein la vue, au moins elle prend le temps, voilà, on vient chez elle, bon, on peut des fois peut-être attendre une demi-heure, voilà vous êtes pas limite le ticket, quoi, voyez.

Dr E : Moi je voudrais vous remercier…

PE : … Et puis il y a toute la clientèle. Je trouve d'avoir le courage aussi et parce que c'est lourd tous ces patients, oui on est lourd quand même, j'dis, entre guillemets. Elle a pas choisi le plus facile et ça moi je trouve ça admirable de oui, de s'installer là et de voir tous ces gens, euh on a tous besoin de…, car elle fait beaucoup de social aussi quand même, ça va avec, chose qui il y plus chez, qu'il n'y a plus beaucoup quand même je sais pas ce que donnera…Mais ça manque énormément ça quand même. Ouais, moi je trouve alors des fois il démarre, moi j'ai eu plusieurs cas comme ça. Il démarre super hein et au bout de trois ans, oui oui à peu près moi je dis, pas plus de trois ans, il déménage, ils vont dans des quartiers, autrement on a pas du tout la même clientèle et eux ils ont plus du tout le même rapport, hein souvent j'espère que vous allez tenir vous, parce que les autres, tous ceux que j'ai connu, ils se sont déjà barré. Mais bon, ça fait déjà 4 ans, ils ont jamais fait les 4 ans tous, en principe c'est trois ans et après c'est le jour et la nuit. C'est plus les même. C'est fric, on voit la réservation du beau 4X4, y'a tout, on voit tout, et ben c'est complètement différent, oui non mais, je vous assure je les mets pas tous, je vous dis pas que mais c'est mais y'a beaucoup. Hein. Ça démarre super et après wha tout change…

M : Mais pourquoi ?

PE : Mais on peut avoir tout ce confort et rester humain non ?… Ça n'a rien à voir ça ?

M : Bien sûr…

PE : Ils ont raison mais qu'ils ne laissent pas ce côté-là qui est quand même important.

Dr E : Ben moi je voudrais vous remercier d'avoir accepté de faire cet entretien parce que j'trouve que vraiment vous avez quelque chose à nous apprendre.

PE : Ah bon ? C'est gentil.

Dr E : Non c'est vrai, vous avez vécu beaucoup de choses difficiles vis-à-vis de la médecine et vous avez vraiment un regard pertinent sur nous les médecins comment on fait notre travail et moi vous m'avez appris des choses quand vous me racontez comment ça s'est mal passé avec les autres,

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

bah moi ça m'apprend des choses aussi à moi et j'trouve que c'est bien que vous faisiez partager ça à d'autres à des jeunes médecins voilà c'est un travail qui est utile…

PE : …Aux jeunes médecins, oui, ça c'est à ne pas oublier…

Dr E : Ce que vous avez à dire vous c'est vraiment des choses qui sont précieux pour nous, c'est difficile pour un médecin de se mettre à la place du patient…

PE : …Du patient, eh ben oui…

Dr E : …Et c'est bien quand les patients ils arrivent à s'exprimer comme vous à dire les choses

PE : Ouais parce que pour donner un peu d'humanité franchement, y'a pas besoin de…c'est facile de se retrancher derrière le temps, une minute, une seconde, un regard, ça suffit hein, il y a pas besoin de bafouer pendant des heures. Mais c'est ça qui n'y a plus je trouve, il n'y a plus c't'humanité à pleins d'endroits.

M : Mmh

Dr E : Moi je vois, j'ai trouvé des infirmières mais c'est de amours, elles sont pressées mais elles ont et quand on discute, elle disent la même chose, elle dit mais on a pas besoin de temps pour faire, donner un peu de bien-être, discuter, voyez, faire passer que bah que la personne existe. Bah j'en avais un c'est tout juste si j'ouvrais pas la porte et il me lançait la... Le laboratoire X, je l'ai eu des années celui-là. Il arrivait je tremblais, je disais mon dieu, je vais pas être prête, il arrive pas à me prendre, parce que c'est difficile. Alors il sonnait en bas et il râlait déjà pendant tout le temps qu'il monte dans l'escalier vous avez vu ?

Dr E : Je comprends mieux pourquoi vous vouliez pas faire les prises de sang.

PE : Il m'a traumatisé pendant des années, y'en avait pas d'autres au laboratoire. Après il s'est monté des jeunes. Et moi d'entrée, je les ai pris et j'ai toujours après c'est toujours elles ; Donc je les ai vu sans cabinet, sans rien et maintenant elles sont super bien installées. C'est au rond-point à … c'est quoi là… ah bah ça y'est… voyez moi j'ai plein de trous comme ça…C'est le début de la fin, oh, …. C'est quoi. Bah ça y'est quand on passe sur Y., vous savez au rond-point…

Dr E : Oui le rond-point de Y oui

PE : Il y a le laboratoire c'est la V., où il y a tous les trucs.

Dr E : Oui c'est la V ?

PE : Je les ai connues elles avaient pas le cabinet rien, elles étaient à deux, elles commençaient juste. Mais elles sont ça, mais elles sont quand même rester humaines,

Dr E : Oui elles sont sympas

PE : elles sont super sympas

M : Mmh

PE : et les personnes qu'elles emploient, sont sympas. Tandis ce que le père X, oui je disais toujours le père X, ahh je l'entendais je me disais roo, il va être encore de quelle humeur l'autre ? Enfin je me préparais vite parce que il fallait déjà qu'il soit descendu, c'est pour ça que je dis que j'avais qu'à me mettre dans le couloir et lance ta truc. Lui c'était ça, c'était un cauchemar et moi je tombais tout le temps sur lui, non, non ça devait être son secteur et fallait pas en déroger de son truc lui, mais c'est alors il y arrivait pas il me faisait de ces bleus… oh il me faisait mal c't'abruti

(Rires)

PE : C'était une horreur celui-là. Donc voilà ; je sais pas si… Vous avez pas d'autres questions ?

M : Non non, c'était très complet, on a su pleins de choses. Sinon vous n'avez rien à ajouter ? Léa tu veux pas ajouter quelque chose ?

O : Non ça va

PE : Ouais non je…

M : J'ai posé toutes mes questions

PE : Non je vois pas ce que je peux dire. Non des fois vous prenez comme même tard le soir aussi, parce que je sais tous les autres

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

c'est fini hein, c'est un bureau, à 18h, euh non non. Bah des fois y 'en a un parce qu'il est pas bon. Lui il est toujours ouvert mais il nous fait des sacrés trucs des fois. *(Rires).* Il est super sympa mais *(rires)* il est sympa, j'y vais, je suis à l'aise, oh il est cool lui, mais alors dis don' waouh.

M : Vous connaissez bien les médecins de la région

PE : Voilà, bah oui parce que j'ai des fois que lui qui est toujours ouvert il est pratique lui il aime les même si après il vous voyez dans le cabinet et que j'allais pas vers lui. Lui il était pas mal mais il était pas très bon. Donc voilà.

M : Merci.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dyade F :

Entretien individuel Docteur F (EF1)

Date: Le 25 Aout 2014

Lieu: Au cabinet du Docteur F.

Comportement général: Le Docteur F arbore une attitude sérieuse et réfléchie. Il s'intéresse de près à la méthodologie de recherche de l'étude.

Interviewer (I) : Pour commencer, je vais vous demander de vous présenter...

Docteur F (Dr F): Alors Dr F, je suis médecin généraliste à Marseille, installé depuis 22 ans, puis maitre de stage.

I: Comment pourriez-vous nous décrire votre pratique médicale?

Dr F: Euh... ma pratique médicale, qu'est-ce que vous entendez par là... comment je pourrais la décrire alors... euh du point de vue de mon exercice, j'ai une clientèle je dirais qui est relativement variée. Je suis dans un quartier populaire mais il y a vraiment du tout-venant, autant des populations anciennement installée ici que des populations migrantes, des enseignants, enfin disons que j'ai une clientèle variée. Euh ce que je dirais c'est que je suis très sensibilisé à la..., à l'écoute, donc j'oriente un peu ma pratique sur les questions un peu plus larges que le simple exercice de la médecine. Donc voilà, ce qui peut aboutir parfois à des consultations qui peuvent être un peu longues. Euh voilà, après je fais de la formation continue, donc j'essaie de rester... performant. Puis je fais un certains nombres de pratique de maitre de stage, je trouve ça intéressant parce que c'est à la fois une manière de transmettre mais aussi de recevoir, parce que je prends beaucoup de ce qu'on peut me renvoyer sur ma pratique. D'autant plus que maintenant que je reçois une interne, auparavant j'avais des externes. C'est vrai qu'il y a un échange qui se créait et qui donne une bonne dynamique.

I: Pour les deux oui, donc finalement si je comprends bien, une des valeurs qui a une importance est l'écoute dans votre pratique.

Dr F: Oui, oui...

I: Pourriez-vous me décrire brièvement votre parcours professionnel? Savoir pourquoi vous avez choisi médecine et votre formation...

Dr F: Alors pourquoi j'ai choisi médecine, je pense qu'après y avoir beaucoup réfléchi, beaucoup et longtemps, je pense que le choix de ce métier n'est pas anodin, il s'agissait de soigner quelqu'un, est ce que c'est moi, ou quelqu'un de mon entourage, je sais pas, mais j'ai quand même pris conscience de ça. Ce que je me suis toujours dit mais, je vois plutôt ça avec le recul comme une façade, c'est le fait d'entreprendre des études longues mais ne pas tenir compte de la nature de cette profession. Donc il a bien fallu à un moment donné que je me questionne aussi sue pourquoi j'ai choisi médecine et pas archi, ou d'autres formations longues. Voilà donc ensuite j'ai voulu préparer, à l'époque où j'ai fait mes études on était encore dans la possibilité d'accéder à une spécialité par le biais du CES, il y a eu la réforme pour les études médicales en pleins moment où j'avais envie de m'orienter vers une spécialité éventuelle et donc euh... ça a abouti à l'examen classant, l'ancien internat. Et donc je n'ai pas passé l'internat, parce qu'à cette époque-là, euh j'avais un appartement qui fallait que j'assure donc je travaillais la nuit et voilà. Subvenir à mes besoins et donc euh, et puis je faisais pas mal la fête aussi donc euh le concours je ne l'ai pas passé, c'est donc comme ça que je suis devenu médecin généraliste. Mais pas par défaut, je pense que c'est quand même une profession que j'ai toujours trouvé très riche d'enseignement.... Parce que ça permet d'aller dans l'intimité, d'entrer dans les domiciles, chez les patients, de voir comment ils vivent etc... Et cette notion qui a tendance à se perdre de médecin de famille. C'est à dire que l'on suit les générations. J'ai des jeunes que j'ai vu naitre, que je suis maintenant qui ont 22 ans, et c'est vrai que tout ça, je trouve que c'est très très riche.

I: Pour résumer, pour votre médecine, vous disiez l'écoute, connaitre les gens dans leur intimité, c'est plus le côté

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

relationnel quand même de la médecine qui vous plait.

Dr F: Oui oui c'est quelque chose qui m'intéresse... oui

I: Et l'internat, vous l'aviez fait

Dr F: Je n'ai pas fait l'internat...

I: Oui je voulais dire en fait toutes vos études, vous les avez faites...

Dr F: Sur Marseille.

I: Et ensuite vous avez remplacé, installé tout de suite?

Dr F: J'ai fait des remplacements pendant quelques années puis après je me suis fait rattraper par ce qui avait à payer pour la retraite pour l'URSSAF, il a bien fallu qu'à un moment donné je décide de m'installer.

I: Est-ce que vous pourriez dire aujourd'hui que vous êtes satisfait de votre travail actuel?

Dr F: Jamais. Non j'exagère!(*rires*) Oui je pense que je suis satisfait de ma pratique, je trouve que en revanche c'est un métier mais peut être que j'ai tendance à prendre les choses à cœur qui fait que j'ai parfois l'impression de me laisser dévorer. En tout cas je le pratique avec honnêteté et donc il y a des moments où j'ai le sentiment de me faire complètement submerger par des cas qui me préoccupent, pour lesquels je me dis que j'ai peut-être pas fait comme il aurait fallu faire. C'est quelque chose qui me revient assez régulièrement. Mais la pratique et l'expérience j'espère finira par m'aider à prendre assez de recul pour ne pas me faire bouffer comme par moment ça m'arrive.

I: Donc c'est dans ce sens-là que vous disiez que vous n'étiez pas totalement satisfait de votre travail?

Dr F: Il y a ce côté-là et puis tout le coté dont la manière dont évolue la médecine. C'est à dire le côté paperasse le côté « nul n'est censé ignorer la loi », donc tous les documents que l'on reçoit de la sécu, sur comment il faut faire, comment il ne faut plus faire, comment il faut modifier les comportements tout ça, ça me pose quand même question. Et c'est vrai que ce n'est pas le meilleur coté de ma pratique. De la pratique de la médicale de manière générale. Et puis aussi le fait que l'on ne gagne pas notre vie à la hauteur des responsabilités que l'on prend, la consultation et le prix de la consultation pour moi ça reste très..., quand on voit ce que l'on fait et ce que l'on entend ce qu'il se pratique ailleurs notamment en Europe chez les généralistes et puis en France avec les spécialistes. Alors je ne dis pas qu'il faut aller dans les excès mais je pense qu'une revalorisation de notre fonction, parce que l'on est me semble t'il une fonction essentielle dans la société et je trouve que l'on n'a pas la reconnaissance, qu'il n'y a pas suffisamment de revalorisation.

I: Pour revenir sur votre patientèle, vous la décrivez tout à l'heure comme une patientèle plutôt variée, y a-t-il d'autres caractéristiques qui vous viendraient à l'esprit?

Dr F: (*silence*) Euh non, mais ce qui me viendrait là, c'est que quand il y a incompatibilité je m'arrange à ce que ça évolue de manière à ce que les gens aient le libre choix de leur médecin. Du coup c'est vrai que les patients surtout que je côtoie depuis fort longtemps c'est vrai que ça introduit quelque chose de très, je sais pas trop comment dire, disons que l'idée qui me vient c'est la médecine de famille. Voilà. La médecine de famille, la médecine des familles. Non non ça ne me vient pas, je ne vois pas comment qualifier ma clientèle autrement.

I: D'accord, quelle est selon vous une relation idéale? Comment pourriez-vous décrire une relation idéale?

Dr F: Dans le cadre professionnel?

I: Hum hum...

Dr F: Avec la distance suffisante. Voilà. Et je pense ne pas être dans la relation idéale dans la mesure où je pense qu'il y a des moments où je n'ai pas suffisamment de distance. C'est une manière de se confronter à... parce que bon je veux dire que ça parle de l'humain, ça parle de la mort, ça parle de la maladie, il y a tous les processus

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'identification, de transfert, de contre transfert. Et tout ça, ça fait que par moment quand c'est pas suffisamment géré, c'est ce qui peut aboutir parfois à des situations où on a l'impression de se faire complètement dépasser. Donc une relation idéale pour moi, c'est une relation équilibrée, euh avec la capacité pour le soignant à accueillir les informations, à les traiter, et à mettre le plus en distance possible tout ce qui est de l'ordre transférentiel et contre transférentiel. Voilà tout ça ce sont des choses qui ne sont pas simples parfois.

I: Et qui s'apprennent?

Dr F: Alors oui mais je pense que ce n'est pas que de l'expérience ..., je pense qu'on n'est pas tous dans cette réflexion-là forcement. Et on établit des processus défensifs qui font qu'on va s'en protéger tant bien que mal et comme on peut en fonction de ce que l'on est, de ce qu'on peut faire. Mais je sais pas si on se questionne tous de la même manière. Et à la limite je me dis que parfois c'est pas plus mal de ne pas se questionner et de peut-être se protéger. Voilà pour répondre à la question de la relation idéale, ce que je dirais c'est une relation équilibrée.

I: Equilibrée, avec une bonne distance.

Dr F: Avec la distance nécessaire.

I: D'accord, pour parler de la patiente que vous avez choisi, est-ce que vous pouvez m'en dire un petit peu plus? Pourquoi cette patiente justement?

Dr F: Alors, d'abord parce c'est quelqu'un d'éminemment sympathique, mais indépendamment de ça, c'est une famille où j'interviens sur plusieurs générations, là c'est la doyenne, pas de ma clientèle, mais de la famille. C'est la grand-mère je dirais. On a un vécu relationnel, je dirais assez fort et assez long. Et c'est surtout quelqu'un qui est très accueillant avec les étudiants que j'amène avec moi à domicile. Parce qu'on va la voir à domicile. Alors j'ai pensé à elle parce que je savais qu'elle dirait tout de suite oui. Voilà je pense que c'est les éléments qui m'ont fait choisir cette personne. Après c'est évident et c'est en ce sens justement où je me disais, il y a peut-être un biais. Je ne me serrai pas vu prendre quelqu'un avec lequel il y aurait une relation conflictuelle, parce que je pense que si ça exprimait au cours de l'entretien, ce serait ni le lieu, ni le moment de traiter de ça. Voilà, donc je me suis dit que c'était mieux que ce soit quelqu'un en ouverture. Mais enfin quand même l'idée, c'était possible par le fait qu'elle accueille toujours les étudiants avec plaisir, voilà. Ce qui n'est pas simple actuellement c'est qu'il y a des soucis majeurs de santé pour un des membres de la famille, qui a un gliome malin, donc c'est une horreur quoi. Et elle est très préoccupée par ça. Mais en tout cas elle a tout de suite dit oui à la demande que j'ai faite.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien en interaction Docteur F et Patient F (EF2)

Date: Le 25 Aout 2014

Lieu: Au domicile de la patiente, les consultations se faisaient habituellement au domicile.

Placement: Autour d'une table ronde dans le salon: le docteur F et le modérateur et la patiente F et l'observateur sont respectivement face à face. L'aide-ménagère repasse du linge derrière le docteur F.

Comportement non verbal:

L'atmosphère est détendue et conviviale. La Patiente F nous propose une collation, et présente les photos de famille à la fin de l'entretien. L'expression est fluide.

La patiente F:

-est à l'aise, les mains croisées devant elle, très expressive.

-rit à plusieurs reprises et s'exprime avec humour.

-a des sanglots à trois reprises au cours de l'entretien.

Le docteur F:

-a un air sérieux et réfléchi et pèse ses mots.

-est dans la retenue, notamment lors de l'énonciation d'événements de vie douloureux

Modérateur (M) : C'est un travail que l'on fait à deux, donc Claire et moi, on est étudiante sur Lyon. Ce qui nous intéresse dans le travail que l'on est en train de faire, c'est d'étudier la relation en être le médecin et son patient.

Patiente F (PF) : Ah bah alors, épouvantable! *(rires de PF et Dr F)*

M: Epouvantable? On va en discuter alors...

PF: Non, non, non...

M: Aujourd'hui, ça ne va pas être un questionnaire, l'objectif est qu'on discute tous ensemble de votre relation à tous les deux. Pour commencer est ce que vous pouvez vous présenter?

PF: Eh bien oui, je suis Mme F, j'ai deux filles, une arrière-petite-fille et cinq petits-enfants. Et puis je suis veuve depuis huit mois. Voilà.

M: Est-ce que vous pourriez vous re présenter, brièvement?

Docteur F (Dr F) : Et bien Docteur F, je suis médecin généraliste installé depuis 22 ans à X, et en ce qui concerne Mme F je la connais donc depuis 22 ans. Voilà.

M: Est-ce que vous pourriez nous dire comment vous avez choisi votre médecin?

PF: Ben je l'ai choisi parce qu'il était en relève d'un médecin, qui était un ami d'enfance de mon mari. Il est parti à la retraite et c'est Mr F qui a pris la relève.

M: D'accord dans la continuité du médecin que vous aviez?

PF: Exactement.

M: Quelles ont été les premières impressions que vous avez eu l'un de l'autre? La première fois que vous vous êtes rencontrés?

PF: Eh bien, je ne m'en souviens pas. (*Rires*) Je sais que si je l'ai gardé c'est bien parce qu'il est aimable, il est social, que dire de plus... il est presque de la famille.

M: Et ce que vous décrivez, c'est la première image que vous avez eu de lui, la première impression on va dire?

PF: (*rires*) Et bien ça fait tellement loin, vous savez, c'était il y a 22 ans, ça a du faire « tilt », ça a du faire « tilt ».

M: Ça a marché tout de suite?

PF: Euh oui oui...

M: Et vous? Vous vous souvenez de la première impression?

Dr F: Je me suis dit que Mme F était certainement quelqu'un qui ne serait pas facile...

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PF: *(rires)* ... Ah ça il le sait!

Dr F: Disons que la première impression... j'ai été surtout amené à m'occuper de la belle-mère...

PF: De mes beaux-parents...

Dr F: Oui des beaux parents...

PF: Et d'une tante...

Dr F: Et d'une tante. Donc par l'intermédiaire du mari de Mme F que je voyais plus souvent. Donc c'est vrai que Mme F, je l'ai vu très peu au début de mon exercice. Ponctuellement et pas très très souvent. C'est les années passant que la relation s'est plus installée. D'une relation avec la prise en charge de certains problèmes de santé et donc euh voilà. Mais la première impression est que Mme F est une dame qui a une forte personnalité et à qui on ne raconte pas. Voilà.

PF: C'est à dire le Dr F a connu mon mari. Mon mari était, il avait perdu sa vue, euh je vous dirais pas pourquoi...euh je peux (*en demandant au Dr F*). Parce qu'à cause d'un ophtalmologiste qui n'avait pas vu qu'il avait un... un glaucome. Donc le Dr F était bien venu pour mes beaux-parents, on le connaissait déjà. Et puis une tante et puis après ça a été suivi avec mon mari, et puis et c'est comme ça qu'au fur et à mesure on a apprécié sa compétence, ses (en accentuant sur le « ses » compétences. (*Rires*)

M: Et comment pourriez-vous me décrire votre médecin?

PF: Mon médecin? Contrairement à beaucoup de docteur, il est très avenant, il est très, comment je peux dire, que je dise pas de bêtises, il est, vous savez... je peux vous raconter une anecdote?

Observateur (O) : Bien sûr...

PF: J'ai une amie, que j'aimais bien et que je lui disais toujours, tu devrais faire une mammographie, et tu devrais faire, elle était plus jeune que moi, tu devrais faire ci et tu devrais faire là. Et puis un jour, je l'ai vu, elle est venue vers moi en train de m'embrasser, en train de m'embrasser. Et elle m'a dit comme ça, euh tu sais j'ai un cancer à la poitrine et je vais vivre que deux mois. Et puis ça m'a fait un drôle de choc parce que Mr F ne l'aurait pas fait. Il aurait jamais fait. C'est une erreur d'un médecin de dire vous n'avez à vivre que deux mois. Il devait prendre ses précautions pour dire une chose pareille. Et c'est ce que je trouve dans beaucoup de cas. Par exemple dans le cas de la cécité de mon mari. Vous voyez? Donc c'est primordial pour un médecin d'être pédologue? C'est le mot?

Dr F: Psychologue.

PF: Oui vous savez des fois je confonds les mots... (*Rires*) Non mais c'est vrai, lui il a été toujours là, le Docteur F a toujours été là, on le connait depuis longtemps, et puis je vous dis c'est comme ça et c'est pas autrement.

M: Qu'est-ce que vous en pensez de tout ce qui est dit?

Dr F: Euh et bien que je sais pas trop... qu'est-ce que j'en pense... ben sur l'anecdote que Mme F cite, moi je dirais qu'il y a une certaine manière de dire les choses voilà. Mais euh...

(Coupure Badoit)

Voilà et de dire, d'annoncer... la question de l'annonce, c'est quelque chose de difficile, voilà. Après comme je vous le disais précédemment, je crois que l'on fait ce qu'on peut avec ce qu'on est. Donc on peut face à ça avoir des réactions et des défenses qui ne sont pas tout le temps appropriées.

M: On peut dire que vous vous reconnaissez quand même dans ce qu'elle peut dire, les compétences, le fait d'être aimable...

Dr F: Et bien je me reconnais, en tout cas je suis content, c'est agréable de l'entendre. Et il y a des moments où je suis pris dans le doute et des moments où je ne me trouve pas si aimable que ça. Parce qu'il y a aussi des moments où je peux avoir mes propres, mes propres histoires qui me prennent et que je ne maitrise peut être un peu difficilement. Mais globalement j'essaie d'être en disposition d'accueillir ce que disent les patients et de les accompagner au mieux.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PF: Hum c'est vrai.

M: Et vous comment vous pourriez vous décrire? *(en s'adressant au Dr F)*

PF: Comme ayant un mauvais caractère, et puis voilà. (*Rires*)

M: Ça c'est vous qui vous dites ça, mais qu'en pense le Dr F?

Dr F: Non je crois que Mme F, comme je le disais, elle ne s'en laisse pas conter, ça veut dire qu'il faut lui expliquer la démarche, la réflexion etc...On ne peut pas lui dire faites ci ou faites ça sans lui expliquer les raisons qui font que. Voilà. Après, je crois que... il y a des moments où chacun peut exprimer ses états âme, il y a des moments où Mme F submergée par l'émotion ou voilà. Mais ce que je trouve très appréciable c'est que il est arrivé des moments où elle a dit des choses qui dépassaient sa pensée [P.F : exactement] et à l'éprouver le besoin de s'en excuser par la suite. Et moi j'ai trouvé que c'est des comportements qui sont humains et tout à fait normaux, voilà. Après c'est vrai qu'elle a été [PF: un peu dure] un peu dure, parce que je venais de lui imposer de faire un examen, parce que ça ne pouvait plus durer, qu'elle ne voulait pas le faire, que j'ai insisté, qu'il fallait le faire, on a pris le RDV, on a pris l'ambulance. Elle était très en colère du fait qu'elle soit placé devant le fait accompli, avec l'obligation finalement de voilà. Et que elle n'était pas contente mais elle a reconnu par la suite...

PF: Oui, oui c'est vrai, en tous les cas vous voyez que tel qui l'est, et bien ils nous a... à moi et mon mari (*sanglots dans la voix*) il nous a...délivré avec sa gentillesse des...mauvaises pensées qu'on avait… voilà c'est tout. Avec son savoir-faire, comment son savoir-faire, je ne sais pas si c'est le mot qu'il faut dire, mais avec sa compétence sans avoir l'air. Voilà c'est mieux ça. Il nous a épargné à mon mari et à moi quand nous étions au bord du précipice.

M: Il vous a accompagné...?

PF: Non, il nous a ... pour ainsi dire oui dans un sens, mais sans en avoir l'air, c'est ça. Hein Mr F.

Dr F: On peut dire que vous étiez au bord du précipice et que je vous ai empêché de faire un pas en avant.

PF: Voilà.

M: Et ce dont nous parlait le Dr F, cette histoire d'examen, vous vous en souvenez-vous, de cette histoire-là? Comment vous l'avez vécu?

PF: Cette histoire de l'examen...?

Dr F: Quand je suis venu, et qu'il y avait votre kiné, que je vous ai envoyé voir votre chirurgien pour votre histoire de hernie discale et que vous ne vouliez pas y aller...

PF: Ah oui, c'est à dire que... mais ça c'est la première hernie discale?

Dr F: Non non c'était dans l'été.

PF: Ah oui parce que je trouve que par exemple, dans les grandes villes quand c'est les vacances, il ne faut pas être malade. Il ne faut pas être malade. Moi j'ai été à la Y, et il y avait des jeunes qui faisaient leur stage, on les a pris comme stagiaires pendant l'été. Et puis il y avait des filles et des garçons. Mais la plage était toute à côté de la clinique X. Et puis je n'ai pas été très bien soignée de mon hernie discale, mais voilà. Mais par contre quand j'ai été...parce que j'en ai eu deux d'hernie discale. La première hernie discale que j'ai eu, Mr F a téléphoné pendant ses vacances à mon Dr pour voir si ça c'était passé. Voilà et ça aussi je voulais vous le dire.

M: Il a pris de vos nouvelles...

PF: Voilà. Vous vous rendez compte? En pleines vacances? Ça ne se voit pas maintenant. Quand je le dis ça se voit plus. Et ça fait un lien de plus avec votre médecin, ça devient un petit peu comme la famille. Voilà.

M: Est ce qu'il y aurait eu d'autres évènements, si vous vous connaissez depuis plus de 20 ans qui auraient marqué votre relation?

PF: C'est à dire mes petites filles quand elles ont un problème, parce qu'elles habitent en X et tout ça. Quand elles ont un problème,

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

euh qu'on conçoit pas. Si le Dr F est là, elles vont chez le Dr F. C'est la confiance qui s'est établi entre le Dr F et par mes beaux-parents, et maintenant avec mes petites filles. Et mes filles aussi. Donc ça devient un docteur familial.

M: Hum d'accord, et vous, vous avez en tête une histoire, un évènement particulier qui aurait on va dire changer la relation, ou changer l'image que vous avez de Mme F?

Dr F: Et bien je crois que tous les évènements durs qu'on put traverser cette famille, forcement abouti au fait qu'il y a un investissement. Parfois un sur investissement, pour pouvoir accompagner au mieux, alors là on est marqué par certains évènements. C'est vrai que la fin de vie de Mr F, est quelque chose qui m'a beaucoup rapproché de Mme, et de ses filles, de ses petites filles. Voilà je crois que c'est tous les évènements difficiles que l'on traverse font que à un moment donné, voilà ... ça rejoins ce que je vous disais tout à l'heure sur la juste place et la juste distance, parce que là, effectivement il y a cette relation si particulière qui fait qu'à un moment donné on n'est plus tout à fait médecin, on est pas tout à fait de la famille, on est à cheval, une fois l'un une fois l'autre... Il y a des moments où c'est difficile d'arriver à se protéger soi-même. Parce que c'est lourd de symboles et c'est aussi très lourd émotionnellement. Voilà mais bon après c'est aussi ce qui fait la richesse de ce métier et de la relation avec les patients, quand ça fonctionne. Voilà quand on chemine tout au long des années, voilà.

M: D'accord.

O: Oui mais est ce que ces moments difficiles ont pu changer l'image que vous aviez de Mme F, ou modifier l'image au cours de votre relation?

Dr F: La modifier, oui certainement, parce qu'il y a une comment dire... le fait d'accompagner, on perçoit comment les gens réagissent. Voilà donc on est plus à même, me semble-t-il de les soutenir ou de les accompagner par rapport à des choses qui sont importantes pour eux. Donc je pense que je suis avec ma patiente différent de ce que j'ai été il y a 20 ans, parce que moi-même je suis différent aussi, j'ai mon vécu, avec mes joies et mes peines. Donc forcément, on évolue différemment, enfin différemment, non, on évolue et forcement la relation s'enrichit et ce...voilà.

O: Vous apprenez à vous connaitre, vous la connaissez mieux, donc vous vous adaptez aussi, il y a de ça aussi...

Dr F : Oui oui...

O: Tout à l'heure vous disiez, qu'elle était difficile quand vous avez commencé à la connaitre.... c'est dans le sens où vous disiez qu'elle ne s'en laissait pas conter? C'est dans ce sens-là que vous disiez difficile?

Dr F: Non je crois que, elle ne voulait pas prendre de médicaments...

PF: Vous savez c'est à dire, il y a une chose de terrible chez moi c'est que l'on a perdu un fils de 23 ans. (*Sanglots*) Et puis il y a des fois on se dit, mon mari il est devenu aveugle, et puis derrière une chose il nous en est arrivé une autre et il y a des fois, on pète les plombs comme on dit. Ce n'est pas pour autant que je ne me suis pas excusée quand je, parce que moi quand je suis colérique, pourtant ça ne me prends pas souvent mais ma fille elle me dit tu es, comment elle m'a dit ça, bon écoutez, moi de temps en temps je perds la boussole… donc euh elle me dit tu es... « Comme tu le penses, tu le dis », vous voyez. Comme il y a un mot, mais je n'arrive pas à vous le dire...

O: Non mais c'est clair.

PF: (*Rires*) Voilà. Après une fois que je l'ai dit, je m'excuse, mais des fois ça fait mal.

Dr F: C'est surtout que le jour où vous étiez en colère, vous étiez en colère contre tout et c'est moi qui ai pris. Mais vous n'étiez pas en colère contre moi...

PF: Ah non non non, pas du tout...

Dr F: C'est dans ce sens que vous avez... que vous avez pris conscience de ça après, et moi ça me parait être des comportements tout à fait normaux.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

O: Quand vous dites difficile actuellement vous diriez la même chose?

Dr F: Non non. C'est le regard que j'avais au début oui, parce que, pas parce que j'avais peut être proposé quelque chose que j'... donc je me suis dit il faut argumenter, on ne peut pas simplement dire faites ci et attendre que la personne en face le fasse. Il faut argumenter. Voilà.

PF: Il s'est avéré quand j'étais en colère comme ça et que je me suis excusée, c'est que j'avais pleins de problèmes. Pleins de problèmes...Vous savez lesquels? (*en s'adressant au Dr F*)

Dr F: Il fallait qu'il y ait quelqu'un qui prenne… et voilà (*rires*)

PF: J'avais mon frigo qui marchait plus, ma machine à laver qui ne marchait plus, il y avait ci, il y avait là... il y avait, j'étais dans la panique.

O: Dans le contexte...

PF: Oui exactement.

M: Il y a pas d'autres expériences qui vous viennent en tête, que vous auriez vécu ensemble, qui auraient marqué votre relation?

O: Des évènements heureux?

PF: Ah ben non, quand j'ai accouché il n'était pas là encore. (*Rires*) Ma fille elle a 63 ans. Et mon autre fille, elle a 51, donc j'ai plus accouché. On a gardé le contact, il connait mes petits-enfants, il connait mes filles, il connaissait mes beaux-parents et puis voilà. Malheureusement il n'a pas connu mon fils. Mais j'aurai bien aimé qu'il connaisse mon fils. Parce que vous connaissez Sylvain Dr?... Non pas encore...

Dr F: Votre petits fils?

PF: Oui c'est mon petit-fils.

Dr F: Celui qui était en Australie?

PF: Oui oui. Il a 26 ans... ouais et puis voilà. Toute notre vie est comme ça. C'est à dire que l'on se remettait de quelque chose de terrible, et puis après il y avait autre chose de plus terrible et après autre chose de terrible. J'ai eu (*sanglots*)... On était pied-noir...

Dr F: Oui ça met venu là aussi...

PF: On était pied-noir, on est venu ici sans rien, encore ils ont manifesté contre nous sans nous connaitre, après il y a eu le décès de mon fils. Ce n'est pas lui qui conduisait, il a connu en vacances où on séjournait, il a connu des allemandes. Et puis il a eu un accident, c'est lui qui a tout pris, il a eu une hémorragie interne. Et puis la cécité de mon mari. Vous savez on a pas le temps de se remettre d'une chose qu'il vous en arrive une autre, il vous arrive une autre.

Dr F: Il y a un élément effectivement qui est important dans la relation aussi, dans cette relation qui est si particulière, c'est le fait que Mme F et moi-même sommes nés en Algérie et son mari aussi, c'est ce qui a fait aussi qu'il y a eu quelque chose de l'ordre de la transmission qui a pu se faire au moment de ma reprise de clientèle, parce que le médecin dont je reprenais la clientèle était aussi pied-noir. Ça n'a pas était...

PF: Il vous a pas fait de cadeaux hein je le sais.

Dr F: Ca a été complètement fortuit, mais en tout cas, il a semblé que... le fait que l'on ait de racines communes a très probablement participé. Parce que c'est vrai que je pense qu'il y a aussi quelque chose au niveau culturel qui intervient aussi dans cette relation particulière. C'est à dire, on parle de l'Algérie, moi je ne l'ai pas connu parce que j'avais 2 ans, on parle de l'Algérie... [PF: Mon fils et ma fille sont nés là-bas aussi...] on a un vécu qui forcement dans nos racines vient parler et il y a des moments où l'on n'a pas besoin de se parler, on se comprend très bien. Voilà pour ce qui est de l'ordre du vécu et du ressenti. Voilà je crois que quand Mme F exprime le fait qu'elle a été déracinée, c'est quelque chose que je vis moi aussi de par mes origines. Je n'y ai pas vécu mais mes parents oui, c'est des choses qui me parlent, et qui je crois interviennent beaucoup dans notre relation.

PF: Je peux rajouter, déraciner et en plus mal reçu. Il faut le dire. Bon après il y a eu des choses encore plus compliqué encore

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

que ça, parce que la perte d'un fils, c'est affreux (*sanglots*). Voilà je vous ai dit un peu ma vie, et son contact, parce qu'il est gentil, il est sociable et puis euh... si je meurs, j'espère avant lui, il va me manquer (*rires*). J'espère que... pour moi ce serait impossible.

O: Impossible de vivre sans lui?

PF: J'ai trop de confiance en lui, c'est comme s'il faisait partie de la famille. Par sa gentillesse, par son temps, par son temps, quand il vient, il prend pour ne pas nous inquiéter, pour nous expliquer. Voilà.

M: Et ces racines communes vous aussi vous les avez ressenties comme un poids important?

PF: C'est à dire les racines c'était le Dr avant lui, parce que c'était un ami d'enfance de mon mari. Voilà. Donc on avait l'habitude de la secrétaire. Voilà, puis il a pris le relais, on n'a pas cherché midi à 14 heures. Et puis on n'a pas à le regretter non plus.

M: Est-ce que vous auriez d'autres choses à rajouter en plus?

PF: Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise de plus? Qu'il est aimable...

O: Ça vous nous l'avait dit!

PF: C'est un bon docteur. Et peut-être que je l'ai bousculé un tout petit peu, mais il sait que je me suis excusée auprès de lui.

M: Et de votre côté? Non? *(en s'adressant au Dr F)* **Il y a beaucoup de choses qui ont été dite.**

PF: Oui, oui, oui

M: En tout cas, merci beaucoup.

PF: Ah mais non non je n'aurai pas pu lui refuser! Ah non c'est vrai. C'était la moindre des choses. (*Rires*)

(*Présentation des photos de la famille*)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dyade G :

Entretien individuel docteur G (EG1)

Date : Le 21 Aout 2014

Lieu : Au cabinet médical du Docteur G, dans un jardin à côté, autour d'une tasse de thé.

Comportement général : Ressenti global : Elle ne répond pas vraiment à mes questions mais ce n'est pas grave car nous évoquons les choses importantes pour elle. Elle est bavarde.

Interviewer (I) : Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

Docteur G (Dr G) : Alors, euh, GG, je suis médecin généraliste, depuis 2003, je suis mère de 4 enfants, entre 16 et 10 ans, je suis d'origine Magrébine, j'ai passé mes études en France et voilà et je suis installée dans une zone semi rurale dans une commune de 1500 habitants, voilà médecine générale. J'ai fait une formation d'acupuncture dernièrement et entre deux j'ai fait une formation d'homéopathie. Et l'acupuncture, c'est pas un diplôme universitaire c'est un diplôme d'école non reconnu mais c'était pour voir d'autres horizons. Je pratique pas de l'acupuncture mais c'était pour…C'était pour avoir une autre ouverture d'esprit. Je voulais explorer d'autres horizons. Il manque des choses ?

I : Non c'est bien !

Dr G : Ah oui j'ai 48 ans ! *(rires)*

I : Est-ce que vous pourriez décrire votre pratique médicale ?

Dr G : Je vois toutes les tranches d'âge. J'ai une population jeune, j'essaye du moins. Donc j'ai des bébés qui sortent à J8, une population pédiatrique, voilà, euh les mamans pour leurs suivis gynéco. Je ne pose pas de stérilet. Je ne pose pas d'implant, je les retire pas. Je prescris la pilule. Je fais les frottis. Après c'est toute la population générale. De 25 à 60 ans et après je fais les personnes âgées je fais les visites à domicile pour ceux qui ne peuvent plus se déplacer. Donc c'est un peu panaché. Un petit peu de tout…

I : et dans la façon de pratiquer, comment vous vous organisez ? Vous êtes dans un cabinet avec d'autres…

Dr G : Je suis le seul médecin je n'arrive pas à m'associer depuis… J'arrive pas à trouver un associé ou quelqu'un qui remplace régulièrement parce qu'il y a probablement beaucoup de choix et que je suis à 15 min de V. Donc soit les gens s'installent à V. ou alors à L. mais dans mon entourage, il y en a pleins qui partent à la retraite et qui ne sont pas remplacé. Je n'ai pas l'explication. Donc à défaut de m'installer avec des médecins je me suis installé avec des professions paramédicales donc il y a un praticien de médecine chinoise, une ostéopathe qui est aussi infirmière donc elle fait les deux pas au cabinet mais elle fait ostéopathe ici et infirmière à V. Et des infirmières.

I : Et vous travaillez à plein temps ?

Dr G : Bah oui j'ai pas le choix… Alors jusqu'à présent je travaillais à temps plein, au début je travaillais pas le mercredi pour les petits et puis après quand je m'étais mis dans la tête que j'allais m'associer j'ai recommencé à travailler le mercredi pour éventuellement faire du boulot à celle qui arrive ou celui qui arrive mais qui n'est jamais venu alors je me suis retrouvé à travailler tous le jours y compris le samedi matin ; et après j'ai arrêté le mercredi et voilà et il faut me dire si je suis trop bavarde

I : Non c'est bien, c'est bien.

Dr G : Et maintenant pour une histoire d'impôt j'ai levé le pied le mercredi et maintenant j'ai levé le pied le mercredi donc je ne travaille plus que 4 jours par semaine. Parce que ça ne vaut plus la peine de travailler autant… Pour rien en fait donc je préfère du coup privilégier la qualité de vie.

I : Et depuis combien de temps vous avez des internes ?

Dr G : Oh là depuis 6 ans ou 8 ans. Dès que j'ai eu 5 ans d'activité.

I : Comment vous pouvez me décrire votre parcours professionnel, votre formation…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr G : Alors j'ai pas remplacé beaucoup parce que en fait j'ai un parcours assez particulier, j'ai passé mon bac au Maroc, j'ai fait deux ans de fac de biologie-géologie au Maroc. Après je me suis rendue compte que c'était un cul de sac. Que les gens n'avait pas d'avenir ou ils repassaient des concours etc. Et puis les circonstances ont fait que, on m'a proposé de venir en France parce que la fac c'est pas par un concours etc. Donc je suis venue à l'aventure, je me suis vite rendue compte que c'était pas comme ça. Les étrangers, il fallait que faire un dossier de pré-inscription etc.…donc l'année était une année blanche. J'ai repassé la terminale ici. En se disant c'est pas la peine que je me tape la route d'autant plus que j'avais des problèmes financiers et donc mes dossiers de pré-inscription ont été refusé. Après il fallait que je valide la terminale j'avais deux mois pour la valider. Donc j'ai serré la ceinture j'ai eu ce foutu bac S français parce que j'avais déjà mon bac au Maroc. Du coup j'ai pu intégrer la fac comme ça, la fac de médecine. Et j'ai cubé ma P1, doublé ma P2. Parce que j'étais pas dans les conditions… j'ai jamais eu de notes catastrophiques, j'ai toujours frôlé la moyenne. J'ai pas eu. Mais mon environnement, mes conditions de vie étaient un peu chaotiques.

I : et on pouvait cuber à l'époque ?

Dr G : Ben c'était en 87, …si on n'a pas des notes éliminatoires, si on n'est pas classé 1000 et des poussières et qu'on a une bonne raison. Donc on écrit au doyen, on monte un dossier chez l'assistance sociale. J'habitais loin de la fac, dans des familles un peu cas soc' (« *cas sociaux* »). Donc j'arrivais pas à travailler etc. Donc on m'a autorisé de cuber et du coup j'ai eu une chambre en résidence universitaire. On a corrigé le tir et c'est passé.

I : Et c'était à X. ?

Dr G : Non c'était dans le Nord, chez les chtis dans les 59. Donc c'était bien et après j'ai lâché un peu la bride j'ai décidé de vivre un peu. Donc j'ai doublé ma P2, doublé ma D1, doublé ma D2, j'ai pris mon temps la D4 je l'ai fait en une fois. Après j'ai rencontré mon homme en D1 qui était à Y. Il faisait une formation de P, une école de commerce. Lui avait fini son cursus et comme il est X., il rentrait à X. et puis on avait décidé de rester ensemble donc j'ai profité du changement de cursus entre externe et interne pour demander ma mutation parce qu'on allait se marier. Donc j'ai intégré X. Donc comme je venais d'une autre fac et que j'étais mal classée. Parce qu'il me manquait je crois un module, je sais plus si c'était la cancéro je crois. J'étais la dernière à choisir. Donc je me suis retrouvée à Y. en premier stage en pédiatrie mais c'était un très bon stage. Je vivais à l'internat donc c'était bien parce que j'avais commencé par la pédiatrie. Après j'ai pris tous mes stage à X. Parce qu'on habitait à X. J'ai fait tous les services. J'ai eu le temps de faire mes gosses. Parce étant interne à X c'était plus facile. Après une fois que j'ai validé tout mon cursus d'interne, passé mon permis parce que je ne l'avais pas, et fait mes gosses. Ben j'ai remplacé deux fois. Une fois à W. en faisant les samedis matin, et une fois au mois d'Aout, mais déjà au mois d'Aout. Comme j'ai beaucoup travaillé à X, j'ai rencontré une infirmière qui m'a dit qu'il manquait des médecins dans son patelin et tout ça. Et donc elle m'a dit tu ne veux pas t'installer à C. ? Je me suis présentée au maire et puis voilà. J'ai remplacé un médecin à P. au mois d'Aout et en fait je me suis installée en mars. Donc le mois d'Aout que je le remplacé. Je faisais les deux. C'est-à-dire je remplaçais dans son cabinet et je répondais aux appels du cabinet quand je finissais à P. .Je venais le soir et je faisais les deux ou trois consultations dans mon cabinet. J'ai fait le mois d'Aout comme ça. Le mois d'Aout c'était calme. Et en septembre j'ai eu mon activité qui a démarré. C'était une création. Il y avait un médecin dans le coin qui est parti donc la mayonnaise a vite pris. J'ai fait acte de dispo tout le temps ; je recevais les gens sans rendez-vous au départ. A un moment donné ça s'est vite tassé. J'arrivais pas à rentrer chez moi donc j'ai mis sur rendez-vous. Donc mais je regrette pas. Après au bout de 5 ans d'activité, où j'avais la pêche je me tapais toutes les formations de la fac. J'en loupé pas une et puis après une fois qu'on a fait la boucle on se rend compte que c'est toujours les mêmes. (*Rires*) Donc on n'apprenait plus rien. Et puis au cabinet on se retrouve face à ses propres difficultés. C'est-à-dire : « Est-ce qu'on sait tout ? ».

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tous ces gens qui viennent nous raconter des symptômes qu'on n'a pas appris à l'école. Alors qu'on dise je ne sais pas une fois, ou qu'on dise c'est dans votre tête, et quand l'histoire se répète on se remet en question.

Donc bon moi au début les caranules de perlimpinpin c'était pas mon truc, quoi et puis j'ai eu un bon contact avec la délégué de « marque ». Elle me dit « bah tu viens et tu fais le test en double aveugle et tu décides après si tu fais ta formation ou pas »

I : Le test des médicaments ?

Dr G : Oui c'est-à-dire que on va en cours, et puis on écoute, et puis on propose des cas cliniques et on part avec un traitement, on fait le patient et on part avec traitement que je propose aux gens à titre expérimental j'ai envie de dire. Je me rends compte que ça marchait. Comme notre formation est basée sur l'observation donc voilà. Donc j'ai fait ma formation en deux ans et puis après j'ai fait deux ou trois ans de perfectionnement en fait c'est des révisions. On prend un weekend et puis on révise et puis après on sature. En fait c'est comme les permis c'est par palier. Je me suis rendue compte que c'était pas suffisant. L'homéo ça va bien pour les petits parce qu'ils sont frais ils n'ont pas trop de d'enveloppes comme un oignon donc ça marche mais les adultes c'est plus compliqué. Et puis dans ce monde-là, il y a toutes les autres médecines. J'ai entendu parler d'acu, d'énergie, de machins donc et voilà et puis du coup je voulais sortir un petit peu du cursus classique alors ça fait, cette année en intégrant 2014 /2015 ça fera ma cinquième année de formation d'acu et je me suis rendue compte en fait. Ça m'a apporté beaucoup. Ça m'a apporté des choses que j'aurais pas apprises à la fac. Mais j'ai compris les limites de ces écoles qui sont privées. Qui sont pas reconnues, il y a des raisons valables pour qu'elle ne soit pas reconnue, parce c'est ouvert à des gens qui n'ont jamais eu d'anatomie. Ils mettent des aiguilles sans avoir aucune notion de muscles (*rires*). Et que comme on paye on donne le diplôme parce qu'on paye ça aussi ça m'a un peu surprise donc voilà.

Donc du coup je finis l'école et je reviens faire mon DU universitaire mais ça m'a ouvert des portes, des choses que j'aurais peut-être, je ne sais pas parce que je ne l'ai pas encore fait, pas appris à la fac. Parce que c'est carré c'est ficelé, c'est des recettes alors que c'est une autre, je découvre qu'il y a une autre façon de soigner les gens que sur le plan technique, des choses qui un petit peu échappe au contrôle du visible et c'est là où elle est la limite. Donc après, du bon sens, c'est personnalité-dépendante, ce qu'on est capable de donner, les limites, jusqu'où est ce qu'on peut s'investir pourquoi on fait ce métier, voilà. Mais c'est bien c'est une bonne formation de la vie. Au moins de cette école je saurais qui orienter vers un acu et quel acu.

I : Après vous vous ne voudriez pas en faire de l'acupuncture ?

Dr G : Je ne sais pas, en fait je ne sais si je serais capable, par rapport à ce que l'on me demande comme un investissement personnel si je serais capable d'être une bonne praticienne parce que si c'est pour me retrouver à mettre des aiguilles sur des recettes. Je refais exactement ce qu'on fait actuellement. « Conduite à tenir devant ». « Eliminer les diagnostics différentiels ». Voilà. Des fois on se rend compte que c'est pas ça et voilà doc je ne sais pas si je vais aller jusqu'au bout ou pas mais actuellement je suis en train de faire ma propre psychanalyse à travers cette formation-là. Je sais pas ce que ça va donner parce que c'est éprouvant…

I : J'imagine

Dr G :…Style. « Vous vous soignez d'abord avant de soigner les autres ». Des fois on n'a pas demandé à être soigné on est bien dans un petit cocon une bulle on est bien et pourquoi est-ce qu'on va mettre le bazar alors que tout va bien. Alors voilà. Je crois que j'ai balayé j'ai tout dit !

I : Juste une question, encore des questions. Comment vous pourriez décrire vos valeurs professionnelles. Pour vous qu'est ce qui est important dans la médecine générale, qu'est ce qui est important dans votre pratique ?

Dr G : Je me comporte avec les gens comme j'aimerais qu'on se comporte avec moi. Et je

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

mets la barre très haute parce qu'il y a un petit peu de tout. Pour mes petits patients, je résonne comme pour mes enfants, pour les adultes, je résonne comme pour moi, pour les vieux je résonne comme pour mes grands-parents. Après, les gens disent oui ou non, en fait quand ils viennent, ils viennent pour un conseil. Ils sont pas obligé de le suivre, c'est pas, je ne suis pas une autorité : « faites ça ! ». Quand ils viennent, j'ai envie qu'il participe aussi. « Voilà ce qui existe, voilà ce qui marche voilà, et la balle est dans votre camp » je leur donne des possibilités de se soigner et c'est à eux de dire oui non. Y'en a qui vienne : « j'ai un rhume, je veux que ça passe tout de suite je veux du remboursé et je veux pas parler » ceux-là je les décourage. En ordre général ils viennent une fois pas deux. Et ceux qui prennent le dessus sur moi j'ouvre la porte et je dis « dehors ! » je l'ai pas souvent fait j'ai dû le faire 4 fois en treize ans de pratique mais je l'ai fait quand même. Voilà.

I : Alors c'est une question un peu difficile mais comment pourriez-vous décrire la relation idéale pour vous, le patient idéal ?

Dr G : Le patient idéal ? C'est le patient qui se prend en charge. C'est le patient qui s'intéresse à sa maladie, qui veut savoir ce qui lui arrive, qui écoute ce qu'on lui dit. Qui écoute attentivement et il y a un échange. Il se comporte comme un adulte responsable. Parce que nous on est que des techniciens à qui on donne des outils et on va, celui qui vient en disant « je veux ça ça ça pour s'assurer que je n'ai pas ça. » ça me va pas en fait, c'est non. Et celui qui veut pas écouter. Voilà j'ai ça, qu'est-ce que j'ai, qu'est-ce que vous pensez que j'ai. Et le but de la consult : je veux pas avoir mal ou je veux être sûr qu'il n'y est pas quelque chose de grave. Après chacun, lui, il participe et moi aussi parce que celui-là si ça va pas et bah il va revenir, il participe au soin.

I : Une sorte de coopération

Dr G : Oui, le diabétique qui veut juste prendre ses cachetons et qu'on voit l'hémoglobine glycquée monter et on augmente les traitements. Et on attend la rétinopathie diabétique et les complications. Ça ne me satisfait pas du tout quoi. A la limite, il peut arrêter son traitement aussi et attendre que, que... Voilà ceux-là ils m'apportent rien et ils n'apportent rien à eux même et fin j'espère que ceux-là j'en ai pas beaucoup. Mais on doit en avoir et qui continue encore à venir. Voilà.

I : Pour être vraiment une sorte expert et qu'eux se prennent vraiment en charge ?

Dr G : Oui, ils viennent demander l'avis d'un expert, à la limite et de là, la consultation, il peut partir sans traitement. Les 23 euros il justifie pas une ordonnance. Même si c'est pas assez les 23 euros. (*Rires*) Mais ça c'est un autre sujet.

I : Bon vous avez dit beaucoup de choses, vous avez répondu à toutes les questions sans savoir…

Dr G : Je suis une pipelette !

I : Donc la patiente à laquelle vous avez pensé. Qu'est-ce qu'il vous a fait penser à elle pour cette étude ?

Dr G : Parce que je me suis posée la question pourquoi elle dit plus de choses importantes à d'autres personnes que moi. Alors que je suis à l'écoute. Qu'est ce qui fait qu'elle ne pose pas ses valises chez moi et ailleurs. Et après elle vient en consultation et elle me raconte ce qui s'est passé chez les autres. J'ai toujours une marge de retard et je comprends pas pourquoi.

I : Elle parle beaucoup plus. Elle se confie à d'autres ?

Dr G : Oui et des choses importantes quoi. Je suis le médecin de famille, donc elle vient, pour un renouvellement d'ordonnance, elle vient pour me raconter ce qui s'est passé chez les autres aussi.

I : Les autres c'est les spécialistes ?

Dr G : Alors ça peut être un psy, une kinésio qui était avec moi, qui s'est installé, qui connait rien à rien, elle a ni formation. D'ailleurs elle est partie, parce que. Moi j'ai consulté chez elle donc je sais ce qu'elle fait donc juste parce que c'est une inconnue et elle a pris le temps. Elle lui a posé ses jalons. Alors je me dis peut-être qu'elle n'a pas l'étiquette de psy.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Alors cette dame en question est une enseignante, de comptabilité dans un collège ou un lycée je sais pas et puis voilà. Là dernièrement, l'année dernière par exemple j'aimerais pas qu'elle soit l'enseignante de mon gamin. Elle était tout le temps absente, elle a pas joué franc jeu. C'est-à-dire, c'était pas des arrêts long d'emblée. C'est de petites brides. Donc elle n'a jamais été remplacée. Donc elle en a rien à foutre des gamins des autres. Alors que c'est quelqu'un, elle est pas méchante et là on est plus neutre. J'outrepasse mon droit, parce que je commence à voir des choses qui à la limite ne me regarde pas. Je commence à être dans le jugement. Parce que la relation elle est pas saine dès le départ.

I : Donc il y a des choses qui n'ont pas été dites et que…

Dr G : Oui et je suis curieuse de savoir, parce qu'en plus…

I : Si elle a dit ça

Dr G :…C'est qu'elle a des choses à dire et alors chez les animaux y'a pas de malentendus parce qu'il n'y a pas de langage, c'est que du ressenti, donc voilà chez les humains c'est plus compliqué parce qu'on peut être de mauvaise foi, on peut avoir eu des choses qui ont été mal interprété par l'autre. Pour X raisons, son vécu, son appréhension, ce que vous lui renvoyez comme image etc. Et du coup, voilà

I : Quand pourrons nous la rencontrer cette patiente ?

Dr G : Quand vous voulez, je vais vous donner ses coordonnées, elle m'a dit oui.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien en interaction Docteur G et Patient G (EG2)

Date : Le 05 novembre 2014

Lieu : Au cabinet de Dr G

Placement : Modérateur en face du bureau (place du patient) un peu de retrait, à sa droite : le patient G et à sa gauche le Dr G. De l'autre côté du bureau à la place du médecin : l'observateur, un peu caché par l'ordinateur sur le bureau.

Comportement non verbal : Patiente plutôt à l'aise. Dr G plutôt en retrait à côté de la porte, « extérieure », semble gênée. Elle demande à sortir en riant lors de la question à la patiente : « comment pouvez-vous décrire votre médecin ? »

Modérateur (M) : … Vous allez d'abord vous présenter chacune à votre tour pour commencer

Docteur G (Dr G) : Alors X.G., je suis médecin généraliste à X, je suis le médecin traitant de madame G. (*rires*)

M : Bien et vous ?

Patiente G (PG) : Je m'appelle Y.G., j'ai trois enfants, j'habite X… euh j'ai 48 ans, j'ai donc mes enfants ont 22, 20 et 17 ans, 17 ans et demi, et… posez-moi quelques questions ? Est-ce que vous voulez en savoir plus ?

M : Comment avez-vous choisi votre médecin ?

PG : Alors j'ai choisi mon médecin quand je suis arrivée à X, donc en 98, je voyais un médecin sur Y, y'avait personne sur place, dès que madame G est arrivée là, ça a été une bouffée d'air frais, parce que c'était très compliquée sur Y, il y avait beaucoup de demande, beaucoup d'attente et là le contact a été très bon dès le début, par le fait je pense, on avait des enfants aussi, y'avait une, un très bon contact.

M : Donc les critères qui ont fondé votre choix ce serait plutôt la proximité…

PG : …La proximité, au départ, c'était ça.

M : Est-ce que vous vous rappelez votre, vos premières rencontres ? Quelles ont été vos premières impressions l'une de l'autre?

Dr G: Moi je m'en souviens pas du tout, parce que y'avait beaucoup de monde, j'ai vraiment pas imprimé.

M : D'accord

Dr G : C'était pas quelque chose qui sortait de l'ordinaire pour moi, donc qui m'ait marqué, en général, euh les choses qui marquent c'est soit elles sont très désagréable ou alors y'avait quelque chose qui sortait de l'ordinaire mais donc là il n'y a rien qui m'ait marqué.

PG : (*rires*) Alors que moi je me souviens bien puisque madame G n'était pas installée dans ces locaux ici mais à côté de la mairie, un tout petit local, une toute petite salle d'attente, et que à la fin on savait plus ou attendre, moi j'ai apprécié ces moments parce que... déjà ce que j'ai remarqué qui m'a beaucoup étonnée c'est que vous avez une capacité à retenir les noms à la fois des patients mais de tous les membres de la famille. Et du coup le fait que vous preniez du temps par rapport au médecin que je consultais avant. J'avais connu ça sur Z mais sur Y, le monsieur qu'on voyait c'était à la chaine c'était pas facile y'avait toujours du monde y'avait vraiment un manque de médecin. Voilà, donc ça a été une des premières choses. Euh vous êtes arrivée personne ne vous connaissait, donc y'avait, par, à l'extérieur : « bah comment elle est ? » « Est-ce que t'y est allé ? » donc ça c'était aussi sympa. Euh moi je sais que, j'ai apprécié que vous preniez le temps lors de la consultation, ça m'a jamais dérangé le temps d'attente en ce qui concerne. Je sais que ça a pu déranger d'autres personnes, ça peut déranger d'autres personnes, mais moi je le prends aussi comme un temps de repos en tant que maman qui était survoltée. Donc voilà, mais, un très bon contact. Et puis une très bonne approche des maladies parce que moi j'ai une maladie chronique, je suis asthmatique, euh et donc c'était un moment où j'avais pas mal de souci donc mal de partout et c'est vrai que vous m'avez tout de suite fait faire des examens, vous avez été à l'écoute, euh, alors que de l'autre côté c'était

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

vite, bah vous avez trois enfants, vous travaillez c'est normal que vous soyez fatigué. Un peu plus compliqué. Là c'était beaucoup mieux.

M: Et maintenant, actuellement, maintenant que vous la connaissez un petit peu mieux comment vous pourriez me décrire votre médecin ?

Dr G : Euh je dois sortir là ? *(éclat de rires)*

M : Non. Surtout pas !

(Rires)

PG : Alors je dirais que toujours… Voilà la même impression est restée jusqu'au bout. Parce que parfois c'est vrai que, voilà, la première approche, on ne se connait pas. Vous arriviez, y'avait pas forcément une grande clientèle, enfin une patientèle importante. Mais maintenant même si c'est plein, il y a toujours cette prise en charge très complète, ça c'est important ce temps d'écoute. Après je crois que, il y a une difficulté que j'ai pu ressentir, mais parce que j'ai vécu des choses difficiles ces dernières années. C'est euh, à un moment donné, j'pense qu'on se connait, enfin on se connait sans se connaitre. Mais au niveau des maladies, on se connait beaucoup et euh moi comme oui j'dis « j'abuse du médecin », que ce soit pour moi et les enfants, euh plein de pathologies, à la fin c'est un peu, bon j'ai pas l'impression d'être prise pour une hypochondriaque mais c'est un peu toujours la même chose, voilà ce que je ressens à un certain moment et du coup je reste un peu inquiète mais, mais en même temps j'ai de la personnalité, donc quand ça m'énerve (rires dans la voix), je reviens. Donc voilà, quand je reste inquiète je reviens. Ouais.

M : D'accord

PG : Voilà et puis, y'a eu surtout l'épisode avec M. où ça a peut-être été difficile pour moi ce moment là parce que euh mais ça c'était vraiment mon ressenti je ne préjuge pas de l'avis de la personne en face, c'est euh.... ma fille donc est anorexique, elle a fait des tentatives de suicide ça a été vraiment un moment difficile, mais on a mis un moment à se rendre compte de la gravité de sa… euh enfin de l'existence déjà de sa maladie, parce qu'elle cachait beaucoup son jeu. Elle embrouillait un peu tout le monde, elle me dit « mais de toute façon quand je venais ici, je venais avec un grand sourire, j'étais dynamique et madame G, elle n'a pas vu mais… » Euh ou vous aviez peut-être l'intention de me rassurer en me disant peut –être que…

Dr G : Non je ne savais pas du tout, en fait à chaque fois que j'avais un compte rendu d'hospitalisation…

PG : ouais

Dr G : …Je tombais des nues parce que c'est des choses, j'avais l'impression d'apprendre des choses que je ne connaissais pas du tout...

PG : Oui

Dr G : C'est pas une impression c'est j'apprenais des choses que je ne connaissais pas.

PG : Et là oui, y'a un moment donné je me suis posée la question de... de la communication. C'est vrai que…

M : Entre vous deux ?

PG : Oui, bah oui de parler clairement de ce qui m'était difficile. Je pense que ça nous a. Enfin moi ça m'a beaucoup aidé de me dire « bah non, je vais pas changer de médecin, il faut absolument progresser », euh là, parce que y'avait beaucoup de choses que j'avais pas envie de répéter non plus. Donc y'a cette sécurité quand on connait son médecin et qui nous connait un peu de A à Z. Donc y'a des choses douloureuses qu'on arrive à confier qu'on a pas envie de re confier plusieurs fois. Non puis euh je crois que d'avoir fait comme ça. M. aussi s'est…

Dr G : Mais M. j'ai pas l'impression de l'avoir pris en charge… Elle était pris en charge par euh… tout ce qu'elle a fait jusqu'à présent c'était un tiers, c'était pas moi. Parce que…

PG : Ah oui

Dr G : Le diagnostic de l'anorexie, je tombais des nues, tout ce qu'elle a... son

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

parcours, en fait M., je la connaissais pas du tout.

PG : Bah oui, parce que c'est, bah je veux dire, moi en tant que parent, moi pareil, parce que elle nous a dit des choses après qu'euh... elle a confié son mal être en disant que ça existait déjà depuis un moment. Mais qu'euh bon ben, elle voulait pas embêter. Et ça c'est vrai que c'est compliqué…on, oui, on pouvait pas le savoir. De toute façon vu son attitude on ne pouvait pas deviner et le jour où elle a craqué, mon mari est parti, mon compagnon est parti, y 'a eu un...plein de choses difficile à gérer, euh le fait que moi je craque, après j'ai été mieux, donc elle m'a soutenue, après j'ai été mieux mais c'est elle qui a craqué on va dire… un peu en résumant

M : Oui j'imagine

(Rires)

PG : Mais voilà oui moi ça a été ça sinon non, je euh

M : Donc y'a eu cet évènement qui a on pourrait dire a modifié un peu l'image que vous aviez du Dr G ?

PG : Non pas du tout l'image mais euh euh ... le sentiment de pas être sur la même longueur… ne pas être sur la même longueur d'onde, c'est un peu une expression à moi mais dire que euh moi je savais pas où j'avançais, j'avançais sur des œufs, M. aussi et vous peut-être aussi?

Dr G : Oui, oui

PG : Et puis je veux dire vous n'avez pas été la seule…

Dr G : Extérieure au problème

PG : … Parce que quand j'ai été à Y. c'était du grand n'importe quoi. Parce qu'elle a été hospitalisée un mois et même là vous m'avez beaucoup soutenue en, fin bon peut-être sans le vouloir mais en réagissant comme ça parce que j'avais l'impression de devenir folle, je me disais « mais c'est pas possible on me renvoie une image de ma fille et de moi qui n'est pas du tout euh celle enfin c'est pas du tout celle que je veux donner » et j'étais complètement perdue et quand je suis venue vous en parler, vous avez pris le relai et après vous m'avez dit bah oui la non, même vous, vous étiez surprise de l'idée qu'il avait eu de moi, fin sur Y., mais euh voilà mais un bon relai. Non non j'ai pu compter sur vous

Dr G : Relai mais pas très efficace *(rires)*

PG : Oui mais bon je pense qu'il y a une telle complexité des choses que…

M : La pathologie en elle-même aussi…

PG : Puis oui une pathologie qui est complexe. De toute façon je pense que le malade qui a une maladie de ce type-là déjà ne sait pas qu'il est malade, c'est la psychologue qui a beaucoup aidé M. parce que elle-même elle connaissait cette maladie, à accepter ce diagnostic, parce que bah comme elle était toute menue on la traitait d'anorexique, mais bon elle elle ne l'était pas, c'était une insulte, donc voilà j'crois que c'est déjà le malade quand il vient voir le médecin c'est parce qu'il (*en accentuant le mot il*) est inquiet, M. n'était pas inquiète, c'est nous qui l'étions. Elle elle était pas du tout inquiète, elle me dit « mais moi je me sentais pas malade pas du tout ».

M : Et vous comment vous pourriez décrire madame G. ?

(Rires)

PG : C'est à mon tour de filer… *(Dans un rire)*

Dr G : Alors je vais pas la décrire, ce sera plutôt le ressenti justement par rapport à la période où M. n'était pas bien, j'avais l'impression qu'il y avait des choses qui m'échappaient, voilà qui m'étaient complètement étrangère et j'avais l'impression que j'avais loupé le coche quelque part, comme si il y avait des non-dits. Parce que quand il y a des diagnostics qui tombaient j'étais extérieure au problème en fait, donc l'impression, c'est une impression d'avoir loupé le coche à un moment donné voilà parce que, ben en général, on voit des patients, on a des suspicions, des hypothèses diagnostiques et après qui sont confirmées ou infirmées mais là c'était l'inconnu jusqu'à ce que le diagnostic tombe. Donc j'avais l'impression

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'avoir raté quelque chose, mais où je ne sais pas, mais voilà.... Ça demande une… ouais, je me pose des questions… A quel moment est ce que… j'aurais pu y penser et je n'y ai pas pensé, mais non…

M : D'accord. Est-ce que il y a eu d'autres évènements dans votre relation…

Dr G : non.

M : … Est ce qu'il y a eu des choses qui se sont passées qui ont pu modifier l'image que vous avez l'une de l'autres ou des…

Dr G : Ah ça n'a pas modifié l'image, ce qu'il y a c'est que, c'est juste l'impression dans la prise en charge ou j'avais l'impression d'avoir été comme si j'avais pris des vacances. J'étais absente du cabinet je reviens, et je découvre des choses. Voilà c'est ce ressenti-là. Mais ça ne modifie rien…

M : D'accord.

Dr G : Oui c'est exactement ça. C'est comme si j'étais en congé maladie je suis revenue je découvre alors qu'à aucun moment il n'y a eu d'interruption.

PG : Mais c'est vrai qu'il y a eu une rupture dans l'attitude de M. Oui elle a été euh. Elle a extériorisé sa façon d'être d'une manière et pratiquement du jour au lendemain, elle a changé, les évènements et son entourage a changé du coup et... Beaucoup de choses se sont précipitées, on va dire. En l'espace de six mois, sa vie a été très différente et elle aussi. Oui oui bah oui, c'est vrai que cette, oui, l'impression de plus avoir à faire à la… pas la même personne mais à la même situation.

M : C'était il y a combien de temps cela ?

PG : M., donc euh en 2011

M : D'accord

PG : Voilà ça fait 3 ans maintenant, mais non ça m'a été d'un grand soutien et j'ai pas regretté de pas avoir lâché. A des moments oui, je me suis dit mais j'avais envie de me lâcher moi-même quoi. A un moment donné on est tellement dans la peur surtout face à un jeune qui veut se suicider, parce que bah on se dit qu'on marche sur des œufs. Très très peur mais je suis venue souvent là. C'était dur à un moment parce que vous m'avez proposé un arrêt de travail euh longue durée et j'étais partagée parce que dans ma tête, je me disais « mais je suis-je suis pas malade, je suis juste, c'est ma fille qui est malade (*rires dans la voix*) » et puis j'étais suivie pas un psychiatre qui euh soit c'était pas son point de vue soit a perçu ma difficulté mais le fait que vous ayez pris cette décision m'a fait prendre conscience qu'il fallait que j'arrête qu'il y avait quelque chose qu'il fallait que je change dans ma vie. D'arrêter d'aller travailler ou de vouloir tout faire j'en sais rien mais c'était voilà une reconnaissance de ma difficulté enfin de ma situation ça c'était important quelque chose que moi-même j'arrivais pas à m'accorder. Donc après c'était un arrêt de travail vous m'avez dit de commencer pour je sais plus quinze jours (*rires*) et puis après j'ai dit allez finalement (*rires*) parce que je suis dans l'enseignement je travaille avec les jeunes et euh j'ai toujours peur de pas finir le programme, de les lâcher parce que ce sont des jeunes en difficulté donc c'est vrai que je ne suis pas face à du matériel je suis face à des individus, voilà donc j'ai du mal à … et à ce moment-là j'avais beaucoup de mal à choisir les priorités.

M : Donc, cela vous a beaucoup aidé à ce moment-là.

PG : Voilà cette fois ci je vous arrête! *(rires)* la fermeté !

M : Vous vous souvenez de ce moment-là ?

Dr G : Alors *(raclement de gorge)* Pourquoi est-ce que je vous ai proposé un arrêt longue durée ? Parce que vous étiez dans des situations ou vous reprenez… vous étiez partagé entre le boulot et la maison. Et vous étiez partout et nulle part en même temps. Donc c'était aussi une façon de dire ou vous vous concentrez entièrement à la maison donc euh c'est pas des brides et vous savez que bah là vous allez fermer cette porte et vous allez vous consacré complètement à la maison ou vous gérez les deux et voilà. L'arrêt longue durée, c'est à dire vous vous accordez par exemple un an sans aller au boulot. Et du coup si vous n'y êtes pas il y

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

aura quelqu'un qui va vous remplacer je pense que c'était surtout dans cet état d'esprit là.

PG : Ah oui.

Dr G : Parce que comme on se voyait souvent. C'était décousu. Vous étiez partout et nulle part.

PG : Ah oui c'est vrai

Dr G : Ouais c'était… parce que c'était faisable à l'éducation nationale on peut le faire.

PG : Bah c'est même souhaitable parce que sinon on n'est pas remplacé et du coup c'est le bazar complet. Ça crée une angoisse importante de lâcher. Et puis bon moi je sais les classes je les ai une dizaine d'heure, je les ai en matière professionnelle donc euh leur emploi du temps est complètement décousu.

Dr G : Mais la ça fait un petit bout de temps qu'on s'est pas vu ? (*rires*) ça veut dire que ça va bien?

(Rires). Ah oui c'est Léa qui vous a vu...

PG : Elle a pris le relai

(Rires général)

Dr G : J'étais en train d'y penser. Et ouais ça fait un petit bout de temps.

PG : Mais j'ai déménagé sur W., j'y pense tout d'un coup pendant deux ans, mais j'ai pas lâché je suis venue là, j'ai pas changé de médecin.

Dr G : Oui oui mais non mais c'est par rapport à l'évolution des choses...

PG : C'est important de pas avoir à redire…

M : De pas changer de médecin...

PG : Oui voilà, puis je me sentais en confiance même si voilà. J'avais besoin de retrouver mes repères et puis de les expliquer et de voilà et de bien me dire. Voilà après…

Observateur (O) : Moi je voulais juste revenir sur deux trois choses, vous disiez j'ai pas lâché, c'est-à-dire qu'à un moment donné vous vouliez, vous disiez qu'il y avait un problème de communication, ou vous étiez pas sur la même longueur d'onde. Vous vouliez parler avec Dr G justement à ce moment-là?

PG : Euh oui, oui oui

O : C'est quoi qui vous faisiez ressentir ça ?

PG : Euh, je pense pas que c'était propre à vous, non c'était vraiment j'avais plus de prise sur rien, tous mes repères étaient chamboulés et euh oui c'est et donc c'était à chaque fois un peu la question dans ma tête. Avec toutes les personnes avec qui j'étais en relation, c'était dire, « bon et là est ce que je continue la relation ça m'aide, ça m'aide pas ? » euh voilà c'était plus dans ce sens-là. Parce que la question s'est posée autant avec les proches qu'avec des amis de trouver peu de personne mais quelques personnes sur qui je pouvais compter.

O : C'était sur le relationnel en général et pas forcément avec…

PG : Oui

O : D'accord

M : Et c'était propre à votre situation à ce moment là

PG : Oui je pense que c'est plus ça. Avec du recul c'est bien ce qui s'est passé à ce moment-là. J'dis, bon bah on va pas mettre tout le cafouillis là je suis sure que je suis connue, je peux parler je peux revenir sans problème tant pis (*rires*)

O : D'accord, ok… Et c'est ce que disait le Dr G, le fait d'être, lorsque vous disiez, « j'étais extérieure au problème », vous aviez ressenti ça aussi ? Cette sensation qu'elle avait d'être un peu mise si je peux dire pas de côté, mais d'avoir cette sensation…

PG : … Non pas extérieur mais qui avait bah je pense pas d'expérience à ce niveau-là, ou je sais pas, pas de euh au niveau de cette maladie, de l'anorexie, hein, mais euh en même temps j'étais pas surprise parce que

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

tous les gens que j'ai côtoyé et je dirais, euh bon au service à Z où M. avait été hospitalisée, on a pas fait le diagnostic d'anorexie et elle a été hospitalisée un mois et déjà à ce moment-là elle ne mangeait pas. Mais bon y'avait un diagnostic de dépression mais euh pas plus donc et puis j'ai pas vu que voilà madame G et euh l'hôpital… Donc M. a eu deux psychologues avant de tomber sur la dame qui elle-même connaissait bien la maladie et euh pas de diagnostic rien du tout donc euh non je dirais que j'crois que c'est une maladie extrêmement méconnue

O : D'accord donc vous en parlez par rapport à la maladie de votre fille ?

PG : Oui

O : Et vous *(en d'adressant au Dr G.)* **quand vous disiez extérieure au problème, c'était toujours par rapport au problème de M. ou de manière plus générale dans la relation avec madame G. ?**

Dr G : Non, non, non, non...c'était par rapport à M.

O : Par rapport à M….

Dr G : Parce que à aucun moment, je ne l'ai vu pour une perte de poids par exemple.

O : Mmh

Dr G : En consultation, c'est… les demandes n'étaient pas claires ou en tout cas moi le retour que j'avais c'était pas… parce que un gamin qui mange pas et ben il perd du poids et puis on le voit quoi. La première plainte c'est : il ne mange pas, il est pas bien.

O : Mmh

Dr G : Bon là les tableaux ne se ressemblent pas.

PG : Non, je pense que les malades, quand elle était hospitalisé à H. où j'ai pu plus fréquemment côtoyer les autres patientes y'en a pas une pareille et puis donc on a découvert non seulement l'anorexie, mais la boulimie parce qu'elle est anorexique boulimique vomisseuse. Avec des termes comme ça, ça fait très très moche mais… (*Rires*) voilà la maladie mais après bon là-bas heureusement il y a eu un soutien des parents et on nous expliquait comment ça se passait, quelle était la maladie, bon elles peuvent être bien portantes et être anorexiques, avoir des troubles du comportement alimentaire. Et elles passent d'une phase boulimique à ne pas manger du tout donc ça passe inaperçu en fait. Et il y a que si la personne, euh oui explique son mal être, ou si la vie en famille devient impossible qu'on peut se dire qu'il y a quelque chose qui cloche mais sinon on ne le voit pas. Et puis aujourd'hui, les ados font des régimes, les ados s'habillent d'une certaine façon, on essaye tous d'être mince donc, on y pense pas quoi je veux dire...

M : Est-ce que donc là on a beaucoup parlé de la maladie de M… Est-ce qu'il y a eu d'autres évènements dans votre relation qui ont pu être marquant ?

Dr G : Pour moi non.

M : Et pour vous ? Des choses, Je ne sais pas une consultation… un jour où il y a quelque chose qui s'est passé.

PG : Euh non parce qu'on va dire il y a un certain rituel, je viens régulièrement, parce que j'ai des ordonnances à renouveler pour l'asthme, bon là il y a toujours une vigilance euh après des baisses de tension à certain moment-là pareil, euh je crois que mes difficultés n'ont jamais été remises en doute, mises en doute. Bon parfois, on se demandait d'où ça venait, mais je venais par précaution (*rires*) comme l'autre fois quand je suis venue vous voir, j'ai toujours mal à la jambe mais bon, je suis rassurée, c'est pas....

O : C'est comme vous disiez tout à l'heure vous disiez « j'abuse du médecin je viens pour toujours la même chose, j'ai besoin de revenir pour être sécurisée... »

PG : Pas rassurée mais j'ai vraiment plein de symptômes, je sais pas comment on dit, des choses vraiment embêtantes quoi. Ah oui. Et c'est vrai que bon là en dehors des consultations ici j'ai pas eu de problèmes. Mais je suis asthmatique et très longtemps, on m'a dit mais vous avez été couvé, c'est le stress et c'est pas vrai. Voilà. Oui des choses qu'on pourrait dire, oui, je sais pas quand

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

moi on me dit « vous somatisez » pour moi ça me parle pas je peux pas respirer, je peux pas monter dix marches d'escalier, euh concrètement, on peut bien me dire que je somatise mais ça m'aide pas dans ma vie de tous les jours. Mais si on me donne de la ventoline je peux monter mes escaliers. *(Rires)* Voilà.

O : Et vous aviez cette impression-là vous aussi ? Que je reprends vos termes « de abuser du médecin et venir toujours pour la même chose » ?

Dr G : Euh c'est valable pour tous les patients *(éclat de rires)* c'est pas exclusif à Mme G. *(rires)* est ce que j'ai répondu à la question ?

O : Pas mal

PG : Non mais après on se voit souvent parce que voilà j'emmène aussi, voilà on est quatre, j'accompagnais les enfants, maintenant L. vient toute seule. Ma fille qui est sur M. elle a gardé....

Dr G : L., elle s'exprime, même G. arrive à s'exprimer *(rires)*

PG : Ah oui ça y'est. (*Rires*) C'est même lui quand je vais le voir, il me dit : « bon alors qu'est-ce que tu as raconté ? ». On a fait du chemin…

O : Et tout à l'heure Claire vous demandait comment vous pourriez décrire madame G. Finalement la réponse c'était l'évènement par rapport à M….Comment vous pourriez la décrire ? De manière, plus elle, comme patiente, madame G comme… dans la relation que vous avez avec elle ?

Dr G : Alors…

O : Même si l'évènement de M. C'est aussi forcément votre vision…

Dr G : Alors c'est difficile, qu'est-ce qu'il faut que je décrive ? La personnalité ?

O : Ce que vous ressentez, l'impression qu'elle vous donne, dans la relation que vous avez…

Dr G : Euh j'ai connu la période du début où c'était la vie familiale stable, après il y a eu la période difficile où il y a eu la séparation et c'était quand même, là c'était un moment où je vous ai senti déstabilisé, parce qu'il fallait lâcher certaines choses que vous aviez pas envie de lâcher et qu'il fallait passer par la si vous vouliez voilà.

PG : Mmh

Dr G : Donc c'était un peu compliqué, je suis extérieure au problème je le décris comme je l'ai ressenti donc voilà, la dessus on n'est pas dans le jugement parce que les gens sont dans leurs vies, ils essayent un petit peu, vous avez fait un bout de chemin, un grand pas j'ai envie de dire même si en ce moment , vous avez encore mal à la hanche il faut continuer à avancer. (*Rire étouffé*) Et y'a eu aussi les enfants qui ont grandi et que chacun a pris son chemin et que maintenant il va falloir s'occuper de vous donc y'a des choses qui sont passées quand même, euh le bilan final il est positif malgré tout parce que vous avez fait des choses, euh, vous avez mis du temps mais vous les avez fait quand même et que peut être vous avez pris le temps que les enfants grandissent pour le faire. Donc il y avait des habitudes qui étaient installées et après bah voilà euh voilà comment je la ressens. Après l'asthme, les pathologies du poumon, c'est de la tristesse chronique, je parle médecine traditionnelle chinoise, donc euh il y a des moments quand on prend sur soi, bah il va y avoir l'asthme qui prend le dessus, donc bon on adapte le traitement, on majore, voilà, c'est toujours les même traitements de toutes façons. La psychothérapie, elle la fait déjà. Voilà mais le médecin généraliste il est spectateur de beaucoup de choses, euh intervenir, on n'a pas les moyens d'intervenir, on va être à l'écoute et c'est les gens qui vont faire leurs chemins. Donc on est spectateur, mais c'est vrai que vous avez avancé pas mal...

(Rires de PG)

PG : beaucoup *(rires)*, j'ai bien tenu ... et j'ai voilà.

Dr G : Le résultat final est positif quand même

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PG : Oui oui très positif

M : Vous vous retrouvez dans ce que dit…

PG : Oui oui, j'ai été forte mais sans sans sans… orgueil quoi. C'est que…

Dr G : Mais c'est très bien, je vous félicite *(rires)*

PG : J'ai été forte. Bah j'ai pu faire face, je sais que voilà mon histoire fait que, j'avais les moyens d'être forte et voilà et je vois M., elle est forte, elle témoigne et ça c'est quelque chose, que je lui ai proposé, que la psy lui avait proposé et euh c'était important pour elle de donner, enfin de faire quelque chose de ce qu'il lui été arrivé bon là elle s'en sort tranquillement, lentement mais surement et moi je crois que… oui ça, c'est passé dans ce que j'avais envie de faire passer à mes enfants, mais c'est vrai que prendre soin de soi c'est pas quelque chose qui est dans mon éducation, prendre soin de soi au sens de… prendre soin de soi, oui aller chez le médecin voir pourquoi j'ai mal partout, mais oui ça c'est pas mmh. Fin bon oui oui vous avez bien fait le tour, *(rires)* on s'en sort, mais j'ai bien aimé, une année, vous m'aviez dit, au début où on s'est séparé, vous m'avez dit, euh vous m'avez parlé d'équilibre que de toute façon naturellement la nature retrouve un certain équilibre, les choses allaient se faire toute seule.

Dr G : Je me rappelle pas toujours ce que je dis *(rires).*

PG : Alors voilà, vous l'aviez peut-être trouvé dans un livre…

Dr G : C'était l'inspiration du moment… *(En riant)*

PG : Voilà. Tiens de toute façon c'est des phrases, les phrases elles aident moi personnellement je fonctionne beaucoup avec des phrases magiques comme je dis, mais piochées par ci par là et c'est vrai que je pense que la dessus souvent, moi j'use et j'abuse avec les élèves aussi, mes enfants, avec de… mais ça marche mieux avec les gens de l'extérieur *(rires).* Comme dit mon psychiatre, « nul n'est prophète en son pays ». Mais oui des petites phrases magiques qui font que les gens avancent, qu'on les autorise à avancer. Et euh voilà ça faisait partie d'une des petites phrases. Je me suis dit : « t'inquiète *(rires).* L'équilibre » J'ai dit « ouais c'est un peu naturel, ça va revenir», il faut, parce que la personne qui est mal, fin les enfants en l'occurrence et eux aussi ils vont avoir envie de se sentir mieux, ils vont faire le nécessaire.

O : Mmh

PG : De pas… oui mon ex-mari avait quand même tendance à mmh à attendre que je gère, enfin comme beaucoup de femmes, beaucoup de choses et je suis, le fait qu'on soit séparé j'ai retrouvé un équilibre en me disant « mais non, voilà mes enfants sont capables de marcher je marche pas à leur place. Il y a plein de choses qui sont capables de faire sans que j'intervienne. » Ça ça a permis cette distance, là il a fallu du temps mais, oui, mais ça aussi c'est vrai que c'est pas évident, se dire laisser l'autre, même enfant même petit, la personne au fond d'elle-même, elle voudra toujours aller mieux que mal.

O : Mmh vous parliez tout à l'heure du rôle de spectateur, est ce qu'il y a eu seulement un rôle de spectateur dans, dans votre…

Dr G : Oui, de toute façon on peut pas intervenir, on peut pas faire les choses à la place des gens et puis de toute façon c'est à eux de faire le plus gros du boulot. Alors après ils viennent chercher un repère, est ce qu'on est dans le vrai, est ce que c'est le bon chemin, mais ça, ils se le posent tout seul, ça ferait pareil, le fait de l'avoir partagé avec quelqu'un, ça fait avancer.

PG : Si moi y'a eu un moment où j'ai été en difficulté, toujours dans le contexte de ce qui s'est passé pour M., c'était euh de de comment dire, j'étais en grande difficulté de vous informer de certaines choses que j'avais su sur M. et sur ses relations avec d'autres enfants du village, que vous aviez peut-être comme patient j'en savais rien, je me suis dit mais qu'est-ce que je fais est ce que j'ai un devoir de, de transmettre un peu ces doutes que j'ai, parce que si vous l'aviez aussi en patient sur des difficultés comme celles que M. avait traversé, ça ça m'a été

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

compliqué de dire. Bon est ce que…et puis voilà et je l'ai fait ; Puis voilà après vous en avez fait ce que vous vouliez en fait.

(Rires) Voilà mais je moi j'ai mis un moment avant de de de d'oser…

Dr G : J'l'apprends l'info, j'l'apprends…

PG : Oui

Dr G : Après c'est une info

PG : Oui c'est ça après vous en faites ce que vous voulez. Des fois ça peut donner… J'ai hésité la dessus... sur l'éclairage. Parce que quand même les gamins sur un village, euh ils passent quinze ans quasiment ensemble et il y a beaucoup de choses qui se passent pas dans la famille mais auprès des copains-copines, dans le contexte scolaire ou autre. Donc là c'était le cas mais avec un contexte familial qui n'a pas été aidant. C'était dans des relations scolaires. Mais pareil, des choses que j'ai apprises après. Que j'avais soupçonné (*rires*). Mais ouais voilà.

O : Alors vous vous êtes d'accord sur le côté rôle de spectateur ?

PG : Je pense que c'est important, personnellement, cette distance quand même parce que je crois qu'il y a eu des moments où j'étais très mal, j'aurais pas appré... j'aurais peut -être fui si on m'avait abordé. Oui c'était difficile, certaines choses étaient difficiles. Oui après je sais pas à des moments, en même temps on a envie qu'on nous tende la perche et puis à des moments… Finalement voilà c'est à moi de prendre la parole

M : Mmh

O : D'accord

PG : Après moi j'ai la parole facile alors je sais pas pour des patients qui eux n'osent pas parler si ils sont en difficulté moi en tout cas, j'étais toujours amenée à ma responsabilité d'individu quoi. J'ai besoin, j'ai un doute, je pose la question. Le fait que cette distance enfin cette, puis c'est protecteur moi dans mon métier c'est pareil je peux pas me substituer aux gens…

M : Vous trouvez aussi qu'elle a la parole facile que de toute façon elle va venir vous voir si elle a besoin ? Vous êtes d'accord avec ça ?

Dr G : Euh… Venir me voir si elle a besoin oui. La parole facile, malgré tout on ne livre que des choses qu'on est prêt à livrer, la parole facile ça veut dire, dire tout sans retenue. Enfin c'est l'explication que j'ai dans ma tête, euh ben non, on lâche que des choses quand elles sont vraiment mûres, claires, quand elles sont pas encore bien construites, on a du mal à les verbaliser déjà et puis voilà... si vous ne lâchez pas ce sera peut-être inconscient, ou pas construit.

PG : Euh oui. Après je trouve que tout ce qui est du domaine de l'intimité c'est très difficile parce que notre société affiche beaucoup de choses mais personne ne peut parler des choses intimes, c'est tabou et d'façon même dans l'enceinte d'un cabinet médical , y'a des choses, je veux dire même moi ,des élèves me poseraient la question je ne serais pas dire si ça c'est bien ou pas bien, je veux dire dans les relations que j'ai pu avoir que ce soit avec mon ex-mari ou même avec les enfants ce qu'on leur, c'est difficile. J'pense qu'on a aussi cette, c'est pas particulier à nous mais une difficulté dans notre société aujourd'hui d'aborder des choses intimes.

O : Même avec votre médecin ?

PG : Oui. Et puis j'aimerais pas qu'on m'en parle (*rires*) Faudrait que ça vienne de moi. Mais j'crois que ça du coup c'est plus notre société qui doit évoluer.

O : On va dire que votre médecin est plus dans, vous attendez plus qu'il soit dans juste l'écoute, plutôt que… ce soit à vous de parler. Qu'il soit dans l'écoute sans forcément qu'il vous donne des réponses, vous attendez pas forcément ça…

PG : Oui.... On se demande tous hein, « pourquoi je suis tout le temps malade », « est ce que je suis normale », « pourquoi je me pose des questions pour telle chose », « pourquoi cela a tant de retentissement de toute façon sur ma santé », parce que c'est fatiguant de se poser des questions, mais après je crois pas que ce soit

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

le lieu de répondre, le lieu pour aborder ça, c'est plus un problème de société, mais ça se retrouve forcément ici mais euh...

O : Vous en parlez pas forcément ?

PG : Non. Après moi j'aime bien la salle d'attente quand il y a des revues ou…

Dr G : Je gère rien dans la salle d'attente c'est les patients. Temps en temps, il y a des voitures, des fois il y a des constructions, des travaux de maison, des fois y a....des revues religieuses, donc la salle d'attente c'est pas moi (*rires*) c'est les patients.

PG : J'ai l'impression en plus que les gens mettent ça aussi car ils ont aimé telle revue ou euh ou voilà parce que ça leur a manqué tel jour de pas avoir femme actuelle

O : Vous en parlez de la salle d'attente, hein…

PG : J' pense que c'est important, oui c'est un sas. Et puis il y a un affichage, je veux dire, M. elle a vu le truc de la maison des ados, elle l'a vu chez vous hein. Après quand elle a fait son petit témoignage, elle vous l'a apporté pour que vous le mettiez là-bas.

Dr G : Je vais rebondir sur ce que vous avez dit tout à l'heure...qu'on dit pas tout, est ce que… alors, on porte des mots... sur lesquels on n'a pas pu mettre des maux m-a-u-x, des choses que l'on a pas identifier, m.o.t.. Inconsciemment, on va exprimer dans son corps, ce que l'on peut appeler « psychoter », « maladie psychosomatique » etc...[P.G: Hum]. Et quand vous arriverez à faire le lien entre les deux, d'abord vous serez moins inquiète, vous trouverez des explications à votre mal être, et en même temps vous trouverez une voie d'issue. Vous n'aurez plus mal partout, vous aurez plus mal nulle part d'ailleurs (*rires des deux*)

PG : Oui mais en même temps on se verra plus.

Dr G : Les barrières qu'on se met, que ce soit notre éducation ... la société, elles ne sont pas réelles.

PG : Oui.

Dr G : C'est à dire, on va prendre un petit éléphant, euh qu'on va attacher à un arbre, et comme il est petit, il va tirer un petit peu et puis il va voir que l'arbre, il va pas se défaire de ce lien. Il va grandir, mais une fois grand, il ne va pas bouger de cet arbre parce qu'il croit toujours qu'il pourra pas partir. Mais il a grandi entre temps. Donc c'est à vous de voir ce que vous voulez faire de vos barrières. Certaines choses que vous pourrez exprimer, ce sera aussi votre salut, malgré tout quoi. Et les garder... alors c'est pour vous hein. [P.G: Oui oui] Que vous les lâchiez ou pas...c'est, est ce que vous êtes capable de vivre avec jusqu'à la fin des temps, ou à un moment donné, si vous êtes partie pour vous occuper de vous, et ben "même pas peur" et vous les lâchez. Mais vous prendrez le temps dont vous avez besoin.

PG : Après c'est vrai... ce sont des choses que... est-ce que c'est le lieu [Dr G: Oui] pour en discuter ici?

Dr G : Oui, parce qu'on est dans les soins (*mot appuyé*)

PG : Moi je sais que le fait de consulter maintenant une psychologue, que je vois plus régulièrement que le psychiatre...

Dr G : Ah pas forcement ici, à partir du moment où il est confié à quelqu'un.

PG : Il y a un lieu voilà oui.

Dr G : Pas forcement ici.

PG : Ça va mieux, mais parce qu'ici, c'est vrai qu'ici ça demande tellement de disponibilité, de temps...

Dr G : Peu importe à qui vous délivrez, à un professionnel, oui. Vous ferez votre chemin parce que c'est vous (*appuyé*) qui allait faire le chemin.

PG : Après il y a quand même la difficulté, je vois par rapport, toujours par rapport à M., où il y a des choses graves qui ont été vécues, je vois même à Y, finalement le recours derrière, c'est très compliqué un recours. On va dire la personne qui a été blessée que ce soit physiquement et moralement. Bon de faire une démarche plus de pardon, de distance, qu'une démarche

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

juridique qui serait encore violente, c'est difficile là aussi je veux dire d'en parler avec le médecin, c'est euh...ouais il y a des choses qui sont difficiles à exposer. C'est vrai que là, quand je parlais de la salle d'attente avec les revues, moi je me suis retrouvée à chercher et trouver et ben un article la dessus (*en riant*), comment m'apaiser, comment prendre du recul. Et c'est, je pense que c'est pas facile, enfin en plus...on se met à la place du médecin aussi, quelque part on va s'dire qu'est c'que j'vais l'embêter, alors que moi déjà je n'arrive pas à résoudre ce problème, qu'est-ce que je vais lui faire partager cette difficulté. (*Sonnerie du téléphone*)Après ça rend responsable de quelque chose, on attend forcement...une aide.

Dr G : Mais le fait d'avoir verbalisé, ça vous met dans un contexte, où en partant d'ici comme vous le faites chez le psy, vous avez avancé sur un cheminement et que les choses commencent à se décanter, même sans avoir un retour de toute façon.

PG : Oui.

Dr G : C'est pour ça que le dire avant il y avait le prêtre, le confessionnal [PG: Oui], il y avait les amis, on se rencontre autour d'un café, il y avait le bar, il y avait...maintenant tous ces liens sont coupés. Ben il reste le médecin heureusement *(rires)* et donc si vous les confiez au psy aussi, c'est bien aussi quoi.

PG : Ouais

Dr G : Vous avez fait un bout de chemin, ne vous arrêtez pas au milieu.

(Toujours sonnerie du téléphone)

M : Est-ce que vous vouliez vous dire autre chose? D'autres choses à ajouter?

PG : Non...

Dr G : On a bien discuté hein. *(Rires de tout le monde)*

PG : Après c'est difficile spontanément, c'est euh...

M : C'est sûr…

PG : Ce sont des questions que vous vous posez, voilà j'essaie de vous donner un peu des pistes, c'est vrai que l'expérience fait que c'est possible mais euh. Mais j'ai que des pistes. Après c'est des chemins à parcourir, on pourra pas le faire à votre place. (*En riant*) Parce qu'après vous vous allez faire un dossier exclusivement sur la communication.

M : En fait sur la relation entre le médecin généraliste et ses patients, on a fait plusieurs entretiens de la sorte, et donc on va les analyser et voir ce qu'il en ressort. Dans les échanges entre le médecin et ses patients.

O: La communication, oui mais surtout l'échange en fait, comment l'échange se créait, comment la relation se créait. Donc la communication forcement c'est un des points principal, c'est pour ça qu'on revenait là-dessus, quand vous parliez de problèmes de communication, quand il y avait cette histoire de non-dits, pour savoir si c'est exclusivement dans la relation ou si c'était vous après en général dans votre vie à ce moment-là.

PG : Oui

O : A ce moment-là vous en aviez besoin...donc c'est pour ça qu'on a demandé un peu plus de précision là-dessus. Puis après c'est intéressant pour vous après de pouvoir en discuter après ou pas, ça dépend de ce que l'entretien a pu vous apporter aujourd'hui.

PG : On va continuer comme avant *(en riant) (rires du Dr G)*

O : Ca va pas changer...

PG : Non, non j'apprécie bien cette distance parce que, on aurait pu plus sympathiser, parce que les situations se sont quand même présentées plusieurs fois, c'est pas quelque chose que je me sens prête. À… voilà.

O : Et cette distance dont vous parlez…

PG : Voilà j'apprécie, Mme G c'est mon médecin. Mais bon. Je l'apprécie beaucoup mais on n'est pas amie, on n'a pas de relation à coté non plus. Peut-être aussi

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

parce que voilà, j'ai besoin encore d'une certaine intimité. Ca ne s'est pas présenté…

Dr G : On va pas brouiller les pistes *(en riant)*

PG : Quand on se croise on sait pas si on doit se faire la bise ou se serrer la main alors...

Dr G: Oh j'ai pas fait exprès cette fois-là... (*En riant*)

PG : Voilà comme ça se présente voilà. Alors entre guillemets, ça résume un peu la situation.

Dr G : Quand on se voit pas pendant longtemps on se tape la bise et après quand on se voit de manière plus régulière on se serre la main c'est ça *(tout en riant),* ou l'inverse, quand on se voit trop souvent on se tape la bise. *(Rires de tout le monde)*

PG : Voilà.

M : Ben parfait.

Dr G : Impeccable. *(Impression de soulagement dans la voix)*

O: Très bien.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien débriefing Docteur G (EG3)

Lieu : cabinet du docteur D

Date : le 5 novembre 2014, juste après l'entretien en interaction avec la Patiente G

Observateur (O) : On t'écoute.

Docteur G (Dr G) : Bah ça me conforte qu'il y ait du non-dit, parce que euh, c'est une personne qui est très introvertie je ne voulais pas lui dire…la qui a épousé un type qui était vachement plus vieux qu'elle, la petite parenthèse c'est un mec qui est curieux à chaque fois qu'il vient en consultation, il se sent obligé de sortir sa quéquette pour montrer une tâche de vitiligo, à chaque fois. Après elle me raconte une histoire d'attouchements sur sa gamine, sur d'autres familles de X, qui lui ont fait subir, je veux bien *(en accentuant sur le « veux »)* mais y'a du non-dit. Parce que cette gamine elle s'est pas déclaré sur le tableau d'anorexie. Elle a de l'Abilify, du Seroflex, elle a un tableau psy d'abord, euh psychotique avant d'être anorexique. Alors le diagnostic est un petit peu difficile à digérer quoi, je ne connais pas la pathologie de l'anorexie je veux bien, pleins de choses, bah il faut avaler la pilule, je veux bien mais il y a du non-dit. Et elle dans sa vie de couple, elle dit pas ce qu'elle vivait, donc les autres, les grands ils s'en sont bien sortis, mais la dernière elle a ramassé, elle a ramassé parce que la mère a dit non depuis longtemps, elle a essayé de partir, de couper et la dernière, elle a bien ramassé, c'est le prix à payer au fait que cette séparation, je ne sais pas ce qui se vit dans cette famille et elle dit qu'elle ne peut pas livrer tout et et du coup elle vient me conforter dans mon ressenti qu'elle ne dit pas tout et qu'à chaque fois elle vient me livrer un gros paquet je le ressens comme une claque *(éclatement de rir*es) c'est quoi mon rôle dans l'histoire ? Et elle dit je dois garder mes distances, parce que il y a le « quand dira-t-on », etc. etc.

O : Mais c'est toi qui a appuyé la dessus, sur le rôle de spectateur et finalement cela lui va bien ?

Dr G : Oui, oui, oui, mais oui, elle m'a exclu de la prise en charge car elle n'assume pas du tout, ce que je vais entre guillemets penser alors que je ne pense pas, je ne suis pas là pour juger, mais j'ai bien compris que la société voudrait que l'on reste dans le politiquement correct et qu'on…

O : Oui c'est ce qu'elle disait, elle préfère se débrouiller toute seule ?

Dr G : Alors euh, mon ressenti, moi si c'était l'enseignante de ma gamine, être tout le temps en arrêt, une fois sur deux, à chaque fois sur un mois, elle s'arrête quinze jours, ça me foutrait les boules, alors soit elle s'arrête, soit elle va au boulot, mais toute l'année comme ça. Un jour je lui dis je vais vous mettre en arrêt longue durée. Donc elle a compris, c'est ou vous allez au boulot, ou vous arrêtez complètement. Et ces pauvres gosses ! *(avec une voix aiguë).* Du coup, et ben elle me dit pas tout parce que moi aussi j'ai mon avis sur euh tu vois un peu, sur ce qui se fait correctement et sur ce qui ne se fait pas correctement, elle m'a catalogué dans un, une catégorie quand même. Alors elle mélange entre les arrêts et jusqu'où et je ne suis pas sa copine. Et oui c'est vrai, je suis pas sa copine je suis son médecin traitant, alors elle peut me livrer un mal être, elle peut me livrer mais non elle mélange. Euh zzz, il faut euh, faire les choses correctement, alors elle se sépare de ce type. Je le laisse pas aux internes, à chaque fois qu'il y a une nouvelle interne elle se fait bizuter, alors ça suffit. Alors moi de temps en temps, mais vous l'avez déjà dit… comment je fais ? Donc je ne sais pas ce qu'elle a vécu cette gamine et elle me dit pas et je m'en fous à la limite hein

O : Et après tu vois, elle vient et elle arrive pas à te dire j'ai l'impression, mais elle te dit c'est pas le lieu pour parler, on va dire de ses émotions et de ce qui va pas, mais en même temps d'un autre côté elle dit avoir plein de symptômes qui sont elle sait pas d'où ça vient et elle vient quand même pour être rassurer. Tu vois il y a ces deux…

Dr G : Alors elle a peur du grave, elle vient juste pour se rassurer qu'il n'y a rien de grave. Parce qu'elle ressent des choses. Je pense que c'est ça, comme font la majorité. « Docteur je veux un examen pour savoir si il y a rien » mais ils ne se posent pas la question « et pourquoi je vais mal et je veux

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

plus avoir mal », c'est la consommation d'imagerie à outrance. On est dans … Mais confier tes tripes à un médecin, dans quel but ? C'est pour ça que je lui ai dit, qu'elle lâche ce qu'elle porte c'est pour son salut. Qu'elle me le lâche à moi ou quelqu'un d'autre, mais il faut qu'elle le lâche mais elle continue à faire son petit bonhomme de chemin, si elle va loin, quelqu'un qui ne la connait pas parce que moi j'ai habité dans le village, elle m'a vu à mes débuts, je connais tout le monde etc. etc. il y a des gens qui habitent dans le village qui sont mes amis *(en accentuant sur le « mes »),* donc c'est pas très clair dans sa tête quoi, elle me dit des choses comme si euh elle m'a livré que sa gamine était victime, qu' elles se sont livrées à des jeux sexuels avec des autres filles du village. Mais j'en ai rien à foutre des autres filles du village, c'est pas parce qu'elle me l'a dit que je vais leur coller une étiquette sur la figure *(en claquant sur sa main),* donc tu vois elle me l'a livré dans ce but, comme une petite revanche, faites attention parce que ces gamines sont tordues et voilà ce qu'elles ont fait à ma fille, c'est sa fille qui n'est pas normale, c'est sa fille qui a un problème parce que je sais pas ce qu'elle vit dans la maison, quoi

O : Ouais

Dr G : Donc voilà, *(claquement de mains)* donc ça conforte un peu mon ressenti, voilà. Mais ça me rassure, que, je ne suis pas frustrée, car elle n'a pas envie de le livrer. C'est-à-dire pour cette gamine, si le diagnostic n'est pas tombé au bout moment *(claquement de doigt).* C'est que c'était pas à moi de faire ce diagnostic-là. Parce que moi j'aurais mis des mots sur la pathologie que elle, elle n'était pas prête à entendre et la psy que j'ai eu à l'hôpital, elle m'a dit « mais cette mère (*en prenant une voix aiguë et exclamée)* il faut qu'elle se soigne ! » et je lui ai volé dans les plumes à la psy devant elle, à tel point *(rires)* la psy elle m'a dit « mais quand même ! Ça fait des années que je travaille j'ai jamais vu de si… » *(Voix exclamée).* « Mais attendez on parle pas de vous on parle de la patiente », elle m'a raccroché au nez, parce que voilà. En fait je cherchais où était le problème mais ….

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dyade H :

Entretien individuel Docteur H (EH1)

Date: Juillet 2014

Lieu: Au cabinet du docteur H

Comportement général: L'ambiance est détendue, docteur H semble à l'aise.

Interviewer (I) : Donc c'est le premier entretien dont on t'a parlé avec Claire. Un entretien seul à seul pour faire connaissance. A la fin de l'entretien tu auras une petite idée du patient avec qui on pourra réaliser le second entretien. Nous serons donc 4. Donc ça va être, comme ils appellent maintenant un *focus group*, c'est à dire que ce n'est pas vraiment un entretien mais le but est de vous faire discuter ton patient et toi, sur votre relation, c'est vous qui faites évoluer l'entretien. Voilà, donc je me présente, Léa interne en médecine générale, et Claire que tu reverras la prochaine fois. Est-ce que tu peux te présenter. Comment peux-tu te présenter ?

Docteur H (Dr H) : Bah Dr H, euh voilà, moi je suis médecin généraliste, depuis deux ans installé, à B. à X, je fais de l'acupuncture, de la phytothérapie. Voilà au niveau médical, je pense que c'est ça qui t'intéresse ?

I: Justement c'est là la question, c'est à toi de te présenter, et de nous dire ce que tu as envie.

Dr H: Bon voilà, la médecine, c'est ma vie mais c'est pas ma vie. Dans le sens, c'est ma passion, mais pas la médecine générale comme on l'entend, prescription et tout, mais notamment au niveau des relations et ce qui au-delà même de la relation. Tout ce qui ne peut pas être dit c'est pour ça aussi que je m'intéresse à l'énergétique.

I: D'accord, donc finalement si je te pose la question, comment tu pourrais définir ta pratique médicale, ce serait plus, du point de vue relationnel, si j'ai bien compris ?

Dr H: Euh non non.

I: Non ce n'est pas que ça ?

Dr H Non c'est pas la relation, bien sûr, la relation de confiance c'est primordial, mais après non c'est une approche globale. Une médecine occidentale, le traitement, la technique, une médecine chinoise et l'énergétique, et bien sur la relation parce qu'il y a une relation qui s'établit.

I: D'accord.

Dr H: Donc tu vois, je joue sur tous les tableaux.

I: Tu joues sur tous les tableaux, tu essaies d'être large dans ce que tu as envie de faire ?

Dr H: Ouais ouais.

I: Et comment tu pourrais décrire ta pratique médicale finalement ? Tu aurais des mots, ou des valeurs en particulier qui te tiennent à cœur ?

Dr H: (*silence*) Ouais en premier, ne pas nuire, primum non nocere. Ouais c'est vraiment ça.

I: C'est vraiment ce que tu te dis quasiment tout le temps ?

Dr H: Ouais. Voilà je vais essayer d'intervenir au minimum. Pour moi, le médecin il est pas grand-chose. C'est la personne qui est à l'origine de son processus de guérison et de son évolution. Donc pour moi, je suis juste là, je fais un diagnostic tout ça, prescrire des médicaments. Mais dans tout ce qui va se passer, ce n'est pas moi qui en tirerais la gloire, mais c'est la personne, grâce à ses propres ressources qui lui ont permis.

I: Donc si j'ai bien compris, tu donnes ton savoir au patient, et puis c'est à lui après de se prendre en charge ?

Dr H: Tout à fait. Que ce soit avec des traitements occidentaux ou bien des plantes. Quand je lui prescrits des plantes, je lui dis « cette plante elle sert à ça, si jamais vous voyez que par la suite il y a le même épisode ou des choses comme ça, vous reprenez ça, vous n'avez pas besoin de revenir. »

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

I: Tu expliques au gens comment ils doivent se prendre en charge, et ne pas revenir à chaque fois revoir le médecin.

Dr H: Oui c'est ça.

I: Est-ce que tu pourrais brièvement décrire ton parcours, ta formation ?

Dr H: Oui, j'ai fait mon internat et externat à Y. L'externat, j'ai redoublé la première année, après j'ai fait mon externat, un peu tumultueux parce que les études ce n'est pas trop mon truc. Interne, je voulais toujours faire de la médecine chinoise, donc j'ai pris la médecine générale parce que c'est là où c'était le plus large. Et donc dès que j'ai commencé mon internat, j'ai commencé la formation en acupuncture, c'est un DU en 3 années.

I: Donc en même temps que l'internat en fait ?

Dr H: Oui, j'ai fait la médecine pour ça. Donc dès que j'ai eu la liberté, j'y suis allé. Et puis pendant mon internat, il y a des stages qui m'ont bien marqué. Moi le premier stage que j'ai fait, c'est un stage en soins palliatifs, en cancérologie. Et j'ai eu une sorte de maitre spirituel, un bouddhiste qui était médecin, le chef de service et qui m'a inculqué les règles de respect envers la personne. Avant de dire le malade, la personne. Des trucs que l'on ne nous apprend pas, par exemple, frapper à la porte d'une chambre et de demander « est ce que je peux rentrer ? », « est ce que je peux m'asseoir ? », pour discuter au même niveau. Des choses comme ça. Et même dans la communication, la façon de se tenir. Tout ça, c'était intéressant.

I: C'est un stage qui t'as marqué ?

Dr H: Oui c'est ça exactement. Bon après il y en a eu d'autres sur le plan médical, où c'était plus médecine interne, au CHU, où là on a beaucoup travaillé, c'était dur mais c'était intéressant. Donc en fait pendant mon internat, j'ai beaucoup travaillé. J'ai fait aussi un DIU de phytothérapie, en 2e année, donc là c'était prenant aussi. Le DIU d'acupuncture c'était le soir, de 8 heures du soir à 11 heures.

I: D'accord donc tu as fait phytothérapie et acupuncture et ton internat en même temps ?

Dr H: En même temps. Mais c'est pas tout. Parce ce que pendant l'internat, je travaillé beaucoup aussi à côté. Moi je gagnais un max de fric.

I: C'est à dire tu faisais des remplacements ?

Dr H: Je faisais des remplacements soit je faisais des gardes de nuit à l'hôpital, dans une clinique en tant qu'interne pour gérer le service, s'il y avait des problèmes médicaux et après dès que j'ai pu faire des remplacements les soirs pendant un an, j'ai fait ça en acupuncture. Donc après mon internat, j'allais remplacer un médecin le soir et les samedis matin aussi. Donc c'était un internat où j'ai fait que travailler. Bon j'ai pris une dispo, pour souffler un peu pendant l'internat.

I: Et une fois que tu as fini, tu as remplacé ?

Dr H: Ouais j'ai remplacé 6 mois en campagne, milieu rural. Et après, il y a eu le collègue avec qui je me suis installé à X, qui insistait pour que je vienne avec lui. Au début je ne voulais pas parce que c'était en ville, moi je suis plus de la campagne. Et puis finalement, j'ai accepté, et ça a commencé comme ça.

I: Donc là, ça fait deux ans que tu es ici.

Dr H: Oui ça fera 2 ans en octobre.

I: Et finalement est ce que tu es satisfait de ton travail actuel ?

Dr H: Oui parfait. Je travaille 3 jours par semaine. Le lundi, mercredi et jeudi. Et c'est bien. En plus je prends des vacances presque tout le temps. En gros je travaille un mois, je prends 2 à 3 semaines de vacances. Donc là la belle vie.

I: Et tu fais autre chose à coté ?

Dr H: Ouais j'ai un boulot en télémédecine. Là je vais commencer à faire des vacations en acupuncture, une après-midi, une semaine, dans le service de soin palliatif de

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Y. Et je suis en train de monter une entreprise, une startup dans l'informatique. En fait une sorte de réseau internet pour les médecins, patients, réseaux d'associations. Un truc intéressant.

I: et la télémédecine, c'est quoi exactement ?

Dr H: C'est la régulation, on gère des maisons de retraite où on a besoin de médecins qui donnent des avis. Nous on a les dossiers et les infirmières nous appellent : « il y a ça ça ça, qu'est-ce qu'on peut faire ? Puis on connait les hôpitaux, les services où ils ont déjà été hospitalisés sans passer par les urgences. Ou on temporise, parfois on appelle SOS médecins.

I: Ca ne doit pas être simple, tu n'as pas le patient en face de toi.

Dr H: Oui il faut poser les bonnes questions.

I: Pour revenir à ton job ici, comment pourrais-tu définir de manière grossière ta patientèle ?

Dr H: Ben premier mot qui me vient, des psys quoi. Des névroses, des psychoses, et beaucoup de, pas mal de dépression, de *burnout* , mais parfois aussi de la grosse psychiatrie, psychotique, schizophrène et tout ça quoi.

I: Et c'est le grand nombre de patient que tu vois ?

Dr H: Ben c'est ce qui me marque le plus en tout cas. Et j'ai quand même une patientèle qui ne va pas très bien. Donc c'est surtout, le moral, l'anxiété, l'insomnie, mais pas mal de *burnout*, des personnes qui sont à bout, d'épuisement.

I: Et c'est une patientèle qui a évolué depuis tes deux ans ?

Dr H: Eh bien, il y a beaucoup de nouveau. Là par exemple aujourd'hui, j'ai dû voir une vingtaine de patients et il y a 5 personnes nouvelles. Donc il y a toujours pas mal de nouveaux qui viennent, par le bouche à oreille, tout ça. Dans la pratique, il y en a qui viennent pour la médecine générale, ils ne savent pas que je fais de l'acupuncture et tout. Il y en a, ils viennent parce qu'ils ont entendu que je faisais de l'acupuncture, parce qu'ils ont un problème et qu'ils n'ont pas trouvé de réponse dans le parcours classique. Il y en a qui viennent parce qu'ils ont vu mon site internet. Certains ne viennent que pour la phytothérapie par exemple. Donc là, il y a encore un recrutement un peu spécifique, c'est des gens qui sont plus branchés médecine, parallèle c'est pas le mot mais complémentaire, mais euh le voit plus comme une médecine parallèle parce qu'ils ne veulent pas de médicaments, d'antibio de tout ça. Il y en a, ils sont contre le dépistage. Donc là, il y a un gros travail de réconciliation avec la médecine.

I: Donc si les patients viennent te voir pour la phytothérapie ou l'acupuncture, tu te cantonnes à ça ?

Dr H: Non, moi je suis médecin, donc je pose des questions, il faut éliminer quelque chose, on est médecin.

I: Oui mais toi, dans ton discours vis à vis du dépistage, est ce que tu le laisses au médecin traitant, ou est-ce que tu le fais aussi ?

Dr H: Non, j'insiste à chaque fois. Parce que par exemple aujourd'hui, il y a une patiente qui est venue, 55 ans, pas de suivi médical, elle vient pour un suivi médecine chinoise, acupuncture et phyto. Je lui dis « Première fois, on ne se connait pas, je vais vous examiner, on va faire le débrouillage de la médecine générale, la prise de sang, je lui ai donné les contacts pour les mammo et tout ça. Puis je lui ai dit « vous revenez et une fois qu'on a les résultats et que tout va bien, on va pouvoir aller dans ce champ-là. » Donc parce que quand même c'est important. Après quand ils refusent à fond, je ne peux pas les forcer, mais...

I: Tu auras essayé, tu auras remis une couche.

Dr H: Oui mais en fait c'est souvent avec la confiance qu'ils finissent par accepter. Mais voilà, je ne vais jamais frontal, en opposition. Il faut s'adapter.

I: Alors c'est une question un peu compliquée, tu réponds comme tu veux,

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

une relation idéale pour toi, qu'est-ce que c'est ?

Dr H: (*silence*) Une relation idéale c'est une relation (*silence*) ouais c'est compliqué.

I: Ou la pire des relations si tu veux.

Dr H: Ouais je pense une relation idéale déjà le premier mot c'est la confiance. Confiance mutuelle. On sent que la personne elle est confiante et que moi je puisse avoir confiance aussi en la personne qui vient. Parce qu'il y a des personnes que je sens pas, je sais pas pourquoi, j'ai un ressenti et euh quoi qu'on en dise, ça bloque un peu. Au niveau de l'investissement que je vais pas pouvoir mettre dans le soin. Après la confiance, ce qui est intéressant c'est de connaître la personne, traverser des épreuves, des difficultés, parfois des échecs aussi et de maintenir cette confiance et c'est justement là qu'on peut se dire, et bien effectivement il y a une bonne relation. A contrario la relation désastreuse ce serait la relation où il y a une incompréhension mutuelle où moi j'essaye de l'amener sur un chemin et elle refuse à tout prix ou veut le contraire, moi j'essaie d'amener le contraire, voilà il y a une opposition, une incompréhension des deux côtés qui fait que bon quoi que l'on fasse ce ne sera jamais bien et qu'à la fin on en perd son sang-froid.

I: Et est-ce que tu aurais eu le temps de réfléchir à un patient ou à une patiente qui pourrait t'intéresser pour faire...

Dr H: Et bien en fait j'aurai bien tiré au sort. C'est possible ?

I: Et bien en fait c'est toi qui choisit, donc après la question c'est pourquoi tu l'as choisi. Mais soit tu n'as aucune idée et tu peux tirer au sort, c'est ton choix, soit t'as l'idée d'une patiente.

Dr H: Non mais j'ai l'idée d'une patiente avec qui, voilà, oui j'ai une idée.

I: Et pourquoi tu la choisirais, pourquoi elle te vient en tête ?

Dr H: C'est une patiente qui était bloqué contre tout, la médecine, elle ne voulait plus entendre parler de médecine, de médecin. Et elle vient quand même me voir, et elle partait de loin, vraiment, avec son histoire vraiment compliquée, d'échecs... elle ne voulait plus entendre parler de médecine, elle avait une maladie inflammatoire, sous corticoïdes, corticorésistant, elle avait les complications des corticoïdes, les complications de la maladie, l'horreur quoi, vraiment compliquée. En plus de ça, au niveau personnel, elle cumulait et de fil en aiguille je l'ai vu récemment et elle a cheminé de manière impressionnante et elle a réinvesti la médecine, réinvesti les soins, refait confiance aux gens, alors qu'elle était plus là-dedans au départ. Moi je trouve que c'est une belle histoire de collaboration.

I: Eh bien oui ce peut être intéressant... Il y a un truc qui me revient quand tu me dis que tes patients, ils sont psy, tu aimes bien finalement ? C'est une relation qui te plait ?

Dr H: Je ne sais pas, moi aussi je suis psy, on a les gens qui nous ressemblent. Je suis bien, je suis équilibré et tout, mais j'ai traversé des moments difficiles, c'est par rapport à ça tu vois. Comme je connais, peut être que je suis plus à l'écoute. Mais je pense aussi que ça se fait naturellement, on fait plus attention au gens qui nous touchent, et je pense que c'est peut pour ça qu'on a l'impression d'en avoir plus alors que ce n'est pas le cas.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien en interaction Docteur H et Patient H (EH2)

Date: Le 25 novembre 2014

Lieu: Au cabinet du docteur H.

Placement: Le modérateur est à la place du médecin avec l'observateur et le docteur H en face. La patiente est au bout du bureau.

Comportement non verbal: Son cabinet est de type très minimaliste, l'espace est confiné avec un style décoratif épuré, seule une étagère est rempli à ras bord.

Docteur H nous propose un thé au début de l'entretien.

La patiente H est la première à prendre la parole, elle nous expose son chaotique parcours universitaire.

Au moment de l'évocation de l'erreur médicale, elle baisse les yeux puis regarde docteur H.

Docteur H semble en retrait au début de l'entretien, comme pour laisser s'exprimer sa patiente.

Lorsqu'il explique son erreur médicale, son regard semble chercher du soutien auprès des chercheuses.

Modérateur (M) : Je vous ai un peu redit par téléphone sur l'entretien, de quoi il s'agissait exactement, on est deux étudiantes à Lyon [PH: oui] **et on souhaite faire une étude sur la relation entre le médecin généraliste et son patient, et notamment de voir comment se construit la relation, les échanges qu'il y a pu avoir et qu'il y a entre vous. Donc ça ne va pas être un questionnaire, le but c'est que l'on discute tous ensemble, après l'objet principal c'est votre relation à vous deux.**

Patiente H (PH) : Je me réserve le droit de ne pas répondre à certaines questions parce que je sais pas mentir ou tricher, s'il y a quelque chose où je préfère me taire, je me tairais.

M : D'accord, très bien.

PH: Et je préfère que ce soit anonyme parce je suis en plein dans le milieu médical, mon père était médecin à X, mon beau-frère était médecin et son fils est médecin, sa fille et sa femme, les deux autres sont agrégés de pharmacie, et je peux continuer... la liste des deux côtés.

Docteur H (Dr H): Oui là c'est bien c'est pour la science.

PH: Oui je suis tout à fait… J'ai déjà servi de cobaye plusieurs fois, je fais partie des mille femmes volontaire contre l'ostéoporose...

Dr H: ...moi aussi je suis aussi cobaye que vous là aussi, je crois. On est tous les deux cobayes.

(Rires)

PH: Ah très bien. Et puis, j'ai été sélectionné pour les recherches sur Parkinson, sur, etc... J'ai fait plusieurs études, je suis tout à fait d'accord. Le 3M? Aussi j'en fais partie.

M: D'accord...Vous êtes bien partie justement pour vous présenter. Pour qu'on sache un peu qui vous êtes puis le Dr H fera la même chose...

Dr H: Hum

PH: Qui je suis? Je suis H, j'ai les deux noms (*interruption secrétaire*), je suis divorcée mais j'ai l'autorisation de garder le nom de mon ex-mari, parce que avant je perdais mon nom, et quand on m'a dit « non, non on n'a pas le droit de vous faire une carte d'identité à votre nom de femme », tous mes papiers étaient à mon nom de femme, je me suis dit « ah non je ne veux pas tout recommencer ».

M: Hum hum d'accord...

PH: Donc je mets les deux noms comme ça, l'un ou l'autre, je joue la dessus... (*Rires*)

M: D'accord... très bien

PH: Et puis dans l'annuaire j'ai les deux noms. Parce que mon frère était né à X comme moi, il a les mêmes initiales que moi, Mr Y. Donc les deux... Ça permet de retrouver, pour mon frère ça fait deux fois que d'anciens camarades de classe me téléphone, « euh vous êtes N? » « Euh non je

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

suis N, je suis N (*rires*) ça fait rien », « ah bon mais qu'est ce qu'il fait? », je donne les coordonnées de mon frère, on retrouve des copains d'enfance comme ça, donc c'est sympa. Voilà. Bon j'ai fait toute ma carrière dans l'éducation nationale à X, j'ai fait mes études à X bien sûr, puis je suis entrée à l'ENS à Y pour trois ans. Euh j'en suis sortie par la petite porte parce que j'ai échoué le concours de sortie.... parce que j'ai eu un accident à la colonne vertébrale à la fin de la deuxième année (*sonnerie de téléphone*) et on m'a fait choisir, six mois de plâtre aux enfants malade ou trois mois à Z sur la côte d'azur, alors je n'ai pas hésité, j'ai dit trois mois à Z. Je suis restée quatre mois puis j'ai pris un mois pour me réadapter à X avant de rentrer...alors je suis rentrée à l'école au mois de mars ou avril et l'écrit était au mois de mai. Je suis pardonnable quoi (*rires*). Et puis là donc euh, en principe on n'a pas le droit de redoubler, j'ai fait une demande, j'ai pas eu de réponse, du coup j'ai demandé un poste... J'ai un cursus universitaire qui est un peu bizarre. J'ai fait ma première année d'enseignement supérieur à D au CREPS de D. Et le directeur du CREPS nous présentait systématiquement aux deux concours à la fin de l'année, P1 et M1, P1 c'était professorat première année, pour rentrer à Y et puis M1 c'était monitrice c'est pour faire maitre d'éducation physique, c'est ce qui était le plus court, ça se faisait en deux ans après le BEPC, alors que nous on avait quatre ans après le bac. Donc c'est pas le même niveau, c'est les mêmes études mais en simplifié. C'était plus facile, et là bon j'ai collé l'écrit du professorat, mais j'ai réussi l'écrit de M1 donc je suis partie à Y présenter la suite de l'examen. Et j'ai été prise, j'ai réussi sixième le concours ce qui m'a permis d'être boursière à A, interne, pour préparer M2, la deuxième partie du monitorat et la première partie du professorat.

M: D'accord

PH: Donc on pouvait jouer sur les deux tableaux, suivre la plupart des cours et pouvoir tenter sa chance des deux cotés à la fin. Puis là j'ai perdu mon père le 21 novembre... et mon frère m'a demandé de rentrer à X pour m'occuper de ma sœur plus jeune. Alors j'ai dû démissionner et je suis rentrée à X. Puis j'ai représenté toute seule, et en représentant toute seule sans préparer M2 j'ai réussi 30e et ils en prenaient trente. Alors j'ai échoué aux postes, c'était dans la jeunesse ouvrière, vous ne devez plus connaitre tout ça. Euh à N, jeunesse ouvrière de N, j'ai immédiatement fait une lettre de mise en disponibilité pour re préparer le concours de ENS à Y et pour rester avec ma sœur. Parce que mon frère venait d'intégrer l'école des mines à W. Alors c'était un peu difficile pour lui, il ne pouvait pas laisser tomber, et puis c'était plus important que moi. Puis moi puisque j'avais la première partie de la maitrise, j'étais la seule qui pouvait bosser et gagner un peu de… trois francs six sous pour payer au moins le loyer.

M: D'accord…

PH: Donc ça a tourné comme ça. Et l'année suivante j'ai quand même réussi l'entrée à normale sup.'. Alors je suis partie. Trois ans la haut, et je suis bien sortie. Donc à ce moment-là, quand j'ai réussi le concours, j'ai fait une lettre de demande de mise en disponibilité pour trois ans, pour faire mes trois années de normal sup.', qui ont été accordé. Donc quand je suis mal sortie de normale sup, j'ai fait une demande de mutation de N. Là non je l'ai fait quand je suis rentrée à X, tout de suite après, la première année. J'ai demandé une mutation de N sur X. Et on m'a envoyé au C. J'ai dit "ben j'ai réussi normale sup., je rentre pas au C. Disponibilité pendant trois ans et puisque je suis mal sortie, C m'a fait une demande de mutation sur X et je l'ai eu.

Observateur (O) : D'accord...

M: D'accord donc un long parcours universitaire...

PH: Oui quand les gens mettent quatre ans, j'en ai mis sept... (*Rires de tout le monde*) Mais finalement c'est arrivé au bout comme dirait Philippe Meirieu avec la pédagogie différenciée.

M: D'accord...

PH: C'est sûr c'est plus de votre époque ça. (*Rires*). Bon. Donc j'ai été nommé au lycée V qui ouvrait, sur un poste provisoire de M2, qu'il allait être transformé en

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

professorat si je réussissais les suivantes ... Ce qu'il s'est passé et donc voilà, donc j'ai fait toute ma carrière au lycée V, j'ai fait l'ouverture, je fais partie des murs là-bas (*rires de tout le monde*). Voilà en gros mon cursus, oui comme j'ai pas reçu l'autorisation de redoubler, je me suis mariée, du coup j'ai préparé le professorat, j'ai mis en route ma fille. Et j'avais mes vingt-cinq heures de boulot, ça m'a bien occupé aussi.

M: Oui ça ne devait pas être facile...

PH: Et puis j'ai réussi comme ça. Bon enfin je ne conseille pas à beaucoup de gens de faire ça parce que pour l'oral, ma petite était pas sevrée, je l'ai embarqué à X. (*rires*) Alors je calculais les horaires, je tirais le lait, je la faisais garder, etc... Et puis la dernière épreuve....je devais passer de 11h à midi l'épreuve de volley, à F et ma gamine était dans le 14e...alors, calculant que ça allait marcher. Puis on m'a appelé: « Madame on a pris du retard donc il faut que vous soyez là, à une heure de l'après-midi. »... « Ah ben » là j'ai dit, « c'est pas possible. » « Comment ça, c'est pas possible? Vous n'êtes pas à notre disposition? » « Pas tout à fait. Et bien j'ai un bébé au sein et il faut que j'ai le temps de faire l'aller-retour ». Et comme le prof qui était responsable de mon accident était là, il m'a dit « Et bien viens quand tu peux, avec la décapotable je la garde, tu passes ton épreuve tranquille ». Donc j'ai finis comme ça. (*Rires*) « Tu pouvais pas le dire plus tôt? » « Bah je vais pas pleurer, j'ai fait un choix, je l'assume. ». Voilà.

M: D'accord... et vous Dr H, comment pouvez-vous vous présenter?

Dr H: Bah moi il y a moins de vécu, donc ce sera peut-être moins long. Mais voilà, j'ai trente-deux ans, je suis Xais, parti à Y pour mes études, donc j'ai fait dix ans à Y dix ans et demi à peu près. Donc j'ai été adopté Yais, parce qu'une fois que j'y étais, au début j'avais l'idée de revenir sur X, je suis resté là-bas. Je m'y suis bien plu j'ai commencé par exercer en milieu rural pendant deux ans comme remplaçant. En fait deux ans pas tout à fait, un an et demi. Déjà en parallèle pendant mes études, et après... j'ai pris une disponibilité à la fin de mes études où juste avant le dernier semestre où j'ai fait trois mois des remplacements là-bas. Et euh à la fin j'ai refait encore six mois, donc ça fait à peu près un an et demi tout ça. Je me suis assez jeune consacré à la médecine chinoise, donc de part différentes activités, du yoga, des initiations diverses. Dans l'idée après j'ai fait médecine pour faire de l'acupuncture, ce qui m'a conduit à X en fait, c'est mon maitre, le Dr M, qui m'a enseigné des techniques très intéressantes et m'a donc après pendant mon internat, il y avait une journée... je sais comment c'était...un stage, un stage un peu particulier où on pouvait aller en milieu scolaire ou des choses comme ça, je sais plus comment s'appelle ce stage. Donc moi j'ai négocié pour le faire ici, donc un jour par semaine pendant un semestre. Je venais en consultation avec lui, et lui insistait, « viens, viens, viens », donc de fils en aiguilles j'ai quitté la campagne pour venir m'installer ici. Donc retour en ville, ce qui n'était pas très facile. Parce que s'il fallait que je me définisse je suis plutôt quelqu'un de la montagne en fait. Euh qui aime la nature, la tranquillité, le calme. Et revenir en plein centre-ville c'était plus compliqué. Après qui je suis? C'est une question à laquelle je suis encore en train de chercher jour après jour *(rires)* mais peut être qu'à un moment on s'y approche plus, mais... je pourrais dire que le travail c'est une partie d'une de mes fonctions mais ce n'est pas quelque chose qui me constitue, même si j'y mets pas mal d'énergie dedans voilà. *(Sonnerie du téléphone).* Donc le cabinet j'y suis trois jours par semaine, j'ai un autre boulot à coté en télémédecine et je travaille aussi en cancérologie depuis peu où je fais de l'acupuncture; donc je suis quand même bien investi dans différentes choses.

M: D'accord...

PH:… Donc je pourrais rajouter, parce que je n'ai pas dit mon âge, dans deux mois j'ai 80...

O: 81?

PH: Non 80, oui oh *(rires),* je suis dans ma 80ème, ça suffit déjà. Et puis je suis née à X mais je suis Xaise d'adoption plutôt parce que mon père était russe et ma mère était

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

alsacienne, née dans le centre de la France à M.

M: D'accord... Vous pouvez nous dire comment est-ce que vous avez choisi votre médecin?

PH: Ah bonne question, euh j'ai cherché pendant... je savais depuis…presque un an, mon médecin traitant m'a dit, « je vous annonce que je m'arrête très certainement au mois de décembre. » C'était à la XX, un médecin formidable, que j'avais depuis des années, et qui dit « je ne suis plus du tout d'accord avec l'éthique qu'on m'impose donc je démissionne. » On attendait, et puis j'avais toujours l'espoir que ça s'arrange (*rires*). Puis ça ne s'est pas arrangé, donc à partir du mois de janvier, j'ai cherché activement. J'ai cherché le plus près possible de chez moi, parce que... quand il y a trop de trajet, on repousse, on repousse, on repousse, là c'était assez facile, et puis je demandais, je demandais. Dans le quartier, tous étaient surbookés, ils refusaient. Puis comme j'étais en acupuncture avec le Dr D., je lui dis « Vous connaissez pas quelqu'un ? », il me dit « Si, vous allez voir le Dr H de ma part. » Alors j'ai dit « H? », « Oui, place Y... », Je lui dis « vous êtes sûre qu'il y'a de la place? », Il me dit « oui, oui, y a de la place il y a pas de problème. Il est jeune, il débute, il y a de place. » J'ai dit bon, on va essayer.

M: D'accord... donc pour la médecine générale ou seulement pour l'acupuncture?

PH: Euh ben là je suis en médecine générale. Alors qu'avec D, je continuais avec lui tous les mois, régulièrement depuis trois ans, puisque je suis atteinte d'une chondrocalcinose, c'est la fausse goutte, c'est comme ? Il l'a noté très gentiment « c'est incurable et invalidant. » Alors je lui ai dit « je vous revois quand? », « Madame ce n'est pas la peine que vous reveniez me voir », « vous me donnez un traitement? » « Vous avez pas compris, c'est incurable! ». Alors j'ai frappé et j'ai cherché et je suis en acupuncture une fois par mois, en ostéopathie tous les trois mois, en shiatsu toutes les trois semaines, en kiné le plus possible, pour soulager la douleur.

M: Hum d'accord...

PH: Et de toute façon, je ne tiendrais pas très longtemps, j'ai préparé mon dossier, « j'ouvre le parapluie comme on m'a dit avant-hier », je sais pas si c'est la bonne expression mais voilà. Euh j'ai tout préparé, parce que sachant que c'est invalidant, je ne veux pas (*en accentuant sur le « veux pas »*) être dépendante... Je suis maintenant arrivée à un grand âge, je suis fatiguée de vivre. Et quand les douleurs deviendront insupportables, je veux pas... et puis il faudrait que j'appelle pour que l'on vienne m'habiller, me laver, me coucher, me faire manger, j'emploie l'expression « emmerder mes enfants. » C'est pas la peine, je ne vois pas l'intérêt, puis ça coute cher à l'état et à la sécu. *(Rires)* Donc quelqu'un en moins, ça fait de la place. *(Rires)*

M: Donc ce choix, …d'avoir choisi le Dr H, c'est qu'il ne soit pas trop loin, qu'il fasse de l'acupuncture aussi?...

PH: ...Oui il m'a dit aussi, mais ce n'est pas ça parce que pour le moment moi il m'a dit « je ne veux pas y toucher. Vous restez là-bas. » Ah bon alors, je reste avec le Dr D, mais il va s'arrêter bientôt, donc euh. Mais je vais m'arrêter aussi, alors je ne sais pas si ça coïncide, y a pas de problème (*rires*).

M: D'accord, est ce que vous vous souvenez, les premières impressions que vous avez eu l'un de l'autre? Au début de votre relation?

PH: Le premier contact?

M: Hum

PH:...*(rires)* je ne sais pas si je peux tout dire là...

M: ...Ben oui, c'est fait pour, c'est ça qui est intéressant justement.

PH: ...Et bien d'abord que c'était un beau gosse (*rires*), ... oui c'est pour ça que je riais toute seule. Parce que c'est quand même, même le contact physique est important. Le premier contact, ça accroche ou ça accroche pas, donc j'ai dit ben après on verra. Et puis après j'ai trouvé que le contact oral était intéressant. Donc je me suis dit je reste. Parce que de toute façon, ça faisait des mois

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

que je cherchais, j'avais pas bien envie de papillonner comme ça. Tout ce coïncidait à peu près donc euh…

M: D'accord... Donc un bon contact surtout?

PH: Oui, oui

Dr H: Moi mon impression, comme vous dîtes, moi j'avais l'impression que vous veniez, vous portiez beaucoup, que vous trainiez même quelque chose derrière, et vous vous disiez « Oula où est ce que je vais le poser? ». Et vous êtes arrivé, il y avait le dossier, il y avait un peu toutes les demandes en même temps, parce qu'il y avait les demandes médicales, et les non médicales aussi, d'ordre éthique, philosophiques, rapport à des traitements aussi. Il y avait tout ça, et il fallait trouver quelque part où les poser, le déposer pour que quelqu'un puisse le garder et le ressortir au moment où vous en avez besoin. Je me suis dit que bah il y avait beaucoup de choses, c'était chargé quoi, la première demande, c'était vraiment ça. C'était quelque chose, je me disais d'ordre médical, mais même plus d'ordre...

PH: ... Psychologique.

Dr H: Je dirais même éthique. Par rapport au sens de la vie. Aux questionnements, il y avait beaucoup de choses de cet ordre-là et c'est ça qui m'a laissé plus de… d'empreintes que le dossier médical, que le versant médical pour ainsi dire en fait. Parce que justement vos préoccupations comme vous dites, par rapport à la douleur, à la vie, le sens de la vie, est ce que ça vaut la peine de vivre malgré quand on est... qu'on souffre et qu'on sache que ça puisse ne pas s'améliorer et au pire s'aggraver. Donc il y avait toutes ses questions, est ce qu'on peut demander à mourir...est ce que voilà, il y avait ces choses-là aussi. Ou demander du moins à ce que l'on ne réanime pas... il y avait...et aussi ce qu'il m'a intéressé c'était votre cheminement aussi par rapport à ces approches aussi personnelles que vous aviez faites pour essayer de trouver des solutions à un problème étiqueté par la médecine comme incurable, évidemment il y a toujours des choses à faire...

PH: ...Je... ça....ça suis son cours, ça ne s'améliore pas, loin de là...

Dr H: Non mais ce qu'on veut dire, ce que je voulais dire, c'est que incurable ça veut pas dire on ne fait rien, et on attend non plus…

PH: Ah d'accord...

Dr H: Vous êtes active

PH: D'accord.

Dr H: Donc il y avait tout ça.

PH: D'accord... non mais c'est vrai quand je vais chez un médecin, je viens avec mon dossier. Moi j'avais trouvé cette chose extraordinaire, il y a un certain nombre d'années, c'était les livrets de santé, vous avez dû recevoir ça chez vous. Jaune et noir euh jaune et bleu…Qui responsabilisait le client, on devait se présenter chaque fois avec son livret de santé. Si le médecin refusait de le remplir, « qu'est-ce que je mets aujourd'hui? » « Ça, vous le signez ». Et au moins il y avait un suivi et la personne était responsable de sa santé. Parce que c'est moi, c'est mon corps, c'est moi qui en suis responsable. Pas le médecin. Et ça je me suis accroché avec deux trois médecins...

Dr H: Oui vous savez ce que vous voulez...

PH: Bah oui c'est mon corps. Si il me dit « on va faire ça ou ça », je vais lui dire « ben je suis d'accord ou je ne suis pas d'accord ».

Dr H: Bien sûr...

PH: Quand j'avais un virus sur le col de l'utérus et que on me dit « Ben bon que âge vous avez? Bah à votre âge on ne discute pas on enlève tout. L'utérus, les ovaires. Tout »... Je lui ai dit « Non attendez » (*sonnerie du téléphone*), « c'est pas parce que vous avez une fuite sur une durite de voiture, que vous changez la voiture?, et c'est moi qui prendrais la décision. » « Ah non madame, c'est pas vous qui prendrez la décision, c'est moi! », « Ah ben absolument pas. C'est mon corps, c'est moi qui en suis responsable. » Bon il s'est levé, il a ouvert la porte et il est parti. (*En riant)*

M: Vous la reconnaissez dans cette description?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr H: Oui bien sûr, c'était tout à fait ça, il y avait le dossier, hein que je dis, posé, et il fallait accepter… voilà il fallait accepter un peu tout parce qu'il y avait tout un cheminement qui était derrière, et ce cheminement arrive là et toc (*mime le dépôt de dossier sur la table*). Et c'est ça que j'ai reçu à la première consultation.

PH: Et là alors je me suis battue avec plusieurs médecins, et je leur ai dit « non c'est faux. » La toute-puissance de la blouse blanche. Terminée. On a passé 68.

Dr H: Et ça c'est une approche qui me parle bien justement, parce que dans la médecine comme j'essaie de la pratiquer, j'essaye de responsabiliser la personne justement comme vous dites, par rapport à sa santé...c'est elle, c'est le seul véritable acteur, c'est la personne. Donc c'est elle qui sait si elle va bien, si elle va pas bien, si elle a besoin, si elle a pas besoin, et en même temps lui laisser le choix, lui dire « on a différente possibilité », d'essayer d'expliquer les différents aspects mais qu'en fin de compte la personne aussi puisse choisir en fonction de son cheminement. Si elle est prête ou pas aussi par exemple. Et ça c'est quelque chose d'assez important ouais.

M: Hum hum, si je vous demande comment vous pouvez décrire votre médecin, qu'est-ce que vous diriez?

PH: Comment je peux décrire mon médecin? (*ton étonné*) ah... (*Silence*) je fonctionne très lentement alors. Il faut déjà que je ... que j'arrive ah... et puis je en comprends pas très bien la question, je sais pas qu'est-ce qu'on attend de moi là...

M: Quand vous le voyez, qu'est-ce qui vous viendrez à l'esprit... quels adjectifs vous pourriez lui donner, qu'est-ce qu'il représente pour vous qui...

O:...dans ses attitudes aussi....

M:... Ouais... *(Silence)* **dans sa manière d'être. Dans ses attitudes, pendant la consultation, comment est-ce que vous pourriez décrire sa façon d'être en tant que...**

PH: Moi j'ai retrouvé un peu ce que j'avais avec le Dr X avant, c'est à dire un contact humain. Et ça je pense que c'est la première chose. A tel point que lui quand il vient me dit: « vous êtes pas allé voir votre petit gars? » au magasin de régime, de diététique, quand j'ai un problème, ou un problème pour mes enfants j'allais le voir et je lui dis ça ça ça. Allez, toc toc toc (*en manipulant des objets sur la table*), celui-là il le reposait, il m'amène sur le laboratoire d'à côté qui est moins cher. Et il me donnait toujours, j'ai évité trois opérations à mes enfants quand même. En suivant ce...la nature...parce que je suis naturiste hein.

M: Hum...

PH: Et parler de la nature. Et ce qui me fait le plus souffrir maintenant c'est parce que j'ai renoncé à ma voiture. Parce que je trouvais que j'étais trop vieille pour conduire, et j'aime mieux renoncer un jour trop tôt qu'un jour trop tard. Quoi qu'on en dise on n'a pas les mêmes réflexes, c'est pas vrai. Je me suis amusée, y a trois quatre ans, place C, il y avait des CRS qui faisaient des tests de réflexes. Alors je leur ai dit « je peux essayer? » il me dit « c'est pour les jeunes Madame... oh pff il y a personne, si vous vouliez mettez-vous là. » « Alors là vous savez, vous appuyez sur la pédale, vous regardez l'ordinateur », à l'époque l'ordinateur je ne savais même pas ce que c'était. « Et vous regardez bien l'écran et puis allez y on démarre. » Bon. Il s'arrête. Je lui dis « Mais qu'est-ce qu'il se passe?" » « Bah vous avez pas vu le feu rouge? » (*Rires*) Bah j'ai dit « Non, ah bon » (*rires*) je savais pas où il fallait regarder cet écran moi. « Alors on redémarre, vous êtes prête? » « Oui. » (*Rires*) Et puis... il y a une voiture qui m'double, je la regarde la voiture (*rires PH et M*) « Ca va pas, faut pas regarder la voiture! ». Alors je dis « bon allez, ça y est! » La troisième chose, j'ai arrêté, bon ça a bien marché, mais j'ai plus eu de problèmes. Bon mais quand c'est nouveau, c'est vrai il faut s'adapter déjà. Mais je leur ai dit « vous en faites pas, j'ai donné ma voiture à ma petite fille, elle est ravie, je ne conduis plus. » Mais le revers de la médaille c'est que ma caravane était à 30 kilomètres de là sur le terrain naturiste du X, à la C au-dessus de C, et que rayon de soleil, je prenais ma voiture et j'y allais. Et maintenant j'y vais plus. Et j'ai l'immeuble

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

en face de moi...en permanence, j'ai plus les oiseaux, j'ai plus la nature, j'ai plus rien, et ça c'est pas possible.....

M: C'est dur....

PH:...c'est très dur...

M: Donc finalement, le Dr H quelqu'un avec qui vous avez un bon contact, un contact humain?

PH: Oui!(*oui franc*) Oui voilà. Il y a la possibilité de dire ce que l'on ressent et puis de dire...

(*Silence*)

M: Est ce qu'il y a d'autres choses qui vous viendrez à l'esprit?

PH: C'est pour ça que quand vous voyez un médecin pour la première fois, il vous connait pas, hein. Si vous lui donnez pas les éléments qu'il puisse feuilleter pour vous connaitre un petit peu, on perd du temps énormément. Et quand je vais voir, si je vais voir la gynéco, j'arrive avec mes ordonnances du médecin traitant. Qu'elle sache ce qu'il y a, qu'il n'y ait pas de court-circuit entre les différents médicaments, je vais chez le dentiste j'arrive avec mon paquet d'ordonnance récentes. Je l'informe de ce qu'il se passe, avant de faire autre chose. Parce que je crois que, je ne suis pas une rondelle de saucisson que l'on découpe, et puis je donne une rondelle à chacun. (*Rires*). Je suis quand même un tout.

M: Vous êtes d'accord avec la description qu'elle fait...

Dr H: Ah oui bien sûr. Bien sûr. Elle est actrice de ses soins effectivement. C'est à dire, elle choisit, elle comprend. Elle a besoin, vous avez besoin de comprendre...

PH: Oui j'ai besoin de comprendre. Et de poser des questions...

Dr H… donc c'est pour ça qu'il faut prendre le temps, de cheminer, de discuter, et c'est ce qui est intéressant aussi dans la médecine.

M: Hum d'accord, donc c'est comme ça que vous la décririez aussi?

Dr H: Oui bien sûr.

M: D'accord et sur le fait qu'elle vous décrive comme quelqu'un, comme un médecin avec qui elle a un bon contact, un contact humain?

Dr H: Hum bah bah c'est… c'est notamment c'est ce qui m'a poussé à faire médecine aussi c'est la possibilité d'avoir des rapports humains, sincères, honnêtes d'une personne à une même personne, sans avoir quelconque intérêt, c'est à dire au niveau pécuniaire, ou de pouvoir, ou d'autorité, mais de dire, on est deux personnes et que voilà, que ce soit, bah que voilà un petit bureau, un petit... tout est petit mais en même temps c'est pour justement pour que les choses, pour que les distances entre les gens soient pas...soient pas...

M: …réduites?

Dr H: Voilà, exactement.... donc il y a cette chose-là. Après effectivement il y a aussi le, l'aspect je dirais peut être pour vous, qu'effectivement, vous... vous direz peut-être pas les choses qui pourraient être blessantes. Dans le sens vous êtes honnête effectivement, vous êtes euh... mais je sais pas si quand ça va vraiment pas, jusqu'à quel point vous pourriez le dire en fait.... c'est ça ma question que je me demandais en fait.

PH: Le respect de l'autre oui bien sûr je ne viendrais pas poser le point sur la table....

Dr H: ...Oui mais parce que vous avez une forme de... de sagesse, de sagesse qui vous dit, bon il ne faut pas faire de mal à l'autre, mais...

PH: Non. On peut s'exprimer sans râler sans arrêt. Il y a toujours un côté positif, il y a une médaille et… y a recto verso. Toujours le côté positif. Faut commencer par le côté positif avant de parler. Un exemple quand le Dr B pour ne pas le citer a quitté la Z, il a été remplacé par quelqu'un. Donc j'y suis allée, j'ai demandé mon rendez-vous.... Elle venait de recevoir les résultats de la prise de sang. Très honnêtement elle l'a reçu, elle m'a fait un mot tout de suite en me disant « je viens de recevoir votre analyse qui présente une légère anémie. Point à la ligne. » J'ai déjà dit « bah ça c'est bizarre pour un médecin de vous dire ça ». Moi je

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

recevrai ça, je convoquerai, je reste à votre disposition ou je vous attends pour qu'on puisse en parler. Bon. Alors j'y vais et puis j'attends, j'avais deux rendez-vous à la XX... donc elle me fait louper à quelques minutes, puis elle prend les gens suivants et elle dit « elle attendra jusqu'à la fin de l'après-midi maintenant. » Bon ça va. Après elle me dit « On commence », et puis elle me dit « je vais vous ausculter... Ah mais ne vous déshabillez pas c'est pas la peine, soulevez juste un peu le pull, je vous passe sur la balance. » « Oui mais je me déshabille, j'quitte au moins les chaussures? » « Ah non, non, non on n'a pas le temps, moi j'enlève un kilo et puis ça marche très bien. » Je dis « Bon ben très bien, au revoir Madame. » J'y remets pas les pieds c'est pas la peine.

M: Hum hum...

PH: Il y avait pas de contact, il y avait…

M: Hum hum c'est sur...

PH: « Je vous renouvelle votre ordonnance? », elle a le dossier sous les yeux. C'est même pas la peine d'y aller, d'apporter mon dossier, il y a tout le dossier. Mais j'sais, moi ça me convient pas.

M: Hum, hum bien sûr. Et est ce qu'il y a eu des évènements marquants dans l'histoire de votre relation? Des événements qui ont pu changer l'image que vous avez l'un de l'autre?

(*Silence*)

PH: (*soupir*)

Dr H: Oui je pense. Pour moi, il y a… vraiment c'est pour ça que ...

PH: ...Vous êtes passé à côté...

Dr H: Oui j'ai eu envie, qu'on fasse l'entretien ensemble c'est parce que effectivement, il y'a quelque chose qui nous mettait d'accord dans la façon de faire la médecine, par contre il y a eu un évènement, justement, une anémie, qui a été découverte assez tardivement, avec huit grammes de globules rouge, tandis que Me H se plaignait justement de ce... de fatigue marquée, de... et ça de façon assez chronique, à chaque fois...

PH:... Oui mais ça faisait trois, quatre ans que l'on surveillait tous les mois par analyse sanguine, et quand j'suis venue, j'avais l'analyse disant...votre analyse, euh présente euh... une légère anémie, ou un début d'anémie, bon ce n'est pas un début, on soignait, on arrêtait, on soignait, pour le signaler, puis après tous les mois, je disais « on ne fait pas de prise de sang quand même? J'aimerais voir moi... » « Euh non non non, on est pas pressé, il y a pas le feu, il faut attendre. » Pour attendre, on a attendu que ce soit vraiment...marqué là.

Dr H: ...effectivement...

PH: ...Et j'ai de la peine à m'en remettre.

Dr H: C'est ça oui, effectivement. Ça a bien duré six mois, et sur six mois il y a avait l'état d'énergie qui descendait, descendait, descendait et euh quand on a fait la prise de sang justement. Ben une grosse anémie, et ceci... je crois que je partais en vacances hein non?

PH: Je sais pas, je vous ai pas vu, s'était...

Dr H: J'ai pas pu vous recevoir justement.

PH: Oui c'était samedi matin, c'était votre collègue qui...

Dr H: ...Oui un remplaçant, qui vous a reçu. Lui qui me disait « Oh là là, moi je l'aurai envoyé directement .... »

PH: ....Oh oui il m'a paniqué...

Dr H: ...au centre de transfusion...

PH: ...à j'ai pas eu un contact, un contact un peu dur oui...

Dr H: Oui lui, il a un contact différent, il est chinois en fait. Les chinois, c'est plus direct.

PH: Oui il m'a dit « qu'est-ce que vous voulez, vous n'êtes pas ma cliente mais euh sur des analyses comme ça, moi j'envoie à l'hôpital immédiatement pour une transfusion, je ne laisse pas la personne partir. » Puis il me dit « c'est samedi dimanche... alors on pourrait peut-être attendre lundi...mon collègue. »

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr H: Donc il avait donné du fer, des choses comme ça et depuis ça remonte, mais....je pense qu'il y a eu....un épisode effectivement. C'est cet épisode, où après ben justement ma question c'est de savoir...je sais pas si ça rentre dans le débat [M: hum oui...] mais de savoir si vous euh justement...

PH: Si vous êtes pardonné ou pas? (*rires*)

Dr H: ...Non pas pardonné mais la vision justement que vous avez de tout ça.

PH: Ca ça a été une grosse déception, parce que d'arriver... j'en bave, j'en ai bavé là. Enfin, justement le dernier fer je fais tout pour le supporter c'est pas l'idéal hein quand même...j'ai au moins un accident, une fois par semaine quand c'est pas deux. Et quand je dis un accident, c'est vraiment assis sur la cuvette, avec la cuvette devant, je remplis aussi bien d'en haut que en bas et ça me vide en plus et je récupère pas.

M: hum. Et vous parlez de déception, c'est à dire?

PH: Et bien qu'il ne, qu'il m'ait pas entendu et qu'à chaque fois que je demandais une analyse de sang, parce que je, je sentais bien,... (*Dr H tousse*) j'y arrivais pas, au moindre effort les derniers mois, je pouvais même pas faire trois pas sans « ah ah ah » (*en mimant une reprise difficile de la respiration*) comme un poisson à la sortie de l'eau qui cherche l'oxygène, qui suffoque, le cœur qui s'accélère, je tenais pas debout.

M: Donc qu'il vous ait pas entendu c'est ça?

PH: Qu'il ne m'ait pas entendu ou qu'il ne m'ait pas fait confiance, je ne sais pas...

Dr H: Ouais je pense que, j'ai pas... j'ai pas su entendre ouais. Parce que...ben je pense qu'y a plusieurs choses, il y a...dans le dossier j'avais pas marqué l'anémie en fait, donc effectivement, j'ai pas intégré...

PH: ...Intégré d'accord...

Dr H: Bon après c'est ... c'est une erreur ou une faute aussi, mais après effectivement, dans l'essoufflement, la fatigue et tout ça, c'est pas des choses qui m'ont, qui m'ont marqué sauf à la fin où je me suis dit ben effectivement, là vous étiez vraiment pâle, je me suis dit bon ben c'est vrai que...

PH: Moi j'ai toujours eu ça... (*Rires*)

Dr H: Ouais voilà c'est ça, mais là vous avez repris des couleurs par exemple...

PH : Je suis de l'Est hein quand même (*rires*)...

Dr H: Mais ouais...c'est sûr que ça... c'était une des premières fois où il y a eu quelque chose comme ça, mais on a eu la chance de... parce que en même temps, effectivement, 8 grammes on ne sait jamais ce qu'il peut se passer hein mais votre organisme est solide, qu'il ait pu le tenir mais, c'est vrai que... ça m'a fait réfléchir beaucoup aussi.

M: Par rapport à quoi? A la réaction de madame? Ou par rapport à...

Dr H: Par rapport à ma pratique surtout. Euh la réaction effectivement… Vous avez je pense que vous avez été très....tempérée dans votre réaction. Euh j'ai entendu justement votre mécontentement, mais il n'y avait pas d'animosité.

PH: Bah je peux pas, l'agressivité sert à quoi dans ces cas-là?

Dr H: Oui tout à fait. Non non mais vous avez...

PH: Il faut toujours le prendre, on peut toujours.... ça sert à rien. On démoli la personne en face... je me souviens toujours au mois de juillet une année, j'ai un petit costume de… vichy bleu et blanc, il faisait très chaud et j'arrive sur un carrefour, et je passe l'angle de la maison, le cantonnier était là et avec son jet d'eau (*en riant*) il m'arrose des pieds à la tête. (*Rires*) Et quelle réaction, moi j'ai éclaté de rire. Il m'a dit « Comment vous le prenez madame? », j'lui dis « Bah vous voulez que je vous engueule? Ça servirait à quoi? Autant en rire un bon coup! C'est en plein été, il fait chaud, j'habite pas loin je peux aller me changer. C'est de l'eau propre, quand le bus passe dans la flaque d'eau et vous arrose, ça je ... mais là c'est de l'eau propre. » On a bien ri.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

(*Rires de tout le monde*) Je ne vois pas la nécessité d'agresser.

Dr H: hum hum... mais après voilà là ma question c'était est ce qu'il y a une forme de retenue, des choses justement qui ont pas été complètement dite ou...

PH: Non, non moi j'ai dit ce que j'avais à dire.

Dr H: C'est vrai qu'on est revenu sur cet épisode, on a pu en rediscuter, on a pris...

M: Vous en aviez reparlé?

Dr H: Oui dans une consultation, j'ai, on a quand même pris un peu de temps.

PH: Hum

Dr H: Puis après dans ma pratique effectivement ça m'a, ça m'a questionné au niveau personnel dans ma façon d'écouter la personne, d'entendre ce qu'elle me dit, je me dis mais effectivement quand même, sur plusieurs mois comme ça, est ce que ...où est ce que j'avais la tête je me dis. Et après il y a aussi toute la pratique par rapport à la médecine avec les plantes, l'acupuncture, la médecine occidentale, c'est deux choses différentes mais il faut pas en oublier une. Et là effectivement, en tant que médecin généraliste, le réflexe c'est de dire, bon ben on va faire un bilan pour voir s'il y a rien au niveau de la prise de sang. Donc après vous, tout le monde fatigué et pff (*en riant*) des wagons de prise de sang, bon. Il n'y a pas eu encore de modification, de grosse anémie, mais voilà. Mais quand même il y a eu ... un questionnement ouais.

M: Donc un changement sur votre pratique et par rapport à la relation que vous avez eu, est ce que ça a changé quelque chose, dans votre manière d'être, dans votre attitude?

PH: Non, non, non. C'est passé. J'étais un peu en colère parce que c'est vrai que ça fait des années que j'avais des prises de sang régulièrement par période et je partais du centre de Z avec mon rendez-vous suivant et mon ordonnance. C'est pas la peine de retéléphoner, vous repassez pour prendre, donc j'avais demandé, il m'a dit « non, non, non », c'était au mois de juillet, il me dit « on fera la prise de sang au mois de septembre », juillet aout septembre..., j'ai voulu un petit peu avancer, j'ai pris rendez-vous et je dis « vous me faites l'ordonnance tout de suite? » « Non, non, non je vous la ferez au rendez-vous. » Alors ça je n'ai pas bien compris, parce que ça vous oblige... à revenir chercher l'ordonnance, à faire....à revenir après pour pouvoir en discuter. Alors j'ai retéléphoné à la secrétaire pour lui demander « est ce que vous pouvez pas demandé à me l'envoyer l'ordonnance? », « Non, non, non, il faut venir chercher l'ordonnance. » Mais c'est, je trouve que d'abord ça vous dérange pour rien, quand on est très fatigué c'est beaucoup et puis c'est des consultations en plus que je trouve un peu inutile pour la sécu.

Dr H: Après là bon, pour la façon de faire de l'ordonnance...pour moi en fait, il y a pas beaucoup de gens qui demande, bon après là effectivement, je ne parle pas pour vous mais en général...

PH:... Oui c'est vrai que vous me l'aviez expliqué...

Dr H: ... Je ne fais pas du tout ça, parce que, il y a plus de mille patients et que...

PH: Vous avez un quota, oui, je sais...

Dr H: Non c'est pas un quota, non, non, non je peux faire un peu comme je veux, comme je fais de la médecine chinoise je suis bien en dessous de tous les quotas possibles. Euh par rapport aux médicaments, les arrêts de travail, tout ça. Mais c'est pas ça, c'est plus dans le mode de fonctionnement, pour moi, une ordonnance c'est un acte médical et on fait même une prescription, on la fait en fonction de quelque chose, et même si c'est un bout de papier, c'est un travail. C'est à dire que moi je vais recevoir le papier après, ce papier ben il va falloir que je le regarde, que je l'analyse, que je le mette dans l'ordinateur, je ne suis pas payé pour ça donc euh en fait, il y a l'aspect...

PH: Ah d'accord...

Dr H: .... Pécuniaire et l'aspect aussi si mille personne ou cent personne me demande d'envoyer, euh ben le temps que je vais

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

faire, mettre dans l'enveloppe, aller à la poste l'envoyer, que je vais récupérer...

PH: ... Oui mais je l'aurai eu au mois de juillet c'était aussi c'était...bien

Dr H: Oui après je dis que je le fais pour personne au moins… mais après effectivement dans la demande itérative, je pense que... j'ai pas entendu, j'ai pas eu la petite alerte qui s'est mise « ha », mais peut être que si, je sais pas, j'ai pas eu, je sais pas si vous m'aviez dit, si on a reparlé de l'anémie après ou du contrôle régulier... non?, je sais plus si…

PH: Ben si, j'ai bien essayé...j'ai insisté...

Dr H : ... C'est ça que j'ai pas su entendre alors...

PH:… Si je me suis dit c'est pas... là c'est la toute-puissance de la blouse blanche, je m'incline...

Dr H: Oui c'est ça...

PH: C'est lui qui décide, c'est pas moi là.

Dr H: ...Donc dans l'approche...

PH: ... Pourtant c'est moi qui décide, sur un médicament, sur une opération, ou sur quelque chose d'important, mais sur un papier, non. Effectivement. J'ai plus qu'à m'incliner.

Dr H: C'est ça donc, l'autorité du médecin reste quand même... parce que c'est sûr qu'on...

PH: ...Ah bah non bien sûr, on le respecte...

Dr H: Mais il y a cette dimension effectivement, euh qui est compliquée, ouais effectivement.

PH: C'est le respect de l'autre, c'est par respect....

Dr H: Hum. Mais après c'est vrai que moi j'ai pas mal dans la suite, je m'en suis voulu pour vous, parce qu'on en parlait pour la pratique, mais pour vous, je me dis « Ouh lala, il y a eu quand même cinq mois six mois qui ont été très difficile », parce qu'au niveau de l'énergie à 8 grammes, je ne sais pas si vous imaginez mais on rame quoi. Et je me suis dit si on avait vu ça, bah c'est cinq six mois, et ben il aurait pu être transformé. Et cinq mois c'est quand même énorme dans une vie quoi je pense, dans une année même. Donc euh, il y eu, il y avait cette partie de culpabilité, et au sein de la consultation, bah maintenant je me dis, "ah", surtout avec vous, j'ouvre grand mes oreilles et tout (*en riant*) en me disant... Mais bon voilà mais euh...

PH: Ben ça va nous avoir rendu service là. On va vous remercier. (*Rires*)

Dr H: Non mais c'est ça. C'est important. C'est pour ça que c'est bien que vous ayez pu venir je pense.

M: Donc vous voyez quand même un changement dans votre attitude lors des consultations après cette histoire?

Dr H: Ah oui, oui bien sûr. Hum, hum, avec Mme H et aussi face à, bah maintenant effectivement, des symptômes itératifs, qui reviennent comme ça et dont on n'arrive pas à se débarrasser d'une consultation à l'autre, ben il y a plus facilement la prescription d'un bilan... encore plus ben quand il y a des facteurs de risque d'anémie, des choses comme ça quoi...

M: Hum Et vous le ressentez maintenant; que on va dire que l'écoute est, a changé? Est ce qu'il y a quelque chose vous qui vous a...

PH: (*silence*) Ben il y a pas assez de recul là...

Dr H: C'est vrai qu'il y a pas... combien il y a eu deux consultations... ou une ou deux. Je sais plus, peut être deux, trois...

PH: Oh non, pas tant que ça, depuis la mauvaise euh…

Dr H: Il y a eu la consultation avec le Dr W, la consultation juste après, puis...

PH: Une après

Dr H: Oui il y a eu une après.

PH: Oui une année et là c'est demain, il y a la prise de sang demain. Et puis je vous vois lundi. (*Silence*) J'ai l'impression que je suis

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

bien moins essoufflé, j'ai beaucoup d'espoir sur demain, mais c'est pas sûr (*en riant).* Là où je vous ai trouvé très optimiste, j'étais à 87 je suis monté à 91, moi ça me dit rien tout ça et j'ai vu que le minimum pour un femme c'est 129, alors de 87 à 91, vous m'avez dit « voyez c'est formidable ça monte (*en tapant dans les mains*) », ah j'ai dit "Oui alors 87, 88, 89, 90, 91... 4 points en un mois, il faut deux ans pour arriver à 129, oui d'accord ça monte. (*Rires*)

Dr H: Oui en fait c'est qu'ils sont, les globules rouges sont longs à se fabriquer mais en même temps, comme je vous disais, pour les personnes âgées c'est un peu plus bas, je vous l'avais dit hein, non? 11 c'est normal.

O: Oui 11, 12...

Dr H: Oui entre 11 et 12. 11,5 c'est normal, donc c'est pour ça (*rires de tout le monde*). Optimiste....

M: C'est ça...

Dr H: Voilà ouais...

M: ...donc on peut dire qu'il est optimiste aussi?

PH: Oui. (*Rires*)

M: D' accord. Est ce qu'il y a eu d'autres évènements... mis à part celui-là?

PH: Non...

Dr H: Moi il y a eu des expérimentations, avec les plantes...

PH: Ah oui... (*Rires*)

Dr H: Mais bon ça c'est pas, c'est d'ordre du traitement, de choses un peu bizarre qui trainaient... et ça c'est plutôt de l'ordre médical...

M et O: Hum

Dr H: Mais après au niveau relationnel...

M: Qui ont pas changé le relationnel?

Dr H: Non non je pense pas, au contraire, dans le fait que dans le relationnel, il y a, comme on a une peu la même vision de la médecine avec justement l'utilisation de choses naturelles avec le moins de médicament possible, pas d'acharnement, ou des choses justement en accord, je pense que…Il y a cette compréhension ouais.

M: Hum hum

PH: Oui c'est vrai c'est tous les jours quand on lit ou qu'on écoute les infos on vous dit que tels médicaments a causé, tels ... toutes les... effets secondaires. On vous dit qu'ils sont catastrophiques. Et quand vous voyez en résidence pour personnes âgées vous voyez les échanges de cachets... ça me fait peur moi. On leur donne je ne sais pas combien de cachets par jour et … je comprends pas, parce que tout ce mélange, ça va exploser un de ses jours (*rires*). J'ai une copine qui est dans sa prison dorée, elle m'a insulté quand je lui ai dit que je rentrais en résidence de personnes âgées. Elle, elle a fait un petit AVC et puis un deuxième quelques temps après, léger et elle a pas voulu, elle a fait aménager son appartement pour rester chez elle, dans ses meubles, mais l'ascenseur est à mi- étage, et elle est dans une prison dorée, elle ne sort pas, elle ne peut pas sortir toute seule. Et maintenant quand même au bout de deux, trois ans, je l'appelle tous les soirs, mais y'a des soirs où ça commence à devenir dur : « tu sais, j'ai trouvé le temps long aujourd'hui »...alors que moi si je veux voir quelqu'un, je sors, je prends l'ascenseur je descends, je vois du monde, je vais me promener dans le jardin, je vais faire des courses. Bon, je veux voir personne, je ferme ma porte et si on sonne je suis pas obligée d'ouvrir. Donc j'ai une sécurité, mais j'ai le choix. Alors que elle, elle a pas le choix. Alors si bien sûr, elle a la femme de ménage, la psycho machin truc chouette, la kiné, la bibliothécaire qui amène les dix livres par mois, et il y a tout le temps quelqu'un, mais c'est la routine, c'est... puis c'est toujours les même personnes, puis c'est pas comme ça qu'on trouve un contact quoi. Elle finit par s'ennuyer, c'est pour ça que le maintien à domicile, je suis très sceptique. C'est la philosophie, c'est la politique actuelle. J'ai assisté à un congrès, y'a, quand j'étais vice-présidente il y a 4 à 5 ans, 48 heures à la mairie centrale. Et qui disait que les résidences comme la nôtre étaient en voie d'extinction, d'ailleurs ça ne

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

correspondait plus à la demande. Puis je vais vous dire, il y a 10 à 12 appartements vides chez nous...

O: Ah ouais

PH: Donc c'est un manque à gagner, c'est une mauvaise gestion comme pas possible. Et on vous dit, « oh mais il y a des listes d'attentes partout », s'il y a des listes d'attentes et des trucs vides, comment ça se fait?, moi ça passe pas. Et ils disent, les maintiens à domicile ça leur coutent moins chers que ce genre de résidence. Il y a pleins d'avantages aussi, y a un plein tableau, la mairie vous propose telles sorties, telle ceci, telle cela, les trois quarts des choses sont gratuites, de moins en moins mais enfin il y en a encore pas mal, ou avec des tarifs ridicules, 8 euros une place ou cinq euros... moi je suis... j'en profite au maximum, le plus possible encore...

M: Pour revenir juste sur l'événement, sur cette histoire d'anémie, finalement si je peux résumer, il n'y a pas eu de changement dans, en la confiance que vous avez avec votre médecin, suite à cet épisode?

PH: Je me suis interrogée, si, quand même. J'ai accusé le coup...mais bon hein, comme j'ai dit tout à l'heure, j'ai pardonné (*en riant*).

M: D'accord.

PH: Sinon, je ne serais pas là.

M: Je sais pas si tu veux ajouter?

O: Non, non c'est bien...

M: Je sais pas si vous voulez ajouter chacun... quelque chose?

Dr H: On va voir lundi...

(*Rires*)

PH: On se prépare pour lundi…

M: C'est ça *(rires)* **Bon très bien. En tout cas on vous remercie tous les deux d'avoir participé. Est-ce que l'on peut prendre vos coordonnées si vous voulez qu'on vous envoie les résultats de notre étude, si vous voulez.**

PH: Ce serait gentil ça.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dyade I :

Entretien individuel Docteur I (EI1)

Date: Décembre 2014

Lieu: Au domicile du docteur I.

Comportement général: L'entretien se déroule dans le salon, autour d'un thé accompagné de biscuits. L'ambiance est légère.

Interviewer (I) : L'objectif de cet entretien, c'est de bien vous connaitre vous, du point de vue professionnel. Donc pour commencer, comment vous pourriez vous présenter?

Docteur I (Dr I): Euh mon identité ce n'est pas nécessaire?... je suis une médecin généraliste de 55 ans quasiment, à quelques jours près. Euh...généraliste plutôt heureuse, euh parce que je pense que j'ai réussi à me faire des conditions de travail satisfaisantes, avec un emploi du temps bien pensé au moment de l'installation. Euh j'ai la chance d'avoir une associée avec qui je m'entends bien. On s'entend bien, avec qui on a fait un vrai travail d'équipe depuis quasiment vingt ans maintenant...

I: Qui est en médecine générale aussi?

Dr I: Oui généraliste aussi. Et euh voilà. Du point de vue professionnel, je me définirai comme ça. Et avec un côté, enfin... médecin de famille, voilà.

I: Médecin de famille.

Dr I: Oui que j'apprécie beaucoup.

I: Donc médecin généraliste heureuse...

Dr I: Voilà...

I: Et médecin de famille?

Dr I: Oui et donc j'ai réussi à garder ce côté médecin de famille qui me plait beaucoup, voilà.

I: D'accord.

Dr I: Et je suis quelqu'un qui suis plutôt contente dans les relations humaines que dans la science. Même si je ne néglige pas la science, quoi.

I: Hum hum... Les relations humaines vous plaisent beaucoup dans le métier?

Dr I: Oui et je suis... plus heureuse d'avoir l'impression de faire de la prévention, d'aider les gens à mieux vivre que quand je fais des diagnostics euh. Beaux au niveau intellectuel, qui sont excitants au niveau intellectuel mais en général c'est rarement .... Rarement gai sur le plan humain.

I: Sur le plan humain... D'accord... Est-ce que pourriez décrire votre parcours professionnel, rapidement?

Dr I: Euh bon il est assez classique... études donc en région parisienne, à Z... Euh après j'ai fait pas mal d'urgence et de SAMU. Euh j'ai commencé aussi les remplacements en médecine générale ... assez rapidement. J'ai attendu pour m'installer parce que d'une part j'avais des envies d'aller voyager un peu, pour faire de la médecine humanitaire, bon il y avait des problèmes familiaux qui ont fait que, j'avais le DU et tout ça, mais je suis pas partie. Donc je gardais un peu ça dans la tête et puis j'ai pas fait. Puis surtout j'ai... dans mes remplacements j'ai rencontré pleins de situations extrêmement catastrophiques...sur le plan humain pour les médecins, ce qui m'a pas complètement .... Poussé à m'installer en tant que... à m'installer. Donc je suis restée remplaçante longtemps parce que j'aimais bien la médecine générale. Et donc voilà je gardais le versant... hospitalier urgentiste. Jusqu'à ce que je rencontre deux femmes qui se sont installées un peu comme ce que j'ai fait après avec mon associé...

I: Donc au début les remplacements n'étaient pas en libéral alors?

Dr I: Si si les remplacements étaient en libéral, j'ai continué à faire... j'ai gardé une partie hospitalière et je faisais des remplacements, et je n'avais pas envie de m'installer de manière définitive parce que j'ai croisé pleins de situations de généralistes assez euh... un peu catastrophiques, enfin... il y en a pas beaucoup qui en ont concentré autant dans leur parcours, donc voilà j'ai attendu avant

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

de m'installer parce que c'était un métier... l'installation me faisait peur pour ce qu'elle engendrait, quoi. Et voilà, jusqu'à ce que je rencontre deux femmes qui se sont installées comme moi je travaille, c'est à dire avec un emploi du temps partagé, et je me suis dit on peut faire de la médecine générale en étant heureux. Et en vivant heureux sans se... sans être disponible 24h/24, et ...

I: Donc là en fait avec votre associé, vous vous partagez...

Dr I: ... le temps...on a un bureau pour deux pour l'instant, alors ça, ça va bientôt changer, parce que l'on va se regrouper avec les autres médecins de la commune où je travaille, et euh jusqu'à présent, ça fait bientôt vingt ans là, on a un bureau que l'on partage en deux, donc on partage les journées en deux, en fait il y a trois journées que l'on partage en deux, et deux journées où il y en a qu'une seule qui fait la grande journée de douze heures quoi, et l'autre qui vit sa vie pendant ce temps-là.

I: D'accord... donc on peut dire que vous êtes satisfaite de votre travail?

Dr I: Oui, oui... après je peux trouver des tas de raisons de râler. Pour les conditions de la médecine actuellement mais oui, non je.... je ne suis pas du tout lassée de mon travail, euh et voilà... sinon je pense que j'aurai changé d'axe.

I: D'accord. Vous me parliez du coup d'une médecine de famille, d'une médecine plutôt dans la relation plus que dans le côté technique... est ce qu'il y a d'autres valeurs?... comment vous pourriez décrire votre pratique médicale en général?

Dr I: Euh j'oublié quand même un volet dans ma pratique médicale qui est que je fais de l'acupuncture.

I: D'accord.

Dr I: Donc c'est un versant qui me permet d'aborder les choses un peu autrement. Moi c'est le côté un peu de globalité... c'est pour ça que je repense à l'acupuncture, parce que l'acupuncture, la médecine chinoise, c'est une vision de globalité. Et euh voilà ce qui m'intéresse dans la médecine générale, c'est justement cette vision globale, quoi. Et des gens dans leur cadre de vie, pas des gens dans un cadre...artificiel, qui est l'hôpital. Là c'est quand même dans leur vie quotidienne, avec cette relation d'égalité dont on parlait tout à l'heure, d'être en face à face, habillés pareils, pareils enfin sans... sans majesté particulière. Bon j'ai un plus grand fauteuil qu'eux mais bon...

(Rires)

I: Comment vous pourriez décrire votre patientèle?

Dr I: Alors plutôt, plutôt...gentille, c'est une banlieue, une commune un peu à part, parce que c'est une structure de village, donc il y a pas beaucoup d'immeuble, de chose comme ça...

I: ... Vous êtes sur Y?

Dr I: Non, W... pour une marseillaise ça doit paraitre très exotique (*rires*) C'est une structure de village, mais c'est déjà une ville parce qu'il y a plus de cinq mille habitants, et puis c'est en train d'augmenter... euh c'est...oui c'est fait comme un village, il y a une grande rue, avec pleins de corps de fermes qui sont divisés en plusieurs appartements euh c'est assez préservé, il y a beaucoup de maraîchers, parce qu'il y a trente ans, il y a eu un... on est pas très loin de X, et il y a eu un crash d'un avion, donc ils ont préservé la plaine agricole. Donc il y a encore beaucoup de maraichers qui sont un peu une espèce en voie de disparition mais voilà il y a un aspect un peu campagne, de village, c'est une ville dortoir parce que les gens y dorment, mais c'est une ville très active au niveau associatif, c'est très vivant. Et ... il y a des familles depuis des générations et les jeunes reviennent en fait... ils s'en vont un peu mais ils reviennent après habiter là, une fois qu'ils fondent une famille. Voilà c'est pour ça que c'est une structure un peu village...

I: Qui vous plait dans votre pratique?

Dr I: Oui qui est pas mal, parce que d'abord au départ je trouvais que c'était, parce que moi j'aurai aimé être au départ en province ou faire... ou dans la région parisienne. Donc ce cadre un peu plus... préservé par ici me

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

plaisait bien. Oui au début quand je le suis installée il y avait des bruits de chevaux, il y avait des chevaux qui passaient dans la rue, il y avait deux clubs hippiques...?

I: Ah d'accord...

Dr I: ... mais maintenant ils ne passent plus dans la rue mais je trouvais ça agréable d'aller au boulot et de voir les tracteurs... je suis au courant de la culture des champs et puis j'avais de temps en temps un peu le « clop clop clop » des chevaux. (*Rires*) qui était... sympa hein la région P, hein?

I: Oui c'est sympa!

Dr I: Et donc une clientèle qui est globalement, qui reste encore attachée au village...enfin il y a ce côté-là... bon après il n'y a pas que ça... Il y a des gens qui sont des banlieusards actifs un peu bobo...

I: Et puis vous suivez les patients sur plusieurs générations du coup, des patients qui reviennent....

Dr I: Oui oui voilà bien sûr, médecin de famille.

I: Médecin de famille.

Dr I: Oui voilà médecin de famille avec effectivement plusieurs générations, et puis des croisements, on s'aperçoit que l'un qu'on connait depuis longtemps s'avère être le beau-frère de la belle-sœur de machin...

I: Donc ce qui pourrait la décrire c'est une patientèle, de famille, on va dire intergénérationnelle?

Dr I: Oui oui oui, oui oui oui, avec effectivement au niveau de l'âge, ça va de quelques jours de la conception à ma doyenne. Ma doyenne est à 99, 8 mois... nous attendons le mois de mars pour déboucher la bouteille

I: ...Pour fêter ça avec elle...

(Rires)

Dr I: Et cette doyenne va toujours jouer aux cartes avec ses copines, voilà.

I: D'accord, très bien... Comment vous pourriez décrire, alors c'est une question un petit peu compliquée...euh la relation idéale que vous pouvez avoir avec un patient?... ou à l'opposé, la pire des relations?

Dr I: Alors, la pire des relations, ce que je n'aime pas du tout c'est le coté de consommation. Quand ils viennent...consommer. Il y en a pleins quand même .... Il y en a c'est comme ça, puis on doit faire ça, on doit leur faire *(clap des mains)* voilà, ils savent même pas combien ça coute, ils tendent la carte vitale dans l'étui avec la carte bleue à coté, à tout sortir...enfin ça j'aime pas du tout... et puis les papiers, si ont les a pas remplis, « comment ça? » enfin bon donc ça j'aime pas. Puis bien sûr, quand on reçoit une méfiance permanente, avec ce côté, euh bon bien sur « j'ai vu sur internet » ou bien « on m'a dit que », et le « on » n'est pas forcément une entité médicale et puis avec des fois de la méfiance... mal argumentée. Un exemple auquel je pense c'est voilà une patiente avec qui la relation n'a pas été bonne du tout, mais enfin je ne pense pas, enfin elle ne vient plus du tout me voir, j'irai pas lui demander de participer, euh et je me rappelle très bien, ça c'était pas très bien terminé, mais je me rappelle très bien la première consultation, parce que j'ai eu beaucoup le temps d'y réfléchir, où euh elle est arrivé en disant que c'était une scientifique, une chercheuse, que... en France on utilisait trop d'antibiotiques, qu'elle connaissait pleins d'allemand et que eux ils en utilisaient jamais, tout ça. Mais que quand même à la fin de la consultation, elle avait pas le temps d'être malade. Donc ma consultation qui se terminait sans antibio, ça n'allait pas du tout du coup quoi... voilà.

I: Ouais...

Dr I: Donc ce genre de relation très contradictoire, avec une espèce d'exigence contradictoire et beaucoup de méfiance aussi... dans...dans ce que je fais. Au cours des consultations, elle m'a glissé que elle, elle savait chercher sur internet...non parce que ça fait quelque temps et internet était encore ... pas anecdotique mais...

I:...ça commençait à arriver

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr I: Voilà, il était déjà présent mais sans doute moins au quotidien que maintenant... que elle, elle savait chercher, sous tendu que moi forcément je ne savais pas. Bon enfin ce genre de chose... ça me...

I: Donc la méfiance surtout, les patients qui sont méfiants...

Dr I: Oui la méfiance et puis l'exigence...non fondée. Après moi je trouve qu'ils ont le droit de demander les gens... mais voilà, quand je sens que les gens effectivement.... ouais il y a aussi une relation...je sais pas si c'est le moment d'en parler ou pas, mais ça s'est passé il y a pas longtemps et je n'ai pas compris... vraiment je... alors que j'étais extrêmement ouverte, je me suis fait accusé d'être super froide.

I: D'accord... on vous l'a dit du coup?

Dr I: Oui oui oui complètement...

I:...durant la consultation...

Dr I: Oui...

I: Sans forcément comprendre pourquoi?

Dr I: Et bien si, c'est forcément un témoin de la souffrance de cette dame... euh bon c'était quand même un peu désagréable... je sais pas si c'est intéressant que je le raconte là ou pas...

I: Pourquoi pas, mais après est ce que ce serait l'idée d'une patiente avec qui on pourrait faire l'entretien?

Dr I: Non, je crois pas, je sais pas, je ne l'ai pas revu depuis, j'aurai bien aimé qu'elle revienne, mais je ne crois pas qu'elle soit revenu même voir ma collègue quoi.

I: Hum hum...

Dr I: Oui je pense que ce serait intéressant mais pas tout de suite, c'est trop récent, peut-être dans quelques mois... une fois qu'elle aura avancé sur autre chose...

I: Donc là vous parliez d' une relation qui n'est pas forcément idéale, et une relation idéale ce serait quoi du coup? Une relation où vous êtes à l'aise?

Dr I: Oui...une relation où il y a euh...alors quand les relations sont sympathiques, alors à la fois c'est bien mais c'est toujours... ça peut être ambigu aussi parce que des fois on arrive trop dans le... avec le temps, avec un espèce de copinage ou des fois on est un peu moins professionnel, donc à la fois c'est très agréable mais ça peut être des fois un peu dangereux, je pense que c'est un risque du métier... euh donc là c'est quand il y a le respect mutuel en fait.

I: Mouais…

Dr I: A la fois de la sympathie... mais même pas forcément. Ben si bah forcément j'aime bien quand..., mais il y a des gens avec qui il n'y a pas d'atomes crochus particulier mais...

I:... Ça se passe bien...

Dr I: …C'est clean quoi... c'est respectueux... il y en a il se passe juste ce qui doit se passer dans la relation, mais ça se passe bien et on sent qu'il y a effectivement une confiance mutuelle...

I: Respect et confiance...

Dr I: Sans qu'il se passe rien d'affectif à coté mais... il y a une affection secondaire du respect...

I: Hum d'accord...

Dr I: ... Il y a beaucoup d'affect quand même dans ce métier là...

I: Oui beaucoup...

Dr I: En tout cas de la façon dont je le pratique, en essayant de le canaliser... de le canaliser et qu'il n'envahisse pas...

I: C'est ce que vous aimez beaucoup dans ce métier aussi?

Dr I: Oui oui bien sûr...

I: C'est ce côté-là, ce côté relationnel...

Dr I: Oui oui mais je reste quand même un peu méfiante...

I: Cette difficulté à garder une distance…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr I: Voilà c'est ça, mais bon là je pense que je commence à avoir de la bouteille quand même...

I: *(rires)*

Dr I: Mais ceci dit voilà, il faut savoir être vigilant...

I: Hum hum d'accord, et là sur tout ce dont on vient de parler, est ce qu'il y a un patient avec qui vous vous dites que vous pouvez en parler avec lui?

Dr I: Ah ben si, discuter d'une bonne relation, oui, mais ce qui me manque c'est le versant... le versant début où....

I:..Le versant conflictuel?...

Dr I: Oui c'est ça, j'en ai pas sous la main ... parce que sinon si, si j'en ai plein...je peux en trouver...

I: Oui là c'est vrai que l'on cherche plus quelqu'un avec qui ...alors pas forcément qu'il y ait eu un clash mais qu'il y ait juste une différence de point de vue et comment vous en êtes arrivés à sortir de cette différence de point de vue et comment vous arrivez à continuer...

Dr I: Oui oui ben si du coup il y a pas d'urgence, en réfléchissant bien je vais trouver... j'en ai forcément mais voilà ça ne m'est pas venu comme ça...

I: C'est dur comme question. Non mais vous avez le temps de réfléchir, il n'y a pas de problème...

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien en interaction Docteur I et Patient I (EI2)

Date: Le 9 Janvier 2015

Lieu: Au cabinet médical du docteur I

Placement: Le patient est en face du bureau à la place « patient », le modérateur est à sa droite. Le médecin est assis sur un tabouret au bout du bureau. L'observateur est à la place du médecin derrière le bureau, à gauche du médecin, et en face du patient et du modérateur.

Comportement non verbal:

Patient I:

-parle lentement et calmement comme s'il s'imposait une réflexion avant de parler.

-Il se gratte l'ongle au début de l'entretien et se positionne au fond de son siège.

Docteur I:

-semble très à l'aise avec une attitude penché en avant, vers le patient

-parle plus rapidement que son patient, lui coupe la parole

-elle prend son portable pendant l'entretien.

Modérateur (M) : Alors pour commencer du coup, nous on s'est un petit peu présenté au patient, est ce que vous vous pouvez vous présenter à votre tour?

Patient I (PI) : Bon moi j'ai 55... Ouais 55, je vais sur 55, pas encore mais bientôt. (*Débit lent*) Et le Dr I, je la connais depuis... je suis à X depuis, en 1995. Et je suis venu tout de suite dans ce cabinet où il y avait deux docteurs, deux jeunes femmes à l'époque. Dr T et Dr I. (*rires*) Et voilà, et on a tous vieilli (*rires de tout le monde),* tous vieilli. Voilà et euh.... voilà donc on se fréquente depuis quelques années.

M: D'accord.

PI: Et je viens en règle générale une fois...maintenant peut être un peu plus souvent. Mais en général c'était une fois par an. Et bon parfois un peu moins peut être.

M: Hum hum d'accord.

Docteur I (Dr I) : Donc voilà puis moi je suis médecin généraliste, je suis un peu plus vieille que vous, parce que je viens d'avoir 55 ans moi. Et effectivement nous nous sommes installés depuis 1995, donc euh ça va faire 20 ans, donc voilà. Quasiment aussi vieux que le cabinet (*rires de tout le monde*).

M: Est-ce que vous pourriez nous dire justement comment vous avez choisi votre médecin?

PI: Euh à l'époque c'est certainement le hasard. Parce que c'était ma femme, et c'est parce que c'était deux jeunes femmes et on avait deux petits enfants. Puis peut être... ça a peut être joué aussi. Ça a peut être joué.

M: D'accord.

Dr I: Peut-être, je sais pas, la nouveauté aussi, le fait que l'on soit un cabinet neuf, je sais pas?

PI: Mouais, non.

Dr I: Puisqu'on démarrait de rien, je sais pas c'est une question...

PI: Peut-être, je me souviens pas. Je pense que c'était peut-être...euh... ma femme qui vous a choisi plus que moi, à l'époque, (*rires*) et puis c'est parce que, peut-être parce que vous étiez deux femmes et qu'on avait deux petits enfants...

M: Des enfants, et c'était plus simple de....

PI: Voilà je pense que c'était ça.

M: Ok. Et est-ce que vous pouvez nous dire tous les deux qu'elle a été la première impression que vous avez eu l'un de l'autre? (*soupir du patient*) **Peut être pas la première rencontre, mais la première grosse impression que vous avez eu de votre médecin et de votre patient?**

(*Silence*)

Dr I: C'est vieux (*rires*)

PI: Là c'est difficile à dire, là c'est difficile à dire.

Dr I: Ah oui ça...

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PI: On apprend à se connaitre, parfois on fait des bourdes. Je me souviens d'une particulière que j'avais faite, et puis que je regrette amèrement par la suite, je sais pas si le Dr I s'en souvient...

Dr I: Non comme ça, ça me dit rien mais justement ... c'est bien d'en parler je pense....

M: Oui bien sûr...

PI: Je me souviens d'une bourde que j'avais faite....

Dr I: Ben raconte la éventuellement...

PI: (*rires*) non non...je sais pas

Dr I: Mais si, je pense que ça les intéresse au contraire...

M: Si justement ça peut être intéressant...

Dr I: Je m'en rappelle plus, c'est bien, ça me rappellera.

PI: Une fois j'ai dit au Dr I euh...: « Vous êtes enceinte de combien? »

Dr I: Ah ?

PI: Sauf que... je sais pas si vous vous souvenez ou pas?

Dr I: Non (*rires*)

PI: Et puis elle était pas enceinte. Elle m'a dit « Non je suis pas enceinte. » Mfff (*en reprenant sa respiration*) Donc euh je me suis senti vraiment gêné quoi, mais ça ne m'a pas empêché de revenir par exemple, voilà.

Dr I: (*rires*) Je me souviens pas.

PI: Je me souviens de ça, là comme ça. Et puis euh, la première fois non c'est, on apprend à se connaitre sur le temps en fait. La relation d'un médecin au jour le jour, la première fois qu'on vient,... je pense que c'est assez neutre.

M: Donc plutôt neutre au départ et là au fur et à mesure maintenant comment...est ce que c'est pareil?

Dr I: Oui moi j'ai pas de souvenir particulier, je pense que c'est neutre. Effectivement je n'ai pas le souvenir de moments difficiles, ni d'approches difficiles parce qu'il y a effectivement des patients avec qui on sent que le temps... enfin vraiment non là, c'est une relation assez simple, assez épisodique pendant longtemps, qui se rapproche sans doute un peu avec le temps. Bon voilà... ce monsieur voyage souvent pour aller faire de la plongée donc il m'aide à voyager un peu aussi. (*Rires de tout le monde*) Euh donc euh voilà, oui je n'ai pas de... une relation assez simple, souvent, globalement courtoise et chaleureuse, c'est pas juste euh voilà...

PI: C'est pas « bonjour au revoir »...

Dr I: Sans que ce soit non plus euh... une relation d'affectivité énorme. Mais voilà c'est une relation chaleureuse.

M: Donc première impression plutôt neutre et là maintenant au fur et à mesure, comment vous pourriez par exemple décrire votre patient actuellement?

Dr I: Ben je pense qu'il y a une relation de confiance, quoi moi je la ressens comme ça. Euh il, qu'est-ce que je... je pense qu'il m'en voudrait beaucoup si je l'interdisais de faire de la plongée (*rires de PI et Dr I*), d'ailleurs ce n'est pas moi qui lui fais le certificat de plongée, il y a un médecin agréé dans le village donc ça ça tombe bien, comme ça je ne prends pas de responsabilité là. Euh globalement un patient qui est pas.... qui est pas comment dire, enfin c'est...ce n'est pas un hypochondriaque du tout donc euh voilà des fois pour l'arrêter il faut un peu insister d'ailleurs. C'est plutôt quelqu'un qui va au bout de lui-même... mais euh voilà. Une relation assez franche quand même. Franche.

M: Franche...

Dr I: Franche oui, honnête, je pense.

PI: De tout façon le Dr I, c'est quelqu'un qui... qui dit les choses qui doivent être dites je pense, et euh ... c'est ce qui se passe de temps en temps avec les enfants. Je me souviens avec mes enfants, ils préféraient voir le Dr T qui est beaucoup plus douce,

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

beaucoup plus... qui doit plaire beaucoup plus aux enfants, le Dr I est... mais ça voilà c'est chacun son style...

Dr I:… Ça c'est très très variable, parce qu'on s'aperçoit que...qu'il y en a, que certain, que d'autre c'est le contraire.

PI: Le contraire...

Dr I: Y en a qui trouvent que je suis beaucoup plus douce qu'elle donc ça me fait plaisir. Mais je pense que globalement elle est plus...

PI: Plus enveloppante...

Dr I: ...plus délicate, plus délicate.

PI: Avant j'allais voir les deux, maintenant je viens...je demande tout le temps à aller voir le Dr I, d'une manière générale mais euh... je sais que ... (*silence*)

Dr I: Oui elle est plus délicate, mais c'est étonnant parce que des fois j'entends le contraire et ça me fait tout à fait plaisir. (*Rires de tout le monde*) Mais voilà, donc ça au niveau des enfants c'est très partagé, y'en a qui veulent…

M: Donc vous disiez plutôt un médecin qui est franc? Ce serait ça le premier...

PI: Oui qui dit les choses je pense, ou si elle ne les dit pas, les fait comprendre. Voilà je sais pas...

Dr I: Oui dites ce que vous ressentez, moi je suis là pour, je... n'ayez pas de scrupules au contraire.

PI: Non puis voilà non....je sais pas trop

M: D'accord. Et est ce qu'il y a dans...au fur et à mesure de votre relation à tous les deux des moments qui ont marqué en fait cette histoire-là, changé les choses? Qui ont permis de les faire évoluer ou qui ont...

(*Silence*)

PI: Ben je...le fait que je vienne pas assez souvent. (*Rires de tout le monde*) Mais.... je vois pas non.

Dr I: Non moi non plus je n'ai pas le souvenir d'évènements difficiles, euh difficiles ou remarquables comme ça quoi.

M: Hum. On va dire que vous avez appris à vous connaitre au fur et à mesure et... une relation neutre dont vous parliez au début. Là ce serait plutôt, quel type de relation là en fait?

PI: Moi je dirais comme ça. Moi je dirais que, si c'est quelqu'un que je côtoyais plus régulièrement, plus... plus euh...ça pourrait être quelqu'un que j'invite à la maison, qui pourrait venir à la maison.

M: D'accord.

PI: Quelqu'un avec qui je m'entendrais bien. Voilà, je dirais ça comme ça.

M: Hum, hum

Dr I: Je viens diner chez vous ce soir.

(*Rires de tout le monde*)

PI: Non mais je dirais ça comme ça. Je dirais ça comme ça.

M: Vous avez cette impression là aussi?

Dr I: Oui, oui, une relation chaleureuse et de confiance, oui plutôt agréable effectivement. Alors je sais pas si ça va vous… mais j'ai réalisé mercredi, puisque vous êtes venu mercredi que, qu'il y avait donc cette euh…attentat et j'avais appris le 11 septembre par votre femme quoi.

PI: Ah ouais.

Dr I: C'est elle qui m'avait appris l'attentat du 11 septembre, donc je trouvais qu'il y avait une conjonction… (*Rires*) Voilà. C'est des évènements remarquables qui me viennent, mais après c'était Madame et l'autre coup. Voilà. Euh plutôt chaleureux et de confiance. Je ne fais aucun rapport avec euh, je ne mets pas d'étiquette sur cette conjonction-là, je trouvais ça remarquable.

Observateur (O) : Oui cette coïncidence.

M: D'accord, donc une image qui n'a pas forcement changé...au cours du temps?

(*Silence*)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PI: Bah l'image elle a changé, oui, elle change, elle change parce que...on vieillit, on n'a pas les mêmes attitudes, on ne voit pas la vie de la même façon. Euh si la...la relation change avec le temps, c'est obligé qu'elle change avec le temps. Mais elle change...c'est vis à vis de nous quoi, c'est dans notre ressenti, et peut être qu'elle s'exprime pas forcément quoi.

M: D'accord...

Dr I: Oui là je suis d'accord, je pense qu'il y a eu une évolution, surtout là au bout de vingt ans, ça ne peut pas tellement être plus vieux. C'est euh voilà. Parce qu'effectivement, il y a nous et puis le fait qu'on se connait depuis vingt ans, ça donne euh un....un patrimoine commun quand même.

M: Hum, hum... je sais pas si tu veux rajouter quelque chose? *(en s'adressant à l'observateur)*

O: Et durant ces vingt ans il y a pas eu d'évènement fondateur, quelque chose qui vous a marqué, qui vous aurez marqué tous les deux? Il y a eu votre bourde au début mais après il n'y a pas eu de chose...

PI: Non c'est venu pas tout de suite et c'est venu après...

Dr I: .... (*Rires*)

PI: Non mais enfin voilà.

M: Soit du point de vue personnel ou dans le cadre d'une pathologie en particulier ou ?

PI: Non.

Dr I: Non moi je n'ai pas de souvenir particulier de... non. Même de ça je ne m'en rappelais même pas (*rires*) Que je devais vous en vouloir...

PI: Non mais ça, je m'en étais voulu, puis je l'avais ressassé... Mfff *(en inspirant fortement*) Tourner sept fois la langue dans sa bouche avant de parler. (*Rires*)

Dr I: Oui ça ce sont des gaffes qui sont régulières finalement dans la vie...

M: Qui arrivent souvent oui...

Dr I: Oui et puis...

M: Tu veux?

O: Non mais je, tu as bien tout dit...

PI: Je ne sais pas trop quoi vous dire d'autre moi.

O: Peut-être que, comment vous pourriez décrire euh plus votre patient dans sa façon de... comment vous le voyez?

Dr I: Euh... bon déjà aimable, c'est pas mal.

O: C'est déjà une bonne chose...

Dr I: C'est euh... voilà euh c'est pas quelqu'un qui court chez le médecin dès qu'il a quelque chose...euh donc impatient quand il doit aller plonger ou qu'il veut aller plonger. Et ça c'est une caractéristique. Euh sinon euh oui assez compliant mais pas forcément demandeur d'avoir trop de soin. C'est assez, assez compliant mais il va falloir que ... oui une relation que je trouve assez saine, de confiance et chaleureuse, je dirais ça. Ça et puis au bout de vingt ans, on n'est pas, on ouvre pas la porte en disant « Oh mon dieu c'est lui! » clairement pas, quoi.

O: Pas d'appréhension?

Dr I: Oui voilà c'est...

M: D'accord. Vous êtes d'accord vous sur cette description?

PI: Ben ça me va bien (*rires de tous*) Il y a pas trop de méchanceté. (*Rires*)

Dr I: Oui voilà parce que l'autre patient qui s'est désisté, on aurait eu un abord plus difficile alors qu'avec Mr I ça se passe bien.

M: D'accord.

O: Je ne sais pas si on peut rajouter encore des choses, vous vous êtes bien décrit.

M: Oui, ça nous va, ça nous va.

O: Oui sauf si vous avez des choses à ajouter?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PI: Ben moi je ne sais pas quoi vous dire d'autre. Hein... peut-être quelque chose parce que quand on vieilli on... un homme a forcément des problèmes différents et peut être que…À un moment donné on peut peut être avoir une hésitation à parler à ... à une doctoresse. (*Petit rire)* On va le dire comme ça.

Dr I: Hum hum

PI: Donc euh pour l'instant, c'est pas le cas, mais peut être ça arrivera par la suite, je sais pas, je sais pas.

Dr I: Ben ça fait partie du boulot hein…

PI: Ça fait partie du boulot de médecin, mais je pense que ça se passera très bien (*rires*)

Dr I: Oui ça fait effectivement parti de notre travail, après on a le droit aussi...

PI: Je pense que cette différence, entre homme et femme, elle est pas importante au début mais peut-être que par la suite, avec l'âge quand on approche d... ça jouera peut-être un petit peu... je sais pas. Je dis ça, je pense à ça... voilà la seule chose qui peut peut-être…

Dr I: Oui mais là sur ce, sur la relation plus générale, je dirais que ça ça peut changer parce que, des fois, il faut, la différence est plus importante euh je pense la différence de sexe dans la relation et puis avec le temps, au contraire, c'est des choses qui s'amenuisent. Des fois je me sens plus regardé comme femme et puis plus après uniquement comme docteur, donc ça c'est variable avec le ... dans la relation avec les patients hommes, quoi. Et puis vous êtes pas le seul, après… d'une part on est docteur et puis à priori voilà on vous en voudra jamais d'aller consulter un médecin homme comme des fois moi je vois des patien- tes (*en accentuant sur le « tes »*) de notre confrère masculin, euh que vous connaissez bien aussi, qui n'ont pas envie de lui raconter certain truc. Donc elles viennent nous voir. Ça c'est... c'est bien qu'il y ait du choix pour ça.

(Rire*s de tout le monde*)

Dr I: Y a quatre femmes et y'a plus qu'un seul homme ici.

PI: Oui et il va bientôt prendre sa retraite

Dr I: En plus...

PI: Il va bientôt s'arrêter.

M: Bon on verra ça dans dix ans alors si ça a changé (*Rires de tout le monde*)

PI: Dans dix ans vous aurez fini, vous serez installé.

M: Oui c'est ça, on reviendra c'est pas grave.

Dr I: Pour le tome 2.

M: Oui c'est ça.

O: Pour vous au début c'est plutôt votre femme qui avez choisi une médecin femme.

PI: Je pense, oui je pense.

O: Plutôt ça et puis après au fur et à mesure…

PI: Ouais...

O: Mais vous au début, au prime abord, vous n'étiez pas du tout intéressé?

PI: Non au début non

O: C'est maintenant que vous vous posez la question?

PI: C'est maintenant...

Dr I: Entourée de femme...

(*Rires de tout le monde*)

O: C'est vrai qu'en plus la profession se féminise.

PI: Oui d'après ce que m'a expliqué ma nièce qui fait aussi médecine, il y a une tendance.

O: Oui alors peut être qu'après il y a des choses plus difficile pour certain patient...

Dr I: Ceci dit c'est un juste retour des choses, après des siècles....

(*Rires de tout le monde*)

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Mais on se vengera pas... mais même moi il y a fort longtemps, quand j'étais à la fac, en première année, le doyen de la fac à l'époque nous disait « mais vous de toute façon les filles on sait bien que vous venez là juste pour vous marier donc euh. Entre des résultats proches, je choisi les garçons. » C'est intéressant, pour le concours. Mais la proportion était quand même bien différente. Voilà et maintenant nous sommes là. (*Rires*)

O : Très bien, on arrête là.

PI : Bon bah c'est bien,

M: Encore merci !

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dyade J :

Entretien individuel Docteur J (EJ1)

Date : Le 18 décembre 2014

Lieu : Au cabinet du Docteur J.

Comportement général: Docteur J est assis sur sa chaise, derrière son bureau et interviewer en face, à la place « patient ». On a évoqué avant avec lui le fait que nous recherchions des relations où il y a eu des discordances, où ça n'a pas toujours bien roulé. Il relatait des difficultés pour lui de trouver un patient avec qui ça ne coule pas et en parler devant lui. Il demandait s'il y a eu des médecins qui ont trouvés des patients et comment les entretiens s'étaient passés.

Ressenti de l'interviewer : il existait une ambivalence entre l'importante réflexivité qu'il semble avoir donc complètement adapté à ce type d'entretien et sa peur de la « confrontation »

Interviewer (I) : Est-ce que vous pourriez vous présenter…

Docteur J (Dr J) : Oui.

(Rires)

I : Comment pourriez-vous présenter ?

Dr J : Je suis médecin généraliste depuis 1983, les premiers remplacements donc ça fait un petit peu plus de 30 ans, 1986 pour l'installation, ça fait un petit peu moins de 30 ans. Travail en groupe, en ville, j'ai commencé à faire des formations en 97, j'ai fait un bilan de compétences en, reconnu par l'HAS, en 2006. Depuis 2008, je suis maitre de stage, depuis 2009, je suis tuteur au département de médecine générale et chargé d'enseignement, je fais quelques enseignements. Et puis, pff, c'est curriculum c'est un peu… Depuis quelques jours et à partir du 1 er janvier, je serais vice-président des conférences X. Et je sais pas ce qu'il m'attend. Grosso modo, on peut dire ça, j'ai passé un diplôme universitaire de psychothérapie adaptée à la médecine générale. Et puis euh voilà, je suis syndiqué à X. J'aime mon travail même si il est difficile.

I : Comment vous pourriez me décrire votre pratique médicale ?

Dr J : C'est une question qui est très essentielle mais qui est assez difficile surtout quand on y a pas réfléchi à l'avance. Donc ma pratique médicale, c'est la médecine générale au sens de la prise en charge. Tout à l'heure, je lisais un roman très intéressant, la personne considérée comme un attelage, deux chevaux et un cocher, donc un des deux chevaux c'est le corps physique, l'autre c'est le… l'âme psychique, le monde émotionnel et le cocher c'est l'esprit. Et on essaye de faire une prise en charge globale. C'est-à-dire, on s'intéresse au corps mais on s'intéresse tout autant à la vie émotionnelle et psychique et en ce qui concerne l'esprit j'en ai pas encore réfléchi. Je sais pas si on peut s'y intéresser ou pas mais a priori, oui, puisque c'est une de mes préoccupations, c'est le côté existentiel. On dit bio…psycho…social bon ça c'est pas la partie qui m'intéresse le plus le social même si je sais que c'est très important. Et existentiel, c'est-à-dire le… ce qui a rapport avec le sens de la vie, avec la liberté, la responsabilité, la mort. Enfin j'aurais dû mettre la mort en premier. Et puis l'isolement, fondamental, on nait seul et on meurt seul. Voilà, j'ai bien appris ma leçon ? (*rires*) Non mais voilà c'est comme ça… je sais plus quelle était la question mais c'est ma réponse… Donc c'est pas une description mais c'est une ambition voilà c'est une ambition…

I : Est ce qu'il pourrait en découler des valeurs, quelles sont vos valeurs professionnelles ?

Dr J : Alors les valeurs, euh oui, oui, bien sûr ce que je viens de dire sans valeur ça n'a pas de valeur justement. Puisqu'on parle de, …mes valeurs… c'est pareil, c'est difficile d'en parler parce que l'idéal est tellement loin de la réalité que c'est toujours très gênant de parler des valeurs, parce que en même temps qu'on les énonce on s'aperçoit qu'on les respecte pas quoi.

I : Oui mais c'est comme un objectif, une ligne…

Dr J : Mais c'est pour ça que c'est difficile de se mettre en scène si je dis toutes mes

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

valeurs, c'est une sorte de mise en scène comme si j'étais euh meilleur que je suis… hein. Mes valeurs c'est le respect du patient, c'est l'amour du patient, c'est l'altruisme, toutes choses que je ne sais pas faire. Voilà c'est ça le problème, c'est très difficile de répondre à cette question, parce qu'on est trop… si on veut avoir un peu d'honnêteté intellectuelle, on est trop différent de ce qu'on voudrait être, la réalité c'est qu'on se met en colère, qu'on est irritable, qu'on est fatigué et tout ça, ça va à l'encontre de la mise en œuvre de ses valeurs enfin bon on a le droit d'avoir des idéaux, c'est voilà, c'est ça. L'humanisme donc on pourrait dire, le plus important, c'est la personne elle-même quoi et le plus intéressant aussi, c'est la relation aux autres, en fait, mais quand même ce qui est intéressant et qui fait que quand même on tient le coup c'est que justement par éclat il y a des… par éclat ça marque, y'a des gens… cette après-midi je pense que je vais en recevoir avec lesquelles on arrive à tout donner et à ce moment-là on rejoint notre idéal mais ça reste parcellaire, petit…fin voilà…

I : Pas satisfaisant ?

Dr J : C'est-à-dire… Il faut, alors c'est pareil on peut répondre par l'idéal… euh j'ai perdu le truc… le… il y a deux niveaux de réponses. Si on met la barre très haute c'est forcément insatisfaisant. Par contre si on est réaliste, euh et qu'on essaye de faire son boulot en bon artisan, si, on a une satisfaction. Parce qu'on a fait ce qu'on pouvait en honnête homme, quoi voilà. C'est, c'est... Donc si, on peut dire que c'est satisfaisant. Ce qui n'est pas satisfaisant, c'est le surmenage. Fin ce qui rend les choses difficiles, c'est pas le fait d'être incomplet, d'être pas assez bon, parce que ça c'est comme ça mais c'est tout ce qu'il y a à côté. Donc là j'ai une histoire qui me trotte dans la tête depuis une journée, juste pour faire hospitaliser un gars qui aurait dû être… fin voilà, je suis dans une position délicate parce que je sais que personne va en vouloir et que voilà et ça c'est insatisfaisant parce que, bon j'ai sûrement ma part de responsabilité mais enfin en tous cas, les gens qui s'occupent de lui, ne se sont pas occupés de lui comme ils auraient dû et aujourd'hui c'est moi qui suis dans les emmerdements et ça me gâche la vie depuis 24 heures. Voilà.

I : Est-ce que vous êtes satisfait de l'organisation de votre travail actuel ?

Oui je pense, l'organisation vraiment, on parle du matériel

I : Oui purement matérielle

Oui oui je suis que sur rendez-vous, si, si c'est pas mal, ça pourrait être mieux mais c'est pas mal j'ai une secrétaire,…

I : Alors est ce que vous pourriez me décrire votre patientèle ? Comment…

Alors là c'est pareil c'est une sorte de question impossible. Et pourtant elle a sûrement des caractéristiques, hein… Bah là il y a pas mal de gens qui m'ont amené des chocolats, des trucs comme ça. C'est toujours les mêmes et on voit… Et c'est au niveau d'un tout petit nombre de gens. Je sais pas si on doit parler de résultats ou de prime enfin disons les liens en fait c'est ça. Les liens qui peuvent se tisser, qui sont des liens professionnels, il n'y a pas de liens amicaux, hein, souvent je rigole en disant, on a le droit d'aimer les patients, mais on ne devient pas leurs amis, c'est pas pareil quoi. Donc là c'est pareil, on voit qu'il y a des liens qui ne sont pas des liens amicaux, mais qui sont des liens chaleureux. Et par exemple, à l'occasion de Noel quand les gens amènent des chocolats et on se fait la bise, ce qu'on fait jamais d'habitude, euh effectivement ça donne un caractère, ben ça donne un prix à la relation. Et autrement décrire la patientèle en général. Euh il y a quand même pas mal de gens âgés. Enfin ça c'est tous les médecins. Euh non je crois que je ne peux pas décrire ma patientèle. C'est, c'est trop divers peut-être. Je pense que peut-être un observateur extérieur qui aurait plusieurs points de vue pourrait peut –être… Mais non. Enfin, j'ai beaucoup de patients en EHPAD, ça c'est peut-être une caractéristique, enfin c'est pareil, la plupart des médecins que je connais ils vont en EHPAD aussi, euh non, je crois qu'il faudrait avoir un œil extérieur en fait, peut-être.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

I : Quelle est selon vous la relation idéale avec vos patients ? Quel est le patient idéal ?

Dr J : Ah c'est pas la même chose.

I : Non c'est pas la même chose

Dr J : Ah non c'est pas du tout la même chose. Donc le patient idéal, ben j'crois qu'il faut l'oublier celui-là. Le patient idéal, il… Cette conception est dangereuse je dirais même, hein. Parce que, parce que soit tu le fais rentrer dans la case et tu vas le blesser aux entournures, euh soit il le sera pas et tu seras forcément en colère, frustré, tout ça. Non, non, le patient idéal j'peux pas le décrire mais…

I : La relation idéale…

Dr J : Par contre la relation idéale on peut la décrire, j'pense hein. Alors la relation idéale c'est une relation professionnelle, humaine, honnête, authentique des deux côtés, c'est possible en fait hein, c'est pas très difficile ça, euh non c'est pas très difficile, authentique, bah c'est un peu Carl Rogers, c'est une approche centrée sur le patient. La compréhension des gens enfin l'essai de comprendre les gens euh l'écoute, c'est-à-dire leur consacrer du temps et de l'attention. Hein c'est un peu ça quoi. C'est pareil c'est simple hein finalement, euh la relation idéale hein ?... Ouais pour l'instant j'en dirais pas plus.

I : Alors à l'inverse la pire, relation ?

Dr J : Ah la pire, c'est la… oui alors si on parle de la relation on parle pas forcément de des sentiments qu'on a c'est ce qui se crée quand les deux personnes se rencontrent, donc la pire c'est oui les, les attentes irréalistes, les…enfin là je suis plutôt en train de décrire le patient, l'agressivité, ou la relation où il y a un manque de confiance, l'absence de confiance, l'absence de, de liens, un rapport de consommateurs à…, producteurs-consommateurs… enfin ou donneurs de service et consommateurs ou… le manque de respect, quoi en fait, c'est…

I : Une petite question subsidiaire… Avec quel patient, avec quel type de patient vous avez l'impression d'être plus à l'aise ?

Dr J : A plus à l'aise, je m'attendais à la question du contraire…

I : Oui ça peut être l'inverse si vous préférez…

Dr J : Alors plus…bah l'inverse, c'est parce que j'ai une patiente aussi dans la tête qui correspond à ça, c'est les patients qu'on appelle entre guillemets « fonctionnel » quoi euh et surtout la variété entre guillemet de patients « fonctionnels vieillis » entre guillemet aussi ; c'est-à-dire lorsque les patients ont des symptômes médicalement inexpliqués, quoi enfin c'est faux parce qu'ils sont, de manière biomédicale quoi voilà. On s'aperçoit que si c'est pris tôt, enfin dans ma petite expérience, on va pouvoir arriver à…dans les zones du vrai problème ou de la vrai souffrance alors que ceux qui sont assez âgés, enfin qui ont toujours fonctionné dans un modèle biomédical euh ils sont ancrés enfin ils sont comme dans une, moi j'appelle ça le mur de béton voilà, ils sont comme dans un… Ils sont aussi inaccessibles alors aux liens, à la relation, à l'introspection enfin que si le médecin essayait de traverser un mur en béton. Les patients les plus durs pour moi, c'est ça, c'est ces patients-là, euh où on a vraiment l'impression qu'on peut rien y donner, rien aider, et chaque tentative même très subtile, même très minime, même très… Parcellaire ne, c'est un mur en béton et en plus il est lisse, totalement lisse, il n'y a pas de prise, il n'y a rien… Donc pour moi ce sont ces malades là les plus difficiles. Euh il y a eu quand même quelques succès, je pense à un. Pendant 20 ans, il a eu mal au dos, et puis la vingt-et-unième année, quand il était suicidaire il est venu et là on a découvert, je sais pas ensemble mais enfin en tout cas on a fait un bon bout de chemin qui alors là pour le coup, je me rappelle 14 consultations de suite, je le vois toujours bien sûr, on en a pas reparlé jamais, comme si on avait tourné un truc, par contre le mal de dos, bon je dis pas qu'il existe plus mais il a plus mal au dos…

I : Après 20 ans…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr J : Voilà, donc lui il a fallu attendre 20 ans, et puis qu'il arrive au suicide, pour qui débarque un jour, voilà, suicidaire, et ce jour-là il m'a fallu parler d'autres choses que du mal de dos, hein, et ça, ça voilà, ben tu vois ça c'est un exemple, j'en ai pas d'autre, enfin pas d'autre qui me vienne à l'esprit. Ça c'était une belle aventure, ce gars.

I : la patiente dont vous parliez tout à l'heure, celle qui était un peu « fonctionnelle vieillie » ? Ça peut être quelqu'un …

Dr J : Non mais j'y ai pensé mais je ne l'ai pas vu depuis assez longtemps et pff et justement c'est tellement, fin j'oserai pas l'appeler en fait, j'y ai pensé mais par contre j'ai pensé ce matin à quelqu'un, mais je m'en rappelle plus, mais je pense que ça va revenir, je l'ai peut-être vu hier, je sais pas. Quelqu'un qui serait peut-être plus… Mais non je l'ai oublié. Non mais elle j'y ai pensé madame B. Je, je, j'oserais pas. Enfin je ne me vois pas… « J'ai mal là Dr » (*en montrant son arcade sourcilière*) pendant des mois puis après, j'ai mal là (*en montrant le cou*) et puis il faut tout passer, tout, tout, tout. Non, pour l'instant, j'ose pas l'appeler, alors peut-être que si je la voyais de visu, là, dans les jours qui viennent, peut-être que j'oserai, mais…

I : Oui en plus que peut-être ça sera pas si intéressant parce que ça va peut-être être elle qui va évoquer ses problèmes fonctionnels à elle et peut-être qu'elle ne serait pas assez ouverte pour parler de la relation…

Dr J : Disons que moi je la vis comme quelqu'un de complètement fermé

I : Oui ça sert à rien dans ce cas là…

Dr J : Elle ne voit pas autre choses que son monde à elle…

I : Il y avait d'autres patients à qui vous aviez pensé ?

Dr J : Non, non, non, ben non autrement je vous aurais appelé, j'espérais que vous m'oublierez.

I : *(Rires)* **Ah non, on n'est pas trop de ce style là…**

(Rires)

Dr J : Oui Léa, le sourire mais…

I : Non mais c'est vrai que bon…

Dr J : Il y a des besoins…

I : Oui c'est un peu ça…c'est plutôt ça. C'est vrai que c'est pas facile en fait on se rend bien compte que c'est pas facile, de trouver des médecins et que les médecins trouvent des patients… c'est pas évident

Dr J : Bah ça fait le prix de votre travail. Oui faudrait insister enfin c'est un aparté dans la thèse sur le fait que justement, euh ouais c'est pas usuel, c'est pas facile…

I : Oui et c'est des sujets pas faciles à aborder, c'est pas un questionnaire sur la BPCO…

Dr J : Ah oui oui on coche pas des cases…

I : Bon bah écoutez j'ai tout ce qu'il me faut

Dr J : J'ai été trop court alors

I : Non non très bien… 17 minutes

Discussion ensuite sur la recherche du patient… Il en trouve un : homme de 75 ans, il essaye de l'appeler mais le patient ne répond pas. Il le rappellera.

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Entretien en interaction Docteur J et Patient J (EJ2)

Date : Le 29 janvier 2015

Lieu : cabinet du Dr J

Placement : Docteur J est derrière son bureau, à sa place de médecin lors des consultations. Le patient est devant le bureau, à la place « patient » mais plus à distance du bureau. Le modérateur est à la droite du patient et l'observateur à sa gauche.

Communication non verbale :

L'ambiance un peu tendue au début, ressenti surtout du fait du visage plutôt fermé du docteur J, et le fait que monsieur J n'enlève pas son manteau (*mais contexte grippal*). Dr J a le regard grave; pose un papier et un stylo devant lui, au début de l'entretien marque quelques notes, notamment des paroles du patient. Mais au fil de l'entretien, Dr J semble se « détendre »: regard rieur quand le patient dit qu'il lui en voudrait si il l'amène à l'hôpital s'il s'est trompé de diagnostic. Médecin qui fait mine d'être "choqué" quand le patient lui dit qu'il ne lui dit pas toute la vérité. A la fin, ambiance plus détendue, avec des notes d'humour.

Présentation des étudiantes

Réaction de PJ : Moi j'ai cru que vous aviez 18 ans…

Modérateur (M) : Vous pouvez vous présentez à votre tour.

Patient J (PJ) : Moi ?

M : Oui

PJ : XX, 76 ans dans 11-12 jours, euh oui… et pas bien portant

M : D'accord pas bien portant

Docteur J (Dr J) : XX, donc médecin généraliste, 55 ans et vous avez dit mesdames que c'est pour faire votre thèse de médecine générale ?

M : C'est ça.

M : Bon alors comme avez-vous choisi votre médecin ?

PJ : Et bien quand je suis venu habiter à X, donc c'est en fin 90 ou 91 je sais plus bien, avant où j'étais, avant j'avais un médecin mais j'avais jamais été malade alors euh je le connaissais surtout pour mes parents qui eux avaient un véritable abonnement et donc euh quand j'ai commencé à être fatigué je suis allé le voir une fois ou deux puis il est parti ou il devait partir ou je sais plus quoi donc j'ai demandé à une voisine, madame X si elle connaissait un médecin qui était bien dans le quartier et puis elle m'a donc donné l'adresse de monsieur, du Dr J et comme je prenais ma retraite à ce moment-là enfin pas encore bah c'est après que je suis tombé fatigué à ma retraite là parce qu'il m'avait poussé et que je suis venu voir le docteur J.

M : D'accord ok

PJ : Alors c'est vrai qu'au début, je l'ai assez ennuyé parce que j'ai commencé par prendre de la tension comme j'en avais jamais eu dès que j'avais 15 je lui téléphonais en criant au secours donc j'arrivais « venez me voir », j'arrivais, je repartais et pof quelques jours après je reprenais ma tension j'avais encore 16 ou 17, je re téléphonais, parce que je croyais que j'allais passer l'arme à gauche aussi sec

M : Oui

PJ : Et c'est parti comme ça

M : Donc votre relation a commencé comme ça sur cette histoire de tension, d'accord, ok. Quelles ont été vos premières impressions, l'un de l'autre ?

PJ : Ah bah moi elles étaient bonnes, n'importe comment, moi je fais confiance à mon médecin euh bon il aurait l'air bizarroïde (*rires*) d'accord mais enfin comme il a l'air d'avoir les deux pieds sur terre non non et puis quand on a causé je l'ai trouvé bien, d'aplomb, quoi, pour moi d'aplomb donc j'ai continué.

M : D'accord, ok,

PJ : Donc j'ai continué

M : *(en s'adressant au Dr J)* **et vous, quelles ont été vos premières impressions ?**

Dr J : Alors moi j'avoue, j'ai aucun souvenir des, enfin je peux pas analyser mes

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

premières impressions je me rappelle pas de nos premières rencontres quoi en fait

PJ : Je crois que c'est un peu pour l'hypertension

Dr J : Franchement donc ça peut s'analyser le fait de pas avoir de souvenir parce que la règle c'est quand même de ne pas avoir de souvenir. C'est qu'il n'y a pas eu ni dans le sens ou dans l'autre une grosse émotion qui a marqué au sens donc voilà donc on pourrait les qualifier surement de normal ou d'habituel, plutôt pas de normal mais d'habituel, c'est-à-dire. Cette histoire de tension par exemple je m'en rappelle pas

PJ : Oui oui bah moi je m'en rappelle

Dr J : Oui bien sûr mais je m'en rappelle pas, ça m'a pas marqué

PJ : Si parce que moi ça m'affolait. J'étais jamais allé chez un médecin pratiquement et donc dès que j'ai eu, bon avec ce qu'on entend ou ce qu'on lit que la tension etc. j'ai pris peur moi donc ça a duré un certain temps où j'étais toujours euh je venais toujours le voir parce que jusqu'à ce que il me donne un médicament qui m'allait bien et puis que ça tombe et après bon maintenant j'ai souvent l'impression que j'en ai quand même mais j'ai mon tensiomètre mais comme si c'est trop, si c'était trop élevé je prendrais peur alors je me la prend plus

M : D'accord. Et maintenant que vous vous connaissez un peu mieux, comment vous pourriez me décrire votre médecin ?

PJ : Bon ben je l'aime bien déjà.

M : D'accord

PJ : je le trouve bon, il a une bonne analyse, ça rentre bien dans mes vues aussi, il est précautionneux il se lance pas tout de suite dans des trucs époustouflants. Quand j'ai même eu des spécialistes et qu'ils m'ont donné des médicaments qui par la suite en lisant ou en écoutant bah je m'apercevais que j'avais plus de chance mettons de prendre une crise cardiaque en continuant et que j'en faisais part à mon docteur et ben il abondait dans mon sens et il me changeait mes médicaments, non, non question de ça je j'ai bien confiance en lui.

M : Vous avez confiance en lui.

PJ : Oui, oui

M : Et vous? Comment vous pourriez me décrire votre patient ?

Dr J : Le patient en lui-même, la personne ?

M : Exactement. *(Voix gênée)*

Dr J : Fff c'est des questions très difficiles que vous me posez

PJ : Il est obligé de faire attention, il se dit après si on vient plus

Dr J : Non non, non non, c'est pas, j'aurais plus, plus la crainte que vous reveniez pas, j'aurais plus la crainte que je dise des choses que que vous soyez choqué plutôt

PJ : Ah bah non

Dr J : Je cherche pas à vous choquer mais je veux dire, si on imagine, euh non, non je vais répondre honnêtement, euh comment je vois mon patient… pff le problème pour répondre à cette question, c'est que je reprends les termes d'un autre, c'est que le patient a un seul médecin donc forcément il a un avis très précis et puis une attente, tandis que le médecin il a beaucoup de patients donc c'est beaucoup plus dilué comme, donc euh je dirais pas que vous êtes un parmi d'autres , parce que c'est pas vrai hein, euh vous êtes quelqu'un d'identifié, d'ailleurs quand les filles m'ont demandé, j'ai réfléchi à quelques personnes, j'ai pensé à vous, je vais vous dire pourquoi j'ai pensé à vous. Parce que l'autre jour, je vous ai un peu heurté, enfin, vous, ou mal reçu pour votre certificat d'assurance

PJ : Ah oui

Dr J : Quand vous êtes venu, voilà ça m'a mis en colère pour différentes raisons voilà et je vous ai un petit peu, voilà, secoué, ou été mal, mal embouché au minimum et c'est un peu ça qui m'a fait penser à vous. Mais quand même pour moi quand je pense à vous, je pense à vous comme quelqu'un de bien identifié, c'est-à-dire voilà, je cherche pas à qualifier la personne. D'abord je dirais des bêtises, forcément, mais je dirais que je vous connais, que je vous reconnais, c'est ce que je dirais en fait

PJ : Oui, oui, mais ça d'ailleurs je le ressens quand je lui parle de quelque chose, en

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

principe il se souvient ou il me parle de lui-même de quelque chose de ce que j'ai fait ou que j'ai eu à tel ou tel euh moment donc

M : Il se souvient des choses

PJ : Il se souvient que je suis un patient, euh qui a telles choses, il le sait

Dr J : Ouais, ouais,

M : Il vous connait bien

Dr J : Oui, oui, le, le oui je pense que c'est important de dire j'ai beaucoup de patients, mais euh quand un patient est en face de moi il est unique, hein, voilà oui

M : C'est dans ce sens-là que vous dites identifié ? Du fait qu'il est unique ? Donc il est bien identifié pour vous dans votre tête ?

Dr J : Oui, oui, oui, voilà, il est bien identifié dans ma tête, et quand il est là en face de moi, tous les autres n'ont plus d'importance, il n'y a plus que monsieur qui compte. Même si justement vingt minutes après, je passe à une autre personne qui voilà peut-être aussi traité de la même manière quoi. Mais euh, c'est pour ça le fait, la question initiale c'était quoi ?

M : Comment vous pouvez décrire *(en accentuant sur le mot décrire)* **votre patient ?**

Dr J : Ah voilà. Le, le, en fait j'ai pas envie de répondre à cette question parce que je me la pose pas, fin (*silence*), non, je me la pose pas vraiment hein, on peut avoir des mouvements d'humeur mais ça c'est pas décrire un patient ça, décrire, décrire un patient, décrire une personne, euh, non, je cherche pas à faire une typologie de monsieur J, non, non, non, je cherche à vous, à le recevoir quoi. Fin je sais pas si je réponds bien, mais c'est comme ça que je le sens en fait…

M : Non mais il n'y a pas de bien ou pas bien. Est-ce que dans l'histoire de votre relation, il y a eu des évènements particuliers, marquants, qui ont pu voilà…

PJ : Oh ben pour moi ce qui est marquant c'est quand j'ai quelque chose de nouveau, parce que c'est depuis qu'on m'a mis à la retraite que j'ai pris tout un tas de trucs

M : Mmh

PJ : Alors évidemment, à chaque fois, euh j'ai fait deux embolies, là aussi il fallait, il faut faire son taux d'INR, et au début j'étais constamment en train de l'appeler, parce que on me disait, il faut être, à 2 ou 3 maximum, et alors il y a eu des fois où j'étais un 1 et quelque, il y a eu des fois où j'ai eu même 4, 5. Aussi sec je téléphonais, en disant « qu'est ce qui arrive, j'ai tant qu'est-ce que je fais ? » et docteur, par téléphone il me disait « combien vous aviez avant etc. » et il me disait « bon bah vous en prenez qu'½, ¼, ¾, etc… » Le coup d'après ça recommençait, je re téléphonais, donc c'est des trucs comme ça qui, puis qui m'ont fait voir que j'aimais bien ce médecin quoi. Parce que j'avais confiance il me répondait et voilà, et voilà… Il y a juste une fois, ou alors il m'a quand même, il m'a choqué un peu, c'est parce que, justement comme j'ai pris du diabète ou je sais pas quoi, alors, j'avais lu que le curcumin c'était très bon pour le diabète, contre, le diabète. Et moi, quand je viens je lui dis, euh dis donc docteur j'ai lu que le curcumin, c'était bon pour le diabète, euh est-ce que c'est bien et alors il me répond, « je connais pas le curcumin », alors moi, je le regarde, je lui dis « vous connaissez pas le curcumin ? » il me dit « non » ; Alors on m'avait dit que docteur J était d'origine libanaise, ou je sais pas quoi, j'dis si au Liban ils connaissent pas le curcumin, je rentre chez moi puis je dis à ma femme : « écoute là il m'a assis ». Alors je lui raconte : « je lui dis mais tu te rends compte, il parait qu'il est du Liban, il vient du Liban, et il connait pas le curcumin ! Alors je dis il se fout de moi là ! Ça doit pas lui plaire »

(*Rires de tous*)

Parce que par contre il est quand même très allopathe

Et moi je suis moins allopathe que… je lis beaucoup hein, je lis beaucoup, etc., et puis en plus je suis personnellement un chemin spirituel où on est appelé à différentes choses, donc la dessus ça serait le truc qui nous opposerait je sens…

M : Qu'est-ce que vous en pensez ?

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr J : De l'opposition ?

M : Oui et puis est ce que vous vous rappelez de cet évènement ?

Dr J : Non non enfin si un petit peu par contre je me rappelle, si je m'en rappelle je pense que je m'en rappelle mais je pensais que vous avez répondu ouvertement en vous disant que j'en avais rien à foutre ou je sais pas quoi

PJ : Non non

Dr J : J'avais été plus correct que ça… Mais voilà, alors maintenant je répondrais surement différemment parce que j'ai évolué aussi, maintenant je vous demanderais surement oui pourquoi, fin j'explorerais pourquoi vous pensez que le curcumin est bon ou pas bon quoi… hum… sur l'opposition ? Et oui sur l'allopathie et les médecines plus naturelles quoi ?

PJ : Oui oui

Dr J : Euh pff alors c'est pareil j'ai évolué quand même beaucoup y 'a des époques assez lointaines enfin que vous avez surement connues ou effectivement les médecines naturelles, enfin je pense à l'homéopathie en particulier, ou tout

PJ : Y'a ça un peu…

Dr J : Voilà, tout ça, ça me paraissait plutôt de la charlatanerie hein, euh et d'ailleurs ça me le parait toujours d'un point de vue c'est-à-dire d'un point de vue purement scientifique après que ça ait une utilité en médecine c'est encore un autre chapitre, maintenant même si je considère toujours que un certain nombre de méthode ne sont pas scientifiquement prouvée je pense qu'on peut quand même les utiliser dans des buts précis

PJ : Regardez la mémoire de l'eau ils ont fait mourir celui de Nancy la bas et maintenant on découvre que l'eau effectivement a une mémoire !

Dr J : Alors je vois que vous êtes très au courant des études de Montagnier et des autres qui reprennent ça… alors c'est pas encore prouvé. Mais c'est vrai qu'il y a des gens qui sont des grands scientifiques qui de nouveau s'intéressent à ça c'est vrai donc là chapeau parce que je crois pas qu'il y ait beaucoup de gens qui sachent qu'il y a des études là-dessus

PJ : Mais j'ai lu pas mal de trucs. En plus, je sais pas si vous avez entendu, je sais plus hier ou ce matin, aux Etats-Unis des malades d'Alzheimer, ils leur ont donné un médicament et ils ont fait des essais sur leurs patients en disant voilà ce médicament il vaut très cher mais il est très bon, donc ils l'ont donné à des patients et ben les résultats c'est que ce médicament qui était un….

M : Placebo ?

PJ : Placebo, et ben il améliorait le truc des gens… alors c'est pour vous dire ! C'est pour ça ! Il faut savoir que les médecins français sont très en retard là-dessus par rapport aux allemands, aux américains, et tout hein… aux suisses, etc.

Dr J : Pour les médecines alternatives vous voulez dire ?

PJ : Oui oui

Dr J : Hum hum

PJ : Moi j'ai fait pas mal de séminaires, euh dit spirituel, et il y avait souvent des médecins américains, des allemands, etc. mais il y avait moins de français mais il y en avait quand même…

Dr J : Il y a eu d'autres moments où je vous ai choqué en étant trop allopathe ou trop…

PJ : Non non je vous fais confiance moi, quand j'ai quelque chose, moi ça me fait perdre un peu mes moyens, et donc je suis bien content d'avoir mon médecin en qui j'ai confiance, parce que y' a que les médicaments qui existent. Alors j'ai encore entendu à midi qu'ils arrivaient à dire qu'il y 'a pleins de médicaments qui à la longue ils font plus de mal que de bien, mais enfin bon, moi je lui fais confiance, quand il me dit de prendre ça comme ci comme ça, la par contre je suis comme mon père. Alors lui il avait tout un tas de trucs mais, c'est suivi à la lettre (*silence*)

Dr J : Donc faut que je fasse attention à ce que j'écris

PJ : Oh non

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr J : Si, si, si parce qu'il y a beaucoup de gens qui ne prennent pas leur traitement donc quand on fait de bêtises ça porte pas à conséquence mais les gens qui prennent bien leur traitement, si le médecin fait une bêtise ça porte plus à conséquence.

PJ : Ah oui, moi je vous fais confiance. Donc quand vous me dites de prendre ci, prendre ça, euh je les prends. Non parce que je trouve qu'il a un bon diagnostic, euh, il fait sérieux dans sa façon d'être, dans sa façon d'opérer, euh des fois quand on parle de choses et d'autres, il m'explique des trucs vous voyez qu'il sait ce qu'il dit quoi. Il est pas la en train de faire euh euh. Non non j'ai confiance.

Dr J : Mais l'autre jour je ne vous aie pas choqué de vous recevoir comme ça ? Quand vous êtes venu le vendredi quand j'étais pressé de partir ?

PJ : Non j'ai trouvé qu'il était un peu gonflé, seulement du fait que j'avais téléphoné, mais moi quand je téléphone à une entreprise et que j'explique mon truc, bah ce qu'ils me répondent, c'est ce qu'il est, or il me dit moi j'ai téléphoné, j'ai dit ce que je voulais etc. mais ils lui ont pas fait la commission c'est pas moi qui aies fait la connerie. C'est à côté. Autrement il me l'aurait passé. Il m'aurait dit faites ci, faites comme ça venez me voir. J'aurais dit bon d'accord. Moi ça coule autrement… Non, non, tant qu'il m'envoie pas à l'hôpital parce qu'il s'est trompé. Et encore je comprends que les gens se trompent. *(Intensité de la voix plus basse*) Moi je me suis trompé dans ma vie. Je me suis déjà trompé avec ma première femme alors, c'est pour vous dire qu'on se trompe tous…

M : Et est-ce que vous avez d'autres évènements qui vous viennent en tête ? Des choses qui auraient pu… dans votre relation…

PJ : Non, non

M : Qui auraient pu changer l'image que vous avez de votre médecin ? Ou inversement ?

PJ : Ah non, non, non, une bonne image, je la garde

M : D'accord

Dr J : Maintenant en réfléchissant, alors c'est vrai que je cultive peut-être pas trop les souvenirs, euh, peut-être qu'au début c'est peut-être en rapport avec ce que vous dites sur les coups de fil et … la répétition là pour la tension, pour l'INR en fait je m'en rappelle pas de manière précise mais il est possible quand même que au début ça m'ait irrité quelque part ou mis en difficulté quelque part

PJ : Ah non

Dr J : Non mais moi, là je parle moi, mon, c'est plus, j'imagine plus parce que je je j'ai pas un souvenir vraiment très précis mais quand même le, le hum,… comment dire,… malgré les difficultés qu'il peut y avoir je pense que je me suis habitué à, à fonctionner avec vous quoi. Moi. Avec le temps. Le… je m'exprime mal en fait mais quand on connait mieux les gens, on, on les accepte mieux sans aucun critère de jugement quoi, je sais pas si, si

PJ : Ben moi, vous m'avez toujours bien répondu à chaque fois que je téléphonais, il m'a jamais envoyé paitre hein

Dr J : Hum hum

PJ : Alors que je le dérangeais parce que c'était pendant les heures euh où il travaillait quoi donc euh si vous faites quelque chose… Non il y a juste quelque fois ou on m'a dit attendez 5 minutes, voilà… mais autrement non…

(Silence)

Observateur (O) : Non je pourrais juste, il y a une difficulté pour décrire le patient en lui-même, et la relation en général est-ce que c'est plus simple à décrire ?

Dr J : Avec monsieur ?

O : La relation avec monsieur J.

Dr J : Alors, la relation, surement que je m'adapte effectivement à la personnalité de monsieur et la relation elle-même comment elle est…Bon c'est vrai que, qu'avec… je peux dire le nom de famille vous recopierais pas ?

M : Non non bien sûr

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr J : Avec monsieur J, c'est vrai que quand même, il faut une certaine, une certaine rigueur quoi, alors on le voit même dans ce que vous dites maintenant. C'est pas…, il a des questions précises, qui demandent des réponses précises que ce soit d'ailleurs en parole ou en acte. Euh, monsieur J il dit qu'il fait confiance et que, que voilà, qu'il va prendre les médicaments qu'on lui donne ou autre, mais quand même il est vigilant sur, je pense qu'on vous ferait pas non plus prendre n'importe quoi, j'pense que vous êtes vigilant sur ce qu'on vous donne

PJ : Ah oui, je lis tout

Dr J : Vous lisez toutes les notices ?

PJ : Oui, oui

Dr J : Hein, voilà donc si vous voulez même si vous faites confiance, fin en tout cas même si vous le dites y'a une part de vous qui reste euh le chef en quelque sorte, c'est-à-dire il me prescrit les médicaments, je lui fais confiance mais quand même je vais quand même vérifier si je suis d'accord au bout du compte avec ce qu'il prescrit et je m'informe en lisant les notices par exemple voilà. Donc avec vous il faut pas… il faut rester bien, bien clair bien, presque scientifique, voilà, y'a pas d'approximation

PJ : Oui, oui

Dr J : J' pense que vous demandez des explications sur ce qu'il vous arrive, et qu'il faut y répondre de manière précise, voilà, comme l'histoire du curcumin, fin ça c'est une anecdote, mais vous attendiez que je vous donne un avis précis, circonstancié, [P.J : ouais, ouais] c'est-à-dire, je, je j'aurais dû avoir un avis sur qu'est-ce que c'est, fin c'est une épice maintenant je je l'ai appris depuis, qu'est-ce que c'est, à quoi ça sert, comment on s'en sert etc. Vous attendiez ça. Je vous ai… Comment ?

PJ : J'm'en sers tous les jours dans la salade.

Dr J : Ah oui, oui,

PJ : Je mets du curcumin et du poivre noir

Dr J : Je vais essayer de gouter

PJ : Parce que c'est le poivre noir avec le curcumin qui fait son originalité pour le diabète.

Dr J : D'accord.

PJ : C'est pas l'un sans l'autre

Dr J : Bah ça, je vais essayer de gouter au niveau gustatif

PJ : Ah oui, oui. Comme je suis pris la. Ma femme elle a un aérosol qu'elle doit faire le soir, alors je dis bien comme je pouvais pas respirer ce matin, je me disais je vais passer l'arme à gauche, j'ai lu le truc pour éventuellement m'en faire j'ai lu dessus que c'était déconseillé pour les diabétiques. Je l'ai reposé dans sa boite. J'aime encore mieux m'en voir pour respirer que…

M : Et cette chose là c'est quelque chose qui a pu vous mettre en difficulté ? Le fait, cette demande de rigueur ?

Dr J : C'est pas une difficulté, c'est plutôt une exigence, oui on peut pas se laisser aller, euh, à la routine disons, voilà, il faut qu'il y ait une rigueur, c'est une exigence ouais. Ah est ce qu'on peut dire que l'exigence c'est une difficulté, surement oui, puisque c'est une sorte de discipline, quoi, voilà, bon, c'est vrai un peu avec tous les gens mais souvent c'est le médecin qui s'impose ça tandis que là M J quand même est dans un certain niveau d'exigence de la part du médecin j'pense. Ce qui est, ce que je trouve légitime, hein, c'est pas là on parle, c'est pas un jugement hein,

PJ : Oui

Dr J : Euh

PJ : C'est ce que je pense

Dr J : Donc voilà, vous confirmez

(*Rires*)

PJ : Ah oui

Dr J : Et donc effectivement pour le médecin cette attente-là qui est une attente assez forte ça peut être au pire une difficulté quoi puisqu'il faut répondre quoi, y'a des patients qui attendent tout du médecin c'est-à-dire c'est vous le docteur moi, je, je … je décide rien ou je m'occupe de rien… mais y'a un meilleur partenariat avec quelqu'un comme monsieur J qui euh quelque part prend en charge aussi sa santé même si les méthodes

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

ne sont pas toujours conventionnelle au sens de la médecine

PJ : Ah oui

Dr J : Voilà vous prenez soin de votre santé, vous vous informez, vous … pour le médecin vous avez peut-être plus d'exigence

PJ : Maintenant je dis pas tout au médecin, si je m'achète un truc que j'ai lu qui est bon vous savez du genre parapharmacie, bon parce que je me dis il va m'engueuler. Alors je lui dis pas

Dr J : Donc vous craignez des fois que je vous engueule, alors

PJ : Ouais… ah non,

Dr J : Non mais c'est pas

(*Rires de tous*)

PJ : Pas à ce point-là ! Parce que je vous dirais dans l'absolu, moi ça glisse

Dr J : Oui oui.

PJ : Vous savez à mon âge avec tout ce que j'ai enduré dans ma vie…Euh bon, mais pff, non, c'est pas que j'aimerais pas lui dire, parce que je dis toujours que, ma femme souvent elle me fait des reproches dans la vie, elle me dit mais pourquoi tu dis ça je le dis parce que moi je pose la question, euh, euh, je rencontre des gens des fois ou autre, je vais leur dire ce que j'ai parce que je me dis toujours il y a peut-être un type dans le lot qui connait, qui se soigne différemment ou qui prend un truc qui est formidable que personne ne connait ou pas grand monde etc. donc si c'est une parole en l'air je m'en fous mais on sait jamais un jour je peux attraper quelque chose, une idée, donc voilà… Donc oui ça me ferait rien de lui dire mais il a un côté rigoureux qui fait que vous hésitez quoi…

M : Vous hésitez ?

PJ : Bah oui parce que avant le médecin de mes parents, (*sourire*) euh c'était vraiment c'était un grand garçon, vous pouviez tout lui dire…ah il vous engueulait jamais et tout mais bon le Dr J quand même il est plus sévère… il a un côté plus sévère donc vous dites est ce que je lui dis ou est-ce que je lui dis pas, enfin ça dépend ce que c'est hein, parce que si je mets du curcumin, je lui dis pas, si c'était quelque chose que je vois qui est plus… si je lui dirais quand même je suis pas fou hein

Dr J : Mais quand même quelque part vous pensez que même si il n'y a pas d'exemple vraiment, que je pourrais vous engueuler quoi pour sur un mouvement d'humeur quoi.

PJ : Si, oui mais euh c'est bien d'être des fois un peu sévère parce que ça vous fait prendre conscience des choses. Quand vous m'avez dit que si je voulais plus avoir de diabète ou de tension, j'avais qu'à maigrir, ben je le sais, c'est pas que j'ai pas essayé mais maintenant à mon âge pour maigrir, j'ai perdu un kilo, un kilo et demi l'autre semaine, je me repese dimanche, j'ai repris 800 grammes, je mange pareil… Alors euh

Dr J : Et par exemple est ce que je vous ai choqué d'une manière ou d'une autre quand je vous ai dit que pour votre problème de santé il fallait maigrir et puis que…

PJ : …Ah non pas du tout, pas du tout parce que je sais que c'est vrai.

Dr J : Ou de la manière dont je l'ai dit peut-être.

PJ : Non, non, je sais.

Dr J : Une forme de jugement ou je sais pas.

PJ : Non vous m'avez dit gentiment, vous m'avez pas engueulé en disant ça, vous m'avez juste dit « mais vous savez M. J si vous voulez vraiment vous débarrassez du diabète et de l'hypertension. Vous maigrissez fortement et vous verrez que vous aurez plus rien ». C'est pas tombé dans l'oreille d'un sourd mais pour y arriver dites donc…oh lala.

Dr J : Donc là ce jour-là, je vous assigne une tâche qui est donc infaisable quoi et finalement je vous piège quand même en faisant ça.

PJ : Oui oui, parce que, et oui. J'aimerais mieux qu'il me dise ou là là je connais un truc là j'ai un médicament qui vient de Chine là, vous prenez ça vous allez voir, à trois mois, 20 kilos de moins, alors là… Je lui saute au cou

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr J : Mais le fait comme ça que je vous donne des solutions qui n'en sont pas puisque elles ne sont pas, qu'il n'est pas possible de les mettre en pratique, est ce que ça vous comment dire, est ce que ça ça ça vous fait penser que que je ne prends pas soin de vous aussi bien qu'on pourrait, vous voyez ce que je veux dire ?...

PJ : …Ah, je comprends…

Dr J : …Quand vous dites à quelqu'un les solutions c'est ça et que la personne, que la personne ne peut pas mettre en œuvre la solution. Alors le médecin ne le sait pas forcément mais bon, des fois il le sait plus ou moins ou inconsciemment, c'est aussi le mettre dans un, dans une situation difficile quoi, puisqu'il devient responsable de son mal [PJ : Oui, oui…] et on lui dit bah tu débrouilles avec tes trucs, moi j'ai pas la solution.

PJ : Ben non, non j'y prends pas comme ça, parce que d'abord vous me donnez quand même des remèdes qui font que ça va quand même mieux d'un certain point de vue mais je sais bien que et puis j'entends tous les jours parce que les histoires d'obésité, des gens qui veulent maigrir, grossir et tout, on entend sans arrêt de partout, je sais bien que c'est c'est si il y avait quelque chose que le médecin pourrait faire et ben ça se saurait quoi. Le type qui un jour invente le truc qui fait maigrir les gens sans les rendre malade ou autre, parce que je me rappelle il y a eu des produits qui faisaient mourir les gens hein, surtout les femmes, hein, à une époque je sais plus quoi, y 'en a un paquet de femmes quand j'étais jeune qui étaient mortes. Y'avait même beaucoup de femmes qui étaient mortes avec les teintures quand j'étais gamin, je connaissais, mes parents connaissaient des dames qui étaient mortes en se faisant des teintures à l'époque… Enfin je vous parle, c'était dans les années 40 et quelques, 40-50…

Dr J : Au mercure ou je sais pas quoi

PJ : Ben je sais pas, y'a des teintures, ça en a fait mourir pas mal… Non non je sais bien que y'a pas la dessus il n'y a pas de remède miracle, le remède c'est moi, mais bon

Dr J : Oui mais que le médecin vous le fasse sentir de manière un peu… aigue ?

PJ : Ah non, non, non

Dr J : Non,

PJ : J'aime la vérité, moi

Dr J : D'accord

PJ : J'ai horreur du mensonge

Dr J : Hum

PJ : Bah je préfère qu'on me dise vous savez dans six mois à cette allure-là vous êtes mort, au moins je le sais, hein, j'en profite pour faire ce que je veux.

M : Léa tu veux ajouter quelque chose ? Non ? Est-ce que vous avez des choses à ajouter ? Des choses à nous dire ?

PJ : Ben moi je le remercie pour prendre soin, pour qu'il continue de prendre soin de moi. J'ai fait attention de pas trop le vexer. Pour pas qu'il me fasse prendre le bouillon de 11 heures.

Dr J : Non mais vous avez le droit, aujourd'hui justement c'était parole totalement libre donc si vous avez…

PJ : Non mais ça j'y crois pas

Dr J : Ah si, si, si, si, si

PJ : Oui mais quand on vous dit vos quatre vérités, quand vous rencontrez la personne après vous savez ce qu'elle vous a dit quand même…

Dr J : Non Monsieur J, j'ai changé moi j'ai beaucoup changé

PJ : Ah !

Dr J : Non mais c'est vrai, c'est vrai. Et je suis prêt à entendre des choses

PJ : Ah non, non, non

Dr J : Des choses difficiles, enfin difficile…

PJ : Bah non, le seul truc qui m'avait…choqué, c'est l'affaire du curcumin. Fin quand je dis bloquer, j'avais dit non, il est gonflé là,

Dr J : Hum

PJ : Il connait pas le curcumin, j'ai dit alors…

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dr J : Oui vous avez pensé que je me fichais de votre tête, hein c'est ça ?

PJ : Bah que vous vous débarrassiez quoi, oui,

Dr J : Ouais, ouais,

PJ : Oui, l'histoire du curcumin… Comme il est quand même pour moi très allopathe, je me suis dit ça m'étonne pas

Dr J : Oui, oui

PJ : Parce que le docteur aussi, que j'avais avant il était aussi très allopathe, sauf un jour quand même, il m'avait donné un truc de laboratoire Lehning et j'avais dit à ma femme à l'époque je lui avais dit : « bah dis donc y'a X, il s'améliore, t'as vu ce qu'il m'a donné, un truc homéopathique ! »

(*Rires de tous*)

PJ : Alors que lui aussi, fallait pas lui parler… Quand on lui parlait de truc… il disait non, non, pff, connerie…(*rires des autres*) C'est ça qui est embêtant d'un côté avec les médecins, c'est que ils pensent que ils détiennent la science infuse, hein, bah non, pour moi non, parce que ils sont pas dans le corps du malade, ils, vous avez appris ça à l'école, comme moi j'ai appris mon métier à l'école, mais après quand vous faites votre métier, est-ce que vous êtes dans la peau (*en accentuant sur le mot*), est ce que vous voyez les organes ? Alors vous, il y a des critères la dessus, je sais hein, oui la crise de foie le machin, c'est ça, c'est ça, c'est ça, mais en réalité, après c'est qu'une question, c'est le médecin qui a euh, le sixième sens, je dirais, qui ressent les choses… etc., etc. Et ça c'est pas donné à tous les médecins. Parce qu'il y a des sacrés loustics aussi chez les médecins… Pour moi j'ai un bon médecin, donc je le garde.

M : Ok. *(Silence)* **Est-ce que vous avez appris des choses l'un de l'autre au cours de cet entretien ?**

PJ : Oui, j'ai appris qu'il était plus ouvert qu'avant, c'est enregistré maintenant…

Dr J : …voilà mais faut que je le dise… *(En même temps*)

PJ : L'ennuyeux c'est que je risque un jour de dire un jour, dis donc Dr Vous avez vu…

M : Vous avez vu quoi ?

PJ : Bah ce que je vais lui dire, qu'est-ce que vous en pensez. Il pourra pas me dire qu'il s'est renfermé là… qu'il reste ouvert…

Dr J : Voilà, voilà, faut que je continue dans ce sens. Moi qu'est-ce que j'ai appris aujourd'hui, euh, si j'admire la, la clarté de parole et la franchise de monsieur J. Fin je pensais que vous alliez plus me, me critiquer entre guillemet hein, euh,

PJ : Ah bah non

Dr J : Non mais, dans agressivité je veux dire, puisque c'était [PJ : oui le but…] parler de notre, non pas le but, le but c'était de parler de notre relation, euh et autrement si on essaye d'analyser la, la discussion, euh, pff, oui, c'est assez ouvert, c'est assez… j'pense qu'il y a quand même deux personnalités, affirmées entre lui et moi et ça effectivement deux personnalités affirmées ça, c'est vigoureux quand même comme relation, c'est

PJ : Fin moi je suis cool quand même quand je viens vous voir

Dr J : Oui oui, non mais moi aussi mais je veux dire malgré tout la personnalité c'est pas forcément d'ailleurs dans le, dans les étincelles mais je veux dire dans le, dans le vous êtes pas passif quoi.

PJ : Hum… Ben moi je trouve que j'aurais plutôt un côté passif…

Dr J : Si ?

PJ : Ouais, ouais parce que j'ose pas trop, j'y aime pas quand même affronter, fin peut-être maintenant avec l'âge, j'en sais rien, mais euh, non, je suis pas, je suis plutôt un peu trop passif, en général d'ailleurs maintenant, je vais plus m'enquiquiner avec le monde, parce qu'on est dans un pays d'abrutis, faut avoir le moral pour faire médecin. Je vous signale que ma, la femme qui me fait mes doigts de pied, elle a augmenté d'un euro, de 33 elle est passé à 34. Et vous vous en êtes toujours à 23… c'est un scandale ça

Dr J : Oui, oui,

PJ : C'est pour ça qu'il n'y a plus de médecin, enfin d'après ce que j'ai entendu, il

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

y a bientôt plus de généraliste. C'est pour ça qu'il faut y aller !

M : Bon c'est bien, vous avez pas autre chose à ajouter ?

PJ : Non, non,

M : Vous avez tout dit ?

PJ : Je lui dis pas ce que vous m'aviez dit de lui dire ? *(en faisant un clin d'œil à M)*

M : Non, non, ne dites pas quand même, hein ?

(Rires de M et O)

PJ : Et alors vous allez commencer à travailler quand vous ?

M : Alors on commence déjà à faire des remplacements toutes les deux… *(Explication sur ce que l'on va faire les prochains mois)*

PJ : voyez docteur d'avoir des filles comme ça pour vous soigner, c'est quand même pas désagréable, hum, là c'est de la concurrence…

Dr J : Ah de la concurrence déloyale oui

(Rires de tous)

Dr J : Oui c'est vrai, c'est vrai, oui, oui, c'est vrai, ce sont des anges

M : Oh quand même…

O : Non moi ça me va

Rires du Docteur J et de tous

Echange des coordonnées

PHLIPPOTEAU_MICHEL-BECHET
(CC BY-NC-ND 2.0)

PHLIPPOTEAU Claire et MICHEL-BECHET Léa : Les « interactions symboliques » dans la relation entre le médecin généraliste et ses patients - étude qualitative de dyades médecins-patients.

Nbr f.: 325
Th. Méd : Lyon 2015 n°

Résumé :

Notre travail de thèse aborde la relation médecin-patient à partir du concept sociologique de l'interactionnisme symbolique. Ce concept a été utilisé pour l'élaboration de notre méthodologie ainsi que pour répondre à l'objectif de notre étude.

Notre objectif était, dans un premier temps, d'analyser les échanges réciproques entre médecin et patient, afin de comprendre comment le médecin perçoit son rôle dans la relation. Dans un second temps, cette analyse nous a permis de connaitre et faire apparaître les outils relationnels que le médecin utilise dans l'exercice de sa fonction.

Une étude qualitative a été réalisée, grâce à dix médecins et en deux phases : un entretien de type semi-directif avec les médecins, puis un second de type *focus group* avec les dyades médecins-patients ainsi constituées.

A partir des dix dyades médecins-patients, nous avons fait émerger les enjeux problématiques de leur relation. Les entretiens ont aussi permis de révéler cinq moyens utilisés par les médecins pour aboutir à la résolution de leurs conflits : la continuité des soins, la relation d'aide, les techniques de communication, la négociation, et le réalisme sur soi. La majeure partie des moyens mis en évidence lors des entretiens se retrouvent dans les dimensions de l'« approche centrée patient ».

L'une des observations secondaire de cette étude a été celle d'une dérive de « l'approche centrée patient ». Par ailleurs, certains patients de notre étude se sont montrés facilitateurs dans la relation, faisant ainsi écho à la notion de patient expert qui se développe actuellement.

MOTS CLES

Relation médecin-patient, interactionnisme symbolique, approche centrée patient, métacommunication, négociation, réalisme sur soi, réflexivité, relation d'aide, continuité des soins.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur FOURNERET Pierre

Membres : Monsieur le Professeur MOREAU Alain

Madame le Professeur DALIGAND Liliane

Madame LASSERRE Evelyne Maitre de conférences en Anthropologie

---

DATE DE SOUTENANCE :

15 Juin 2015

Adresse des auteurs : claire.phlippoteau@gmail.com et leamichelbechet@gmail.com

(CC BY-NC-ND 2.0)