

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Année 2006-Thèse n°

**MEDECINS GENERALISTES
ET
SYMPTOMES BIOMEDICALEMENT INEXPLIQUES**

**ETUDE QUALITATIVE
DES REPRESENTATIONS ET DETERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGE**
des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués
à partir de **14 ENTRETIENS SEMI-DIRIGES**
de médecins généralistes lyonnais.

THESE

**présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
U.F.R. LYON-RTH LAENNEC
et soutenue publiquement le 19 Décembre 2006
pour obtenir le grade de docteur en médecine**

par

**Isabelle BRABANT
née le 18 septembre 1977 à Fontainebleau (77)**

BRABANT (Isabelle)- Médecins Généralistes et Symptômes Biomédicalement Inexpliqués : étude qualitative des représentations et déterminants de la prise en charge des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués, à partir de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes lyonnais.-193 f, 4 ill, 2 tabl. Th. Méd. : Lyon 2006 ; n° -

RESUME :

Introduction : Les Symptômes Biomédicalement Inexpliqués (S.B.I.) sont fréquents et coûteux et les médecins généralistes (M.G.) prennent en charge la plupart des patients qui en présentent. Notre objectif : étudier ce qui détermine cette prise en charge à partir du recueil des représentations et du ressenti des M.G. dans ce contexte.

Méthode : 14 entretiens semi-dirigés de M.G. lyonnais.

Résultats : Il existe une contradiction entre la manière dont les M.G. se représentent les S.B.I et ce qu'ils pensent pouvoir dire à leurs patients ce qui rend la communication difficile. Les M.G. ont une approche biopsychosociale de ces patients mais il manque une dimension psycho-corporelle à leur prise en charge. La prise en charge des patients qui présentent des S.B.I. met à mal l'image que les M.G. se font de leur métier, de leur rôle, de leur pouvoir, ce qui détermine une représentation négative de ces patients.

Conclusion : Il faudrait enfin décider de mettre en place une formation valorisante à la psychologie médicale, une recherche pluridisciplinaire et un enseignement sur les S.B.I.

MOTS CLES :

MEDECIN FAMILLE
SYMPTOMES MEDICALEMENT INEXPLIQUES
SOMATISATION
RELATION MEDECIN-MALADE
ETUDE QUALITATIVE

JURY :

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Jean-Marc ELCHARDUS

MEMBRES : Monsieur le Professeur Hugues ROUSSET
Madame la Professeure Marie-France LE GOAZIOU
Monsieur le Docteur Yves ZERBIB

DATE DE SOUTENANCE : le 19 Décembre 2006

ADRESSE DE L'AUTEUR : 300 Avenue Jean Jaurès
69007 LYON

SOMMAIRE

A. INTRODUCTION.....	- 11 -
B. LE CADRE CONCEPTUEL.	- 13 -
1. Terminologie et cadre nosologique.....	- 13 -
1.1. <i>Symptômes et pathologies fonctionnelles.</i>	- 13 -
1.2. <i>Troubles somatoformes.</i>	- 14 -
1.3. <i>Syndromes somatiques fonctionnels</i>	- 16 -
1.4. <i>Somatisation</i>	- 17 -
1.5. <i>Symptômes médicalement inexplicés.</i>	- 18 -
2. Théories explicatives.....	- 18 -
2.1. <i>Modèle physiologique</i>	- 18 -
2.2. <i>Modèle biologique</i>	- 18 -
2.3. <i>Modèles psychodynamiques.</i>	- 19 -
2.4. <i>Alexithymie et modèle psychosomatique :</i>	- 19 -
2.5. <i>Modèle cognitivo-comportemental et théorie multifactorielle</i> ¹⁴	- 20 -
C. MATERIEL ET METHODES	- 23 -
1. Type d'étude : présentation générale et justification.	- 23 -
1.1. <i>Une étude qualitative</i>	- 23 -
1.2. <i>L'entretien semi-dirigé</i>	- 24 -
1.3. <i>Population et échantillon.</i>	- 25 -
1.4. <i>La réalisation des entretiens et le recueil des données.</i>	- 27 -
1.5. <i>Le guide d'entretien</i>	- 28 -
2. Méthode d'analyse des données.....	- 32 -
2.1. <i>Transcription.</i>	- 32 -
2.2. <i>Données chiffrées.</i>	- 32 -
2.3. <i>Analyse des éléments du discours.</i>	- 32 -
3. Méthodologie de recherche bibliographique.....	- 33 -
D. RESULTATS.....	- 34 -
1. A propos des données générales des entretiens.	- 34 -
1.1. <i>Lieu d'entretien :</i>	- 34 -
1.2. <i>Durée des entretiens</i>	- 34 -
1.3. <i>Plage horaire de l'entretien.</i>	- 34 -
1.4. <i>Cas cliniques relatés par les médecins interrogés.</i>	- 34 -
1.5. <i>Description des caractéristiques des échantillons.</i>	- 34 -
2. Représentations et ressenti des médecins généralistes à propos de ces patients. - 38	-
2.1. <i>Qualificatifs utilisés par les médecins généralistes</i>	- 38 -
2.2. <i>Description des attitudes ou intentions prêtées aux patients</i>	- 40 -
2.3. <i>Ressenti des médecins généralistes face à ces patients</i>	- 41 -
2.4. <i>Ressenti des médecins généralistes face aux demandes de ces patients</i>	- 42 -
3. Représentations des médecins généralistes à propos des « Symptômes Biomédicalement Inexpliqués »	- 43 -
3.1. <i>Liste des symptômes évoqués.</i>	- 43 -
3.2. <i>Les cas cliniques : cf. tableau 2.</i>	- 44 -
3.3. <i>Ce que les médecins généralistes disent sur ce que c'est.</i>	- 46 -
3.4. <i>Ce que les médecins généralistes disent sur ce que ça n'est pas.</i>	- 48 -
3.5. <i>D'où ça vient : comment ils l'expliquent.</i>	- 50 -
3.6. <i>Consommation de soins et nomadisme médical.</i>	- 55 -
4. Représentations des médecins généralistes à propos de la prise en charge	- 55 -
4.1. <i>La démarche diagnostique.</i>	- 56 -
4.2. <i>Autour de l'annonce au patient</i>	- 61 -
4.3. <i>La prise en charge thérapeutique</i>	- 65 -

5. Ressentis des médecins généralistes	- 74 -
5.1. Face à la prise en charge de ces patients.....	- 74 -
5.2. Face à ce qu'ils vivent, ce qu'ils sont.....	- 78 -
5.3. Face à leur métier.....	- 79 -
6. Représentations des médecins généralistes à propos de leur métier et de leur rôle dans la prise en charge des S.B.I.....	- 83 -
6.1. Une médecine de premier recours.....	- 83 -
6.2. Une prise en charge globale.....	- 83 -
6.3. Le suivi des patients.....	- 85 -
6.4. Médecin « responsable »	- 85 -
6.5. Dimension relationnelle.....	- 86 -
6.6. Dimension de prévention et d'éducation	- 86 -
7. Formation des médecins généralistes et S.B.I.....	- 87 -
7.1. Formation initiale.....	- 87 -
7.2. Evolution de leur prise en charge.....	- 88 -
7.3. Formation personnelle.....	- 88 -
8. Mise en perspective des différents résultats : déterminants de la prise en charge 90	
8.1. Entretien A.....	- 91 -
8.2. Entretien B.....	- 93 -
8.3. Entretien C.....	- 95 -
8.4. Entretien D	- 97 -
8.5. Entretien E.....	- 99 -
8.6. Entretien F.....	- 101 -
8.7. Entretien G	- 102 -
8.8. Entretien H	- 104 -
8.9. Entretien I.....	- 106 -
8.10. Entretien J.....	- 107 -
8.11. Entretien K.....	- 108 -
8.12. Entretien L.....	- 110 -
8.13. Entretien M.....	- 111 -
8.14. Entretien N.....	- 113 -
E. DISCUSSION.	- 115 -
1. A propos de ce travail.....	- 115 -
1.1. Une étude originale	- 115 -
1.2. Les limites et biais de notre étude.....	- 118 -
2. A propos de nos résultats.	- 121 -
2.1. Le diagnostic.....	- 121 -
2.2. La communication et de la relation médecin-malade.....	- 123 -
2.3. Le traitement.....	- 124 -
2.4. « Des patients dénigrés, une prise en charge dénigrante. ».....	- 125 -
3. Propositions et pistes d'approfondissement	- 127 -
F. CONCLUSION.....	- 129 -
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	- 132 -
ANNEXES	- 136 -
ANNEXE 1 : argumentaire téléphonique	- 137 -
ANNEXE 2 : guide d'entretien	- 138 -
ANNEXE 3 : principes généraux de traitement de la somatisation et des symptômes fonctionnels.....	- 140 -
ENTRETIENS:	- 140

A. INTRODUCTION

Les études médicales nous façonnent selon un modèle biomédical qui ne voit pas toujours d'un bon œil les patients qui consultent avec des plaintes qui ne correspondent pas à des tableaux de maladies. La question des « pathologies fonctionnelles » ou « symptômes biomédicalement inexpliqués » est souvent reléguée à la dernière ligne de nos cours, de façon anecdotique, comme pour nous rappeler, quelle que soit la discipline, que cette réalité existe, mais qu'elle ne mérite peut-être pas davantage d'attention que celle d'être citée.

Ce « phénomène universel »¹ représente pourtant 15 à 30% des plaintes en soins primaires² voire 50 % selon certaines études¹ et leur prise en charge en première intention se fait presque toujours par les médecins généralistes.³ Les symptômes biomédicalement inexpliqués occasionnent aussi une surconsommation médicale. En effet, la consommation unitaire d'actes médicaux des patients qui présentent ces troubles, approche le triple de celle de la population générale et égale la consommation moyenne de patients atteints de pathologie lourde.^{4,5} Et pourtant, ces « symptômes biomédicalement inexpliqués », communs, invalidants et coûteux sont négligés.¹ De nombreuses études semblent indiquer la nécessité de donner à ce problème davantage de place dans l'enseignement et la recherche.^{1,5} Il nous paraissait donc opportun de nous pencher sur ce problème.

De plus, « confrontés à des personnes qui ne sont pas atteintes d'une maladie répertoriée mais qui se plaignent..., beaucoup de médecins s'interrogent : pourquoi ces gens qui n'ont rien, qui ne souffrent d'aucune pathologie répertoriée, viennent-ils les voir ? Pour les embêter ? Pour les mettre en échec ? Pour pouvoir tirer au flanc et ne pas aller au boulot ? Ces interrogations et ces soupçons, les patients les perçoivent ou les devinent. Et ils ne supportent pas, alors qu'ils sont mis à nu physiquement et affectivement, d'être considérés comme des enquiquineurs, des pervers ou des simulateurs ! »⁶ Ainsi, la prise en charge des symptômes biomédicalement inexpliqués, situation fréquente, susciterait chez les médecins généralistes, comme chez les patients, un certain malaise et serait vécue difficilement par chacun. Nous avons nous-même été témoin de ce malaise chez des médecins et chez des patients. Nous avons aussi fait l'expérience d'être démunie et de vivre une relation difficile face à ces patients dans nos premiers pas en Médecine Générale. De plus nous avons le souhait de nous attacher, pour notre travail de thèse, à la dimension relationnelle dans le soin.

Le problème des « symptômes biomédicalement inexplicables » nous conduisait ainsi au cœur de la relation médecin-malade dans ce contexte particulier. Une étude sur le récit du parcours de ces patients dans la littérature, montre que ces derniers ressentent qu'ils sont perçus comme des « simulateurs, qui font perdre du temps, des hypocondriaques, menteurs et hystériques. »⁷ L'expérience des patients est variable mais ils sont généralement insatisfaits des soins médicaux qu'ils reçoivent. Les médecins généralistes, quant à eux, parleraient de « malades difficiles »,⁸ de patients problématiques⁹ et seraient insatisfaits de ces consultations.¹⁰

Mais qu'en est-il vraiment ? Nous avons choisi de faire une recherche qualitative et d'étudier, dans un premier temps, la manière dont des médecins généralistes se représentent ces patients, les symptômes biomédicalement inexplicables, leur prise en charge, et leur rôle propre dans cette prise en charge. Nous avons ainsi recueilli, au cours d'entretiens semi-dirigés, différentes représentations et le ressenti de médecins.

Notre objectif principal était de nous situer en amont de la prise en charge, c'est-à-dire de chercher ce qui la détermine. Notre hypothèse était la suivante : les représentations des médecins généralistes et leur ressenti influencent la prise en charge des patients présentant des symptômes biomédicalement inexplicables. Notre objectif final quant à lui, était d'identifier à partir de cet état des lieux, des pistes de formation ou de recherche et des propositions concernant les médecins généralistes, pour améliorer la prise en charge de ces patients.

Nous commencerons cette thèse par une mise au point sur le cadre conceptuel de cette étude. Ensuite, nous exposerons les résultats de notre recherche, à partir de l'analyse des données que nous aurons effectuée. Ainsi nous décrirons les représentations, le ressenti et les attitudes des médecins généralistes, pour aboutir à la mise en évidence des déterminants de la prise en charge. Enfin, nous discuterons des forces et des faiblesses de notre étude, et des principaux résultats avant de terminer par des propositions et des pistes d'approfondissement pour améliorer la prise en charge par les médecins généralistes des patients qui présentent des « symptômes biomédicalement inexplicables ».

B. LE CADRE CONCEPTUEL.

Au commencement de ce travail, nous nous sommes confrontée à des questions de terminologie. En effet, nous avons projeté de travailler sur les pathologies fonctionnelles, terme le plus évocateur pour nous, mais nous avons ensuite rapidement rencontré lors de notre recherche bibliographique les termes de « somatisation », de « symptômes biomédicalement inexpliqués » ou encore de « troubles somatoformes ». Une étude réalisée en Mars 2004 au titre de « Symptômes biomédicalement inexpliqués : intérêt de l'approche globale en médecine générale »⁵ montrait que 34% des médecins donnaient à cette problématique la formulation de troubles psychosomatiques et 30% de troubles fonctionnels pour les termes les plus fréquemment employés mais aussi : « somatisation, conversion, troubles somatoformes... » Cela confirmait bien l'utilisation de termes variés, pour une même problématique, dans la réalité de l'exercice médical en soins primaires. D'autre part, le choix de l'utilisation par les médecins généralistes d'un terme plutôt qu'un autre sous-entend aussi l'adhésion à des modèles explicatifs différents. Ce constat du grand flou du cadre conceptuel nous a donc conduite à vouloir recenser les différents termes employés dans le cadre des catégories nosologiques des classifications internationales, ainsi que dans la littérature ; à partir de celle-ci, nous essaierons également de recenser les modèles explicatifs qui se côtoient à ce jour.

1. Terminologie et cadre nosologique

1.1. Symptômes et pathologies fonctionnelles.

Bien que nous entendions parler de pathologie fonctionnelle depuis le début de nos études, définir ce qu'est une pathologie, un trouble fonctionnel, n'est pas chose aisée.³ Le dictionnaire médical note : « *un trouble fonctionnel est un trouble qui, dans l'état actuel de nos connaissances ne semble pas lié à une lésion anatomique décelable, mais à une perturbation du fonctionnement de l'organe touché. Il s'oppose aux troubles organiques. Il s'agit donc d'un diagnostic d'exclusion. On tend à attribuer aux troubles fonctionnels une origine psychologique.* » Ces symptômes se définissent donc par opposition aux symptômes d'origine organique, de cause lésionnelle ou relevant d'une physiopathologie établie, sans que nous

puissions affirmer ce qu'est une atteinte de la fonction. Ils évoquent une subjectivité qui s'opposerait à l'objectivité des signes d'examen, des anomalies d'imagerie ou de résultats de laboratoire.

Ce terme de « pathologies fonctionnelles » reste très employé par les professeurs de spécialités d'organe qui le transmettent avec une connotation péjorative. Les maladies sont ainsi ordonnées en une sorte de classification hiérarchique qui s'applique également aux patients qui s'y rattachent. Ce diagnostic empêche de conférer un statut « respectable » au patient et le médecin n'acquiert aucune « fierté » à le poser.¹¹

1.2. Troubles somatoformes

Il s'agit d'un groupe de troubles **psychiatriques** ayant en commun la présence de symptômes somatiques sans explication organique et un recours aux soins médicaux.

Selon la 10^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé, la CIM 10,¹² les troubles somatoformes ont pour caractéristique essentielle *« l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. D'autre part, s'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature, ni de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Le diagnostic nécessite la persistance des symptômes au moins 6 mois affectant une fonction ou un fonctionnement social et à condition que les symptômes ne soient pas dus à une dépression, une anxiété, une psychose ou une utilisation médicamenteuse abusive »*.

Selon le DSM IV¹³ qui est une version adaptée pour la médecine générale de la CIM, les critères sont :

- ✗ Des symptômes qui ne sont pas expliqués complètement par une affection médicale générale connue ni par les effets directs d'une substance.
- ✗ Des plaintes somatiques où l'altération du fonctionnement est nettement disproportionnée par rapport à ce que laisseraient prévoir l'histoire de la maladie, l'examen clinique ou les examens complémentaires.
- ✗ Des symptômes qui causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- ✗ La perturbation ne survient pas seulement pendant l'évolution d'un autre trouble mental. Le symptôme n'est pas produit intentionnellement ou feint.

Ces classifications comprennent :

- ✘ Le trouble somatoforme indifférencié : une ou plusieurs plaintes somatiques pendant au moins 6 mois.
- ✘ Le trouble conversion : un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale ; des facteurs psychologiques associés, parce que la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress.
- ✘ Le trouble douloureux : une douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques est au centre du tableau clinique, et cette douleur est d'une intensité suffisante pour justifier un examen clinique ; des facteurs psychologiques jouent un rôle important, aigu ou chronique.
- ✘ L'hypocondrie : préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques ; elle persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant.
- ✘ La dysmorphophobie : préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique. Si un léger défaut est apparent, la préoccupation est manifestement démesurée.
- ✘ Le trouble somatisation : début avant 30 ans, pendant plusieurs années, demande de traitement ou bien altération significative du fonctionnement social. Quatre symptômes douloureux touchant quatre localisations ou fonctions du corps, deux symptômes gastro-intestinaux, un symptôme sexuel, un symptôme pseudo neurologique.

Dans cette classification, la catégorie des troubles somatoformes demande que les symptômes durent depuis plus de 6 mois, ce qui signifie d'un point de vue des soins primaires que l'on diagnostique des patients qui sont déjà malades de manière chronique !¹⁴ D'ailleurs la plupart des somatisants vus en médecine générale entre dans la catégorie du trouble somatoforme indifférencié, c'est-à-dire pour lequel les symptômes durent depuis moins de 6 mois.⁴ Le trouble somatisation, seul à être validé,⁹ ne représente quant à lui que 2% de la population féminine. La liste complète des critères montre de manière évidente son éloignement de notre pratique quotidienne. Cette catégorie tend à remplacer le concept traditionnel d'hystérie et concerne davantage une prise en charge spécialisée psychiatrique.⁴

Cette classification ne prend donc pas en compte les patients avec des symptômes biomédicalement inexpliqués moins sévères ni les comorbidités et ne permet pas donc pas d'éviter la progression des symptômes chez ces derniers.⁹

Une étude réalisée entre 2000 et 2003 sur 206 patients sélectionnés pour être de grands consommateurs de soins (plus de 8 visites/an en soins primaires) et soumis aux critères du DSM IV a montré que le tableau présenté est la plupart du temps incomplet, et le diagnostic de trouble somatoforme dépend uniquement de l'interprétation du médecin pour déterminer la classification des symptômes. Il n'y a pas de validation externe pour dire si le symptôme est organique ou médicalement inexpliqué.⁹

Cette approche catégorielle est aujourd'hui contestée par de nombreux auteurs car purement descriptive avec des seuils de définition arbitraires et variables. Par ailleurs il existe une interpénétration importante entre ces différentes catégories. Enfin, certaines catégories pourraient être reclassées dans d'autres groupes de troubles mentaux, par exemple l'hypocondrie, comme un trouble anxieux centré sur la santé.¹⁵ Son aspect descriptif ne rend pas compte du processus plus général à l'origine de ces symptômes et de leur contexte, et apparaît trop restrictif.

1.3. Syndromes somatiques fonctionnels

Wessely et White en 2004,¹ introduisent le concept de « Syndrome somatique fonctionnel général » : « *ensemble de symptômes médicalement inexpliqués et sans explication physiopathologique communément admise, dont chaque spécialité connaît au moins un type.* » En effet, chaque spécialité a son propre syndrome inexpliqué. Ce sont des étiquettes médicales descriptives posées par les **somaticiens** :

- Fibromyalgie pour les rhumatologues
- Colon irritable pour les gastro-entérologues
- Syndrome de fatigue chronique pour les internistes
- Les céphalées de tension pour les neurologues

Ce découpage paraît répondre davantage à celui des disciplines médicales qu'à la cohérence des syndromes eux-mêmes. En effet, ces syndromes somatiques fonctionnels sont fréquemment associés entre eux et significativement associés à une détresse psychologique, à la dépression et l'anxiété, à des facteurs de risques communs.¹⁵

La physiopathologie est mal connue mais a de nombreux points communs et les traitements efficaces des similarités.

1.4. Somatisation

1.4.1. L'origine du concept

Le terme somatisation apparaît en 1925. C'est la traduction anglaise du mot allemand « Organesprache », littéralement « le langage des organes » qui peut être comprise comme le fait de parler ou symboliser un problème à travers un élément du corps.¹⁶

1.4.2. Définitions

Plusieurs auteurs ont tenté de définir la somatisation :

- ✘ ZJ. Lipowski en 1988 la définit comme une « conduite de maladie » particulière : « *Tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique, et à rechercher pour eux une aide médicale* », ¹⁵ définition que nous trouvons complétée par P. Cathébras en 1991 : « *sans exclure la possibilité d'une authentique affection organique associée...* ». ⁴ Le conflit d'attribution devient central et le recours aux soins fait partie intégrante de la définition.
- ✘ R. Mayou en 1993 la définit comme une « *plainte durable de symptômes fonctionnels invalidants* », en mentionnant que leur étiologie est multifactorielle et que les troubles psychiatriques sont fréquemment mais non constamment présents. A la place d'une approche catégorielle, celle des classifications internationales des troubles psychiatriques, il propose une approche dimensionnelle où la détresse psychologique est conçue comme une comorbidité et non comme une cause des symptômes fonctionnels. ¹⁵
- ✘ P. Fink en 2002 la définit davantage à partir de la situation clinique. « *Conditions où le patient se plaint de symptômes physiques qui causent un souci excessif ou inconfort ou conduit le patient à chercher un traitement mais pour lequel on ne trouve pas de pathologies organiques ou une base physiopathologique.* » ¹⁶ Cette définition présente l'inconvénient de renforcer cette conviction qu'il faut faire des explorations jusqu'au bout avant d'arriver au diagnostic de somatisation et sous-entend aussi une discordance entre le vécu des patients et la conviction des soignants. ⁴

Ces définitions semblent correspondre davantage à la réalité de la pratique quotidienne que les critères du « trouble somatisation », et nous situe en amont d'une classification descriptive telle qu'elle existe pour les « troubles somatoformes. » ¹⁷

1.5. Symptômes médicalement inexpliqués.

Ce terme introduit en fait le cadre général des troubles somatoformes dans le DSM IV et on comprend donc bien l'intrication avec ces derniers. Ils « *désignent les situations dans lesquelles des symptômes évocateurs d'une affection médicale générale sont présents sans pour autant être entièrement expliqués par une affection somatique.* »¹³

Ils sont ici définis en négatif et résultent de la représentation de la tâche primaire du médecin comme celle de l'élimination d'une cause organique ou même médicale ce qui impliquerait que lorsque celle-ci n'est pas trouvée, le problème sort du champ médical ou que les causes non organiques ne concerneraient pas la médecine. Ce terme sous-entend aussi que la psychologie ne serait peut-être pas une part de la médecine.¹⁸ C'est la manière la plus fréquente dans la littérature de parler aujourd'hui de ce problème.

P. Fink en 2005, dans une approche davantage cognitivo-comportementaliste, propose d'appeler « *symptômes biomédicalement inexpliqués* » ou « *symptômes fonctionnels somatiques* » des « *symptômes ou sensations corporelles qui induisent une détresse ou qui entraînent la recherche d'une aide médicale.* » se rapprochant ainsi des définitions de la somatisation comprise dans un sens large.¹⁴

2. Théories explicatives

2.1. Modèle physiologique

La somatisation y est comprise comme l'amplification d'activités physiologiques, en particulier par le stress et l'émotion. Ainsi des douleurs comme les lombalgies seraient caractérisées par une hyperactivité musculaire et aggravées par l'émotion.⁴

2.2. Modèle biologique

L'explication mentale prédomine seulement depuis une centaine d'années. Avant l'ère freudienne, les théories étiologiques de « *dysfonctionnement réversible du système nerveux* » sont soutenues par des preuves scientifiques et leur pratique fournit des voies de traitement psychiatriques acceptables par les patients.

Les symptômes fonctionnels somatiques y sont généralement perçus comme un mécanisme de base pour exprimer un stress. D'autres réponses communes au stress et aux tensions sont des symptômes de l'humeur : anxiété, troubles du sommeil, baisse de

l'énergie... Chaque type de réponse peut être médiée par le système nerveux central et des voies hormonales, ce qui implique que les symptômes introduits par chaque système biologique n'est pas nécessairement une réaction à un stress mais peut être causée par un trouble de la voie de médiation (par exemple les dépressions endogènes). Ainsi un trouble émotionnel ou comportemental ne doit pas nécessairement être prouvé pour faire le diagnostic.¹⁴

Sharpe¹⁹ propose un changement de concept où les symptômes inexplicables seraient ré-médicalisés autour de la notion de dysfonctionnement du système nerveux et les traitements psychiatriques intégrés dans la prise en charge globale. Ce modèle reconnaît explicitement le lien neurobiologique des symptômes somatiques des patients aussi bien que l'influence des facteurs psychologiques. Les symptômes seraient vus comme une manifestation d'un dérangement fonctionnel davantage qu'une pathologie fixée de nature purement psychologique.

2.3. Modèles psychodynamiques.

Ils s'appuient sur le modèle psychanalytique de l'hystérie de conversion : les symptômes somatiques représentent symboliquement un conflit psychique inconscient et sont un moyen de compromis pour le résoudre.⁴ « *Certaines personnes qui, pour une raison ou pour une autre, ne peuvent affronter les problèmes de leur vie, s'en tirent en tombant malades. Le médecin peut se rendre compte que les patients offrent ou proposent diverses maladies* ». ¹¹

La somatisation serait alors une expression atypique mais fréquente d'une maladie psychiatrique, essentiellement la dépression et le trouble anxieux sous la forme d'une plainte somatique. Expression masquée de troubles psychiatriques, il est prouvé que cette présentation atypique entraîne un défaut de reconnaissance des troubles mentaux par les médecins.¹⁵

2.4. Alexithymie et modèle psychosomatique :

L'alexithymie se définit comme l'impossibilité d'exprimer les émotions autrement que dans le corps ou comme la communication à travers une plainte somatique plutôt que par une verbalisation ou des interactions émotionnelles, l'alexithymie est la théorie explicative liée à l'origine du concept de somatisation. Il s'agirait en fait d'un mode d'expression, comme l'expression somatique d'une détresse. Ce modèle est assez proche de la pensée opératoire de l'Ecole de Paris de Marty.⁴

L'idée selon laquelle des symptômes physiques peuvent être créés ou amplifiés par des perturbations psychologiques est banale mais Stone, en 2004,¹ estime que dans 1/3 des cas, le terme psychosomatique a une connotation péjorative comme « imaginaire » ou « inventé ». Dans la moitié des cas, il est utilisé pour décrire un processus essentiellement psychologique c'est-à-dire que l'esprit affecte le corps plutôt que le contraire.

La « médecine psychosomatique » appréhende la complexité « biopsychosociale » des situations de maladie. Elle promeut une approche centrée sur le patient plutôt que sur la maladie et intègre ainsi la relation médecin-malade et son contexte socio-historique dans la problématique.²⁰

2.5. *Modèle cognitivo-comportemental et théorie multifactorielle*¹⁴

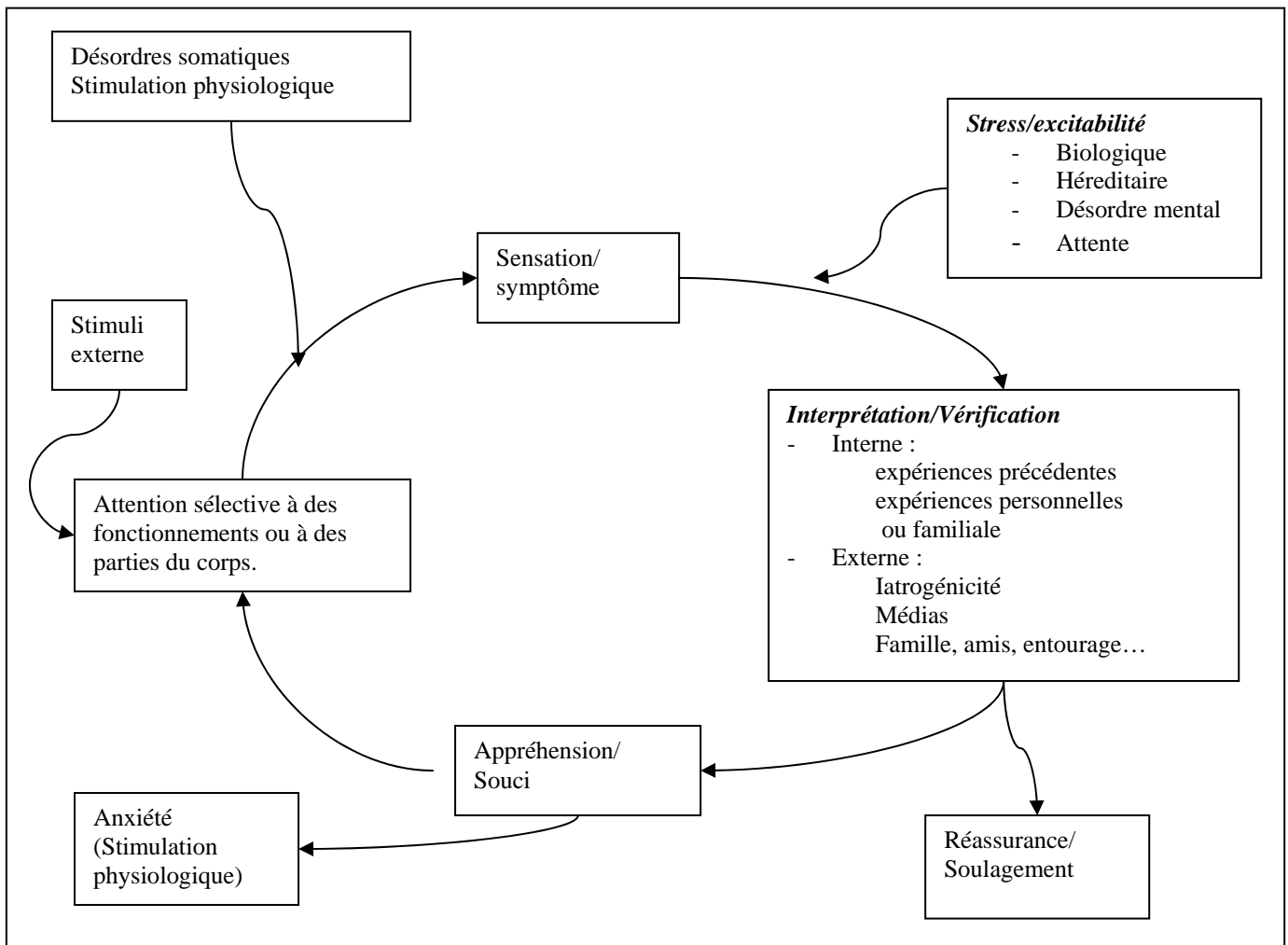


Figure 1: Perception des symptômes et compréhension de la maladie

Dans ce modèle, les symptômes biomédicalement inexpliqués seraient le résultat d'une réaction inadaptée à une sensation corporelle normale et bénigne, à un mal, mal interprété comme étant dû à une maladie physique.

Ce modèle est centré sur la perception du symptôme par le patient et le comportement pathologique qui en résulte. Ce modèle fait l'hypothèse que tout le monde a des sensations personnelles ou un panorama de symptômes dont chaque personne est familière. Cette connaissance s'accumule au cours de la vie dans un processus continu. Ainsi, les personnes jugent leur situation à partir de leur propre évaluation qui prend en compte leurs expériences précédentes. Les personnes vont aussi chercher des informations auprès de sources extérieures (membres de la famille, collègues, dictionnaire médical, médias...) aussi bien qu'auprès des médecins. Ces informations extérieures peuvent initier le processus de changement de l'interprétation individuelle de sensations bien connues par le patient et le symptôme sera soudain interprété comme le signe d'une maladie. Ces nouvelles informations vont focaliser l'attention sur la part du corps qui va être suspecte de maladie.

2.5.1. Facteurs prédisposants

Ils ne sont pas spécifiques :

- ✗ Abus sexuels ou physiques dans l'enfance
- ✗ Maladie fonctionnelle chez les parents
- ✗ Transmission familiale
- ✗ Attention aux manifestations corporelles
- ✗ Crainte des maladies apprises dans l'enfance

2.5.2. Facteurs précipitants :

Ce sont des facteurs de stress :

- ✗ Décès,
- ✗ Maladie de proches,
- ✗ Rupture de liens affectifs.

2.5.3. Facteurs d'entretien

- ✗ Bénéfices sociaux secondaires de tous ordres : relationnels ou financiers.
- ✗ Le système de soin qui renforce par sa technicité les attributions somatiques.

- ✘ L'interaction entre patients et médecins. C'est justement la fréquence des décisions de traitements somatiques qui définit les symptômes biomédicalement inexpliqués comme un problème clinique.¹⁰ Dans le décalage qu'il existe entre l'offre du symptôme, la demande des patients et la manière de l'interpréter et d'y répondre de la part du médecin. Une étude a montré que des patients admis à l'hôpital avec de multiples symptômes médicalement inexpliqués montrent des tableaux différents selon la spécialité où ils sont admis. Ces patients recevront des diagnostics différents selon le point d'intérêt du médecin qui l'examine.¹⁴

Le modèle explicatif cognitivo-comportemental présente l'intérêt de se situer au-delà des catégories nosologiques psychiatriques et des syndromes somatiques fonctionnels décrits par les somaticiens. Dans ce modèle, l'attribution est un concept central.²⁰

Nous avons donc choisi parmi l'ensemble de ces termes, celui que nous utiliserions pour mener nos entretiens : « Symptômes Biomédicalement Inexpliqués » ou S.B.I. Ce terme largement employé dans la littérature anglo-saxonne est plus nouveau en France auprès des médecins généralistes et présentait ainsi l'avantage d'une plus grande neutralité. Il n'est pas empreint d'emblée de la connotation péjorative des « pathologies fonctionnelles » ou du risque d'ambiguïté autour du terme « somatisation » (entre cadre nosologique et modèle explicatif d'une part et entre la somatisation comprise dans un sens large et le trouble somatisation du DSM IV d'autre part). Notons toutefois la grande proximité entre la définition des S.B.I. et celle de la somatisation prise dans un sens large. Ce terme présente aussi l'avantage de ne pas être exclusif d'un modèle explicatif donné. Dans un contexte d'Evidence Based Medicine ou médecine fondée sur les preuves, où chaque décision thérapeutique se doit d'être fondée sur des études validées ou sur des recommandations s'appuyant sur elles, ce terme de S.B.I. nous a semblé intéressant puisqu'il laisse entrevoir qu'il pourrait exister une réponse à des symptômes qui ne soit pas purement biomédicale, et permettait selon nous d'entendre si les médecins considèrent comme médicaux les aspects plus psychologiques de leur pratique.

Nous pourrions ainsi recueillir les représentations que les médecins généralistes peuvent se faire de ces S.B.I. et voir s'il existe effectivement ou non un consensus professionnel autour de cette question en dehors d'une terminologie commune.

C. MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude : présentation générale et justification.

Notre travail vise l'étude de la manière dont les médecins généralistes se représentent les patients avec des « Symptômes Biomédicalement Inexpliqués » et sa conséquence sur la prise en charge de ces patients.

Il se fonde sur une **étude qualitative, descriptive**, basée sur la réalisation puis l'analyse d'**entretiens semi dirigés** conduits auprès de médecins généralistes.

1.1. Une étude qualitative

Les techniques de recherche qualitative peuvent contribuer de manière significative aux études qui cherchent à examiner l'expérience et l'organisation des soins primaires. Elles sont largement utilisées pour comprendre les processus et les relations en soins primaires.²¹

Nous avons le choix parmi trois grands types de méthode qualitative : l'entretien par questionnaire, l'entretien semi-dirigé, et la méthode du focus-group (groupe de discussion).

La méthode par questionnaire a été d'emblée écartée. Cette méthode présente certes l'avantage de pouvoir recueillir et analyser de nombreuses données. Elle reste cependant insatisfaisante pour analyser des processus de pensées (représentations) et de soins (déterminants de la prise en charge) qui nécessitent d'analyser les discours. Tandis que la spécificité de l'entretien est justement de produire un discours.²²

Quant au focus-group, il présente surtout l'avantage de permettre un recueil plus rapide d'une plus grande quantité de données que les entretiens. Toutefois, dans la perspective qualitative, la quantité n'est pas le critère principal de validité des résultats. De plus, la confrontation simultanée de plusieurs médecins nous semblait risquer d'induire un discours moins personnel du fait du risque de jugement entre pairs.

1.2. L'entretien semi-dirigé

1.2.1. Une rencontre.

« L'entretien est rencontre ». Comme pour toute rencontre, le déroulement ne peut en être fixé à l'avance. C'est ce qui va se jouer entre l'interviewer et l'interviewé (qualité d'écoute et de parole) qui décidera de ce qui se passera au cours de l'entretien.²²

1.2.2. Un fait de parole.

L'enquête est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal. Ces faits concernent les systèmes de représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits « expérimentés »). L'enquête par entretien est particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. Il ne s'agit pas alors seulement de faire décrire mais de « parler sur ».²²

1.2.3. Quelques principes.

L'entretien n'exige pas de classement a priori des éléments déterminants. Comme processus exploratoire, il contient une possibilité permanente de déplacement du questionnement et permet un « processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèses. » Nous pouvons au fur et à mesure que l'enquête progresse, nous intéresser à des questions nouvelles, voire déplacer le centre d'attention, sans pour autant mettre en danger la cohérence de l'enquête.²² Dans un entretien pour une étude qualitative, le but est de découvrir l'état d'esprit de l'interviewé, la tâche étant d'éviter d'imposer les structures et les suppositions de l'interviewer aussi longtemps que possible. Le chercheur doit rester ouvert à la possibilité que les concepts et les hypothèses qui émergent de l'entretien puissent être très différents de ceux qui avaient pu être prévus au départ.²³

L'enquête par entretien fait apparaître les processus et les « comment » (qu'est-ce qui pousse telle personne à faire cela ?) Elle révèle la logique d'une action, son principe de fonctionnement.²² L'analyse est donc plus fine que dans les méthodes quantitatives dans la mesure où elle permet non seulement de recueillir ce que pensent les personnes mais aussi et surtout comment et pourquoi elles pensent de cette façon.

1.3. Population et échantillon

Cette partie de la méthode a été soumise au préalable à Mme Evelyne Lasserre, anthropologue de la santé, du Service Commun de Sciences Humaines de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

1.3.1. La définition de la population :

La population étudiée est celle des médecins généralistes du 8^{ème} arrondissement de Lyon.

1.3.2. La taille de l'échantillon :

Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires.²² De plus, la durée des entretiens (ici, 20 à 45 minutes) et le type d'entretien (semi-dirigé) constitue un facteur déterminant pour le choix d'un échantillon :²⁴ ici de douze à quinze médecins.

1.3.3. Les limites de la population :

Des médecins généralistes exerçant en libéral dans le 8^{ème} arrondissement de Lyon, arrondissement choisi pour sa diversité de population avec schématiquement des ensembles davantage résidentiels, et d'autres socialement plus défavorisés ou « populaires ». Cet arrondissement a une population de 70317 habitants.

Il y a dans cet arrondissement de Lyon, 48 médecins généralistes soit un médecin pour 1465 habitants. 30 hommes soit 62,5% (contre 58, 67 % en Rhône-Alpes et 53, 33% dans le Rhône), 18 femmes soit 37,5% (contre 39, 2% en France, 41, 32 % en Rhône-Alpes et 46,66% dans le Rhône) dont 2 spécifiés acupuncteurs et 7 homéopathes. Référencés au niveau des Pages Jaunes à « médecine générale ».²⁵

1.3.4. Mode d'échantillonnage : « l'échantillonnage théorique »^{24, 26}

« L'échantillonnage théorique » est un type spécifique d'échantillonnage non probabiliste dans lequel l'objectif de développer une théorie ou une explication guide le processus d'échantillonnage et le recueil des données.

Une représentativité statistique n'est pas recherchée dans les études qualitatives et « la recherche qualitative a d'habitude pour but de refléter la diversité au sein d'une population donnée ». ²³

Dans l'enquête par entretien, on bâtit le plus souvent un échantillon diversifié, qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population. Il faut diversifier mais non disperser : à la fois contraster les individus et les situations et aussi obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives. ²²

Les caractéristiques retenues pour notre échantillon sont :

- ✗ Le sexe
- ✗ La durée d'installation : moins de 5 ans, plus de 15 ans.
- ✗ L'enseignement
- ✗ L'appartenance à un groupe Balint ou formation psychothérapique,
- ✗ La pratique affichée, associée à la médecine générale, d'une médecine non conventionnelle.

1.3.5. Constitution de l'échantillon final

Nous avons d'abord tiré au sort les médecins, en prenant à chaque fois le premier nom apparaissant sur les Pages Jaunes de l'Internet de manière aléatoire avec comme critère de recherche : médecine générale/Lyon 8^{ème}. Ensuite nous avons téléphoné aux médecins jusqu'à obtenir 10 réponses positives parmi les médecins généralistes ni homéopathes, ni acupuncteurs.

Pour cela nous avons joint 19 médecins :

- ✗ 5 ont refusé sous le prétexte du manque de temps ou d'avoir trop de travail.
- ✗ 1 sous le prétexte que le sujet ne l'intéressait pas.
- ✗ 1 a considéré qu'il n'avait aucun patient qui présentait ce problème.
- ✗ 1 a accepté de nous recevoir puis a refusé une fois sur place.
- ✗ 1 parce qu'il faisait de la médecine esthétique

Pour obtenir l'ensemble des caractéristiques nécessaires à notre échantillon, nous avons tiré au sort parmi les homéopathes jusqu'à ce que 2 acceptent de nous recevoir.

Parmi les 2 médecins acupuncteurs, un seul a accepté de nous recevoir mais malheureusement l'enregistrement a été défectueux.

Nous avons ensuite interviewé un médecin connu pour sa pratique de groupe « Balint » (personnelle et comme formateur et animateur).

Puis nous avons choisi ensuite de conserver les 2 entretiens-tests de médecins appartenant à un groupe de pairs bien que n'exerçant pas dans le 8^{ème} arrondissement pour l'intérêt qu'ils portaient à cette question.

Ainsi, 16 entretiens ont été réalisés. 2 entre le 8 et le 12 Juillet 2005 puis 14 entre le 17 Novembre 2005 et le 14 Février 2006

Pour des raisons techniques, 14 entretiens seulement ont pu être analysés.

1.3.6. Le mode d'accès aux interviewés.

Nous avons choisi d'avoir d'emblée un contact téléphonique avec les médecins tirés au sort, pour permettre à la fois de présenter l'objet de la recherche et de fixer un rendez-vous.

L'argumentaire téléphonique se trouve en Annexe 1.

1.4. La réalisation des entretiens et le recueil des données

Le pilotage d'un entretien s'effectue à la fois au coup par coup, car l'écoute entraîne un travail d'interprétation et de problématisation en temps réel, et par anticipation, car l'entretien s'effectue dans un système différé.²²

Nous allons donc voir ce qui se prépare à l'avance : l'environnement, le cadre, le plan d'entretien, mais aussi les stratégies qui seront mises en œuvre au cours de l'entretien, élément déterminant du recueil des informations.

1.4.1. Les paramètres de la situation d'entretien

Un discours dont on ignore le contexte est ininterprétable.²² Le contexte de l'interview affecte le contenu qu'il faut donc choisir de façon appropriée.²³

- Le lieu :

Nous avons choisi de rencontrer les médecins généralistes sur leur lieu de travail. En effet, ce lieu évitait d'ajouter une contrainte à celle du temps, déjà importante ; et permettait de laisser les médecins dans un contexte familier, celui justement de la situation que nous voulions étudier.

- Le temps :

Nous avons pris rendez-vous avec eux au moment qui leur semblait le plus propice, car les entretiens doivent toujours être faits à la convenance de l'interviewé.²³ Nous les avons

prévenus de la durée, entre ½ heure et ¾ d'heure, pour qu'ils s'organisent en fonction de cela, afin de ne pas provoquer un stress supplémentaire à l'entretien lui-même.

- Les acteurs :

Les médecins ont tous été interrogés par nos soins.

1.4.2. Le cadre contractuel de la communication^{22, 23}

Il est indispensable de poser un cadre pour l'entretien et d'obtenir entre les différents acteurs un accord tant sur le fond que sur la forme.

- L'objectif de l'entretien :

Il a été présenté à l'interviewé, une première fois lors de la prise de contact téléphonique et de nouveau au début de l'entretien lui-même. Nous sommes restée volontairement succincte et vague pour ne pas diriger l'interviewé d'emblée vers notre propre idée sur le sujet.

- Le choix de l'interviewé :

Nous avons expliqué à l'interviewé la manière dont il avait été choisi : tirage au sort dans une liste obtenue selon une caractéristique déterminée au départ.

- L'enregistrement de l'entretien :

Nous avons demandé à l'interviewé son accord pour que l'entretien soit enregistré, en l'assurant du respect de la confidentialité et en lui offrant, s'il le souhaitait, d'être tenu au courant des résultats une fois la thèse achevée. L'enregistrement débutait ensuite.

1.5. Le guide d'entretien

1.5.1. Principes²²

Le guide d'entretien doit structurer l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Dans le cadre de l'entretien « semi-dirigé » il y a formulation d'une consigne et constitution d'un guide thématique formalisé. Ainsi, le guide d'entretien structure l'interrogation mais sans diriger le discours. Il s'agit d'un système organisé de thèmes (domaines à explorer), que l'interviewer doit connaître sans avoir à le consulter ni à le formuler sous la forme d'un questionnaire, mais dont il peut, ainsi que l'interviewé s'écarter pour poursuivre une idée plus en détail. Ce guide a pour but d'aider l'interviewer à élaborer

des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés : ainsi, l'ordre des questions peut varier. Les formulations ne peuvent être standardisées puisque l'interviewer essaiera d'utiliser le propre vocabulaire de la personne interrogée pour formuler de nouvelles questions. Aussi, au cours d'une étude qualitative, l'interviewer est susceptible d'introduire des questions supplémentaires au fur et à mesure qu'il se familiarise avec le sujet.

1.5.2. Formulation d'hypothèses

« La formulation d'hypothèses, sortes de réponses provisoires, sert de fil conducteur au recueil des données et à la phase de questionnement. »²² Il est donc indispensable de livrer des hypothèses de résultats en préalable à la recherche, puisque ce sont elles qui orientent les thèmes pour l'entretien. Elles influencent aussi en grande partie la démarche d'exploration au cours de l'entretien.

On ne peut pas **obtenir le fondement de la recherche** sans avoir quelque idée du contenu des données que nous sommes censée rassembler. Cette « théorie fondée » est un critère important de qualité.^{23, 24, 27} Les auteurs insistent à la fois sur l'importance de formuler dès le départ des hypothèses de recherche, mais sans oublier ensuite d'expliquer dans l'analyse comment la théorie émerge, par l'exploration des résultats, en les confrontant aux hypothèses initiales et en laissant d'autres perspectives s'élaborer.²³

- Hypothèse principale

Les médecins généralistes sont habités de représentations :

- ✗ sur les patients qui s'adressent à eux avec des symptômes biomédicalement inexpliqués.
- ✗ sur les symptômes biomédicalement inexpliqués.
- ✗ sur leur propre rôle dans la prise en charge de ces patients.

Ces représentations pourraient déterminer la prise en charge de ces patients.

- Hypothèses sur les déterminants de la prise en charge :

Nos hypothèses sur les autres aspects qui pourraient déterminer la prise en charge des patients qui somatisent sont les suivantes :

- ✗ Le ressenti dans cette prise en charge.

- ✘ La place donnée par le médecin à la dimension relationnelle dans le soin : place de l'écoute et de la parole. Le goût du médecin pour une démarche fondée sur l'écoute du patient et la relation soignante. Son aptitude à reconnaître la souffrance psychique.⁴
- ✘ L'investissement du médecin dans une approche globale du patient : soin centré sur la personne. L'approche globale centrée sur le patient (intégrant son histoire, son contexte, les caractéristiques de sa plainte, sa personnalité, ses caractéristiques émotionnelles, sa capacité à évoluer dans le temps ainsi que ses attentes et ses représentations de santé) permettrait d'accéder à la demande du patient et à une réponse adaptée à chacun.²
- ✘ L'existence et le choix d'un travail sur soi et/ou d'une formation complémentaire adaptée. « Il existe une insuffisance de formation des médecins à l'écoute et à l'aide psychologique de ces patients. »⁵
- ✘ La méconnaissance du médecin à propos des symptômes biomédicalement inexpliqués ou le désintérêt pour cette problématique.

1.5.3. Notre guide d'entretien. (cf. Annexe 2)

« La réalisation d'un guide d'entretien suppose une démarche itérative entre la conceptualisation des questions et leur mise à l'épreuve dans l'entretien. Cette confrontation des idées avec les données s'effectue elle-même lors d'**entretiens tests**. »²² Le mémoire réalisé pendant le Stage chez le Praticien a permis cette étape. Nous avons choisi après leur analyse de conserver ces entretiens pour le travail de thèse.

- Poser le cadre de l'entretien : cf. paragraphe précédent.
- Question générale ouverte.

Elle avait pour objet d'instaurer un climat de confiance et de mettre en route l'élaboration d'un discours à partir de l'expérience personnelle du médecin interviewé. Faire parler les médecins généralistes sur leur métier introduisait un dialogue plus sur le mode confidentiel, du ressenti plus que sur le mode de la connaissance.

- Consigne initiale

Présentation libre d'un dossier que les médecins avaient choisi à notre demande. S'ils n'avaient pas choisi un dossier, nous leur demandions si l'énoncé de notre sujet leur évoquait une situation particulière.

Partir d'un cas concret, connu du médecin généraliste pouvait permettre de mettre à l'aise mais aussi d'identifier déjà à quel type de situation le renvoyait cette problématique.

- Guide thématique

1. La phase de diagnostic : critères diagnostiques, place des examens complémentaires et des avis spécialisés.
2. Leur manière de concevoir et formuler cette situation. Ressenti.
3. Face au patient : évoquer, nommer, parler :- comment - enjeux - craintes.
4. Prise en charge :
 - ✗ Gêne, problèmes, manques
 - ✗ Médiations : médicaments, techniques, confrères
 - ✗ Place de l'expérience
 - ✗ Ce qui permet une réponse adaptée
5. Formation
6. Lien avec leur conception de la médecine générale et du rôle du médecin généraliste.
7. Recueil systématique si non renseigné pendant l'entretien : Année d'installation, lieu d'exercice, s'il y a des modes d'exercices particuliers précisés sur la plaque, nombre d'actes/jour, moyens de formation habituels.

- Caractéristiques des questions et critères de pertinence des thèmes dans un entretien selon Patton²⁴

D'après Patton les questions dans un entretien doivent être :

- ✗ Ouvertes : c'est-à-dire permettant l'élaboration par l'interviewé d'un discours
- ✗ Neutres : l'interviewer doit le plus possible éviter de faire passer sa propre opinion ou ses hypothèses pour ne pas influencer les réponses
- ✗ Bienveillantes : l'interviewé ne doit pas se sentir jugé.
- ✗ Claires.

Les thèmes doivent être basés sur :

- ✗ L'expérience et les comportements : thèmes 1, 3, 4, 5
- ✗ L'opinion, les valeurs et les croyances : thèmes 2, 3, 6, 7
- ✗ Les émotions et sentiments : thèmes 2, 3, 4
- ✗ Les connaissances : thèmes 1, 4

Dans notre guide d'entretien, les questions formulées pour chaque thème servaient de relance au cours de l'entretien.

2. Méthode d'analyse des données

2.1. Transcription.

Nous n'avons pas reformulé les propos des médecins ni cherché à corriger les fautes de langage. Nous avons transcrit les propos « mot à mot », ajoutant à la manière des didascalies utilisées au théâtre, de brèves notes pour signifier les moments de silence, de pause, de rire, d'interruption de l'entretien par un évènement.

2.2. Données chiffrées.

2.2.1. Données sociodémographiques

Nous avons extrait et calculé des données concernant les caractéristiques sociales et démographiques des médecins (sexe, durée d'installation...)

2.2.2. Données générales sur les entretiens

Nous avons mesuré des données quantifiables sur les entretiens menés, comme par exemple, la durée de chaque entretien, le nombre de faits rapportés ...

2.3. Analyse des éléments du discours.

L'« analyse du contenu » a pour principe d'analyser et comparer les sens du discours pour mettre à jour les systèmes de représentation véhiculés. Elle doit rendre compte de la quasi-totalité du corpus, y être fidèle et auto suffisante (c'est-à-dire ne nécessitant pas le retour au corpus.)²²

« En tant qu'effort d'interprétation, l'analyse du contenu se balance entre les deux pôles de la rigueur de l'objectivité et de la fécondité de la subjectivité. »²⁸

2.3.1. Analyse thématique

Elle est cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations. Elle doit s'effectuer à partir d'une grille thématique basée sur le guide d'entretien. L'analyse thématique de tous les entretiens les uns après les autres, a permis de faire émerger une série de sous thèmes, et des occurrences lexicales liées aux représentations des médecins généralistes.

2.3.2. Analyse entretien par entretien

Repose sur l'hypothèse que chaque singularité est porteuse du processus que l'on veut étudier. Elle permet de garder la cohérence interne de chaque entretien dans son contexte particulier. A partir des résultats de l'analyse thématique réalisée entretien par entretien, nous avons mis en lien, pour chacun d'entre eux, et de façon systématique, les résultats concernant les représentations des médecins, leur ressenti et ce qu'ils disaient de leur prise en charge. C'est ainsi que nous avons pensé mettre en évidence ce qui déterminait cette prise en charge.

2.3.3. Production des résultats

Dans une étude qualitative, les résultats sont le produit de l'analyse du discours. Il s'agira pour nous, d'une part de rendre compte, à partir de citations des entretiens, de l'analyse thématique réalisée, et d'autre part, de mettre en perspective ces résultats pour dégager les liens possibles entre représentations, ressentis et prise en charge.

3. Méthodologie de recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques dans le cadre de ce travail ont été réalisées en langue française et en langue anglaise.

En langue française, les mots clés utilisés ont été principalement :

- ✗ Etude qualitative (pour la méthode)
- ✗ Somatisation/ Symptômes biomédicalement inexpliqués/ Pathologie fonctionnelle/Troubles somatoformes/psychosomatique.
- ✗ Soins primaires/ Médecine Générale/ Médecin Généraliste
- ✗ Relation médecin/malade

En langue anglaise, les mots clés utilisés ont été principalement :

- ✗ Qualitative research
- ✗ Somatisation/ Somatization/ Medically Unexplained Symptoms/Somatoform Disorders/functional illness/ psychosomatic
- ✗ Primary care/general practitioner/family practice

Nous avons utilisé ces mots clés, sous diverses combinaisons avec opérateurs booléens, avec les moteurs de recherche : Pubmed, Sudoc, Google scholar, Cismef, Francis, Pascal.

D. RESULTATS

1. A propos des données générales des entretiens.

1.1. Lieu d'entretien :

L'ensemble des entretiens a été réalisé aux cabinets des médecins interrogés.

1.2. Durée des entretiens

La durée des entretiens a varié entre 15 et 55 minutes avec une moyenne de 31 minutes.

1.3. Plage horaire de l'entretien

Nous avons laissé le médecin choisir le moment opportun au cours de ses journées pour nous recevoir. Parmi les médecins interviewés, cinq nous ont reçue avant une plage de consultations, cinq après une plage de consultations ou pendant un temps pause et enfin, quatre d'entre eux nous ont reçue entre deux patients.

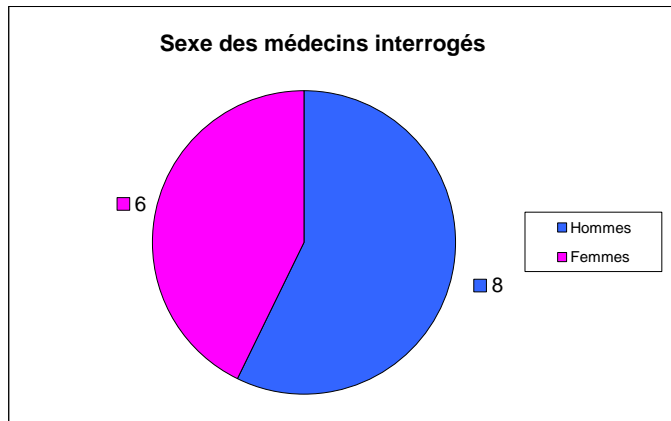
1.4. Cas cliniques relatés par les médecins interrogés

Vingt-six cas cliniques ont été rapportés par les médecins interviewés.

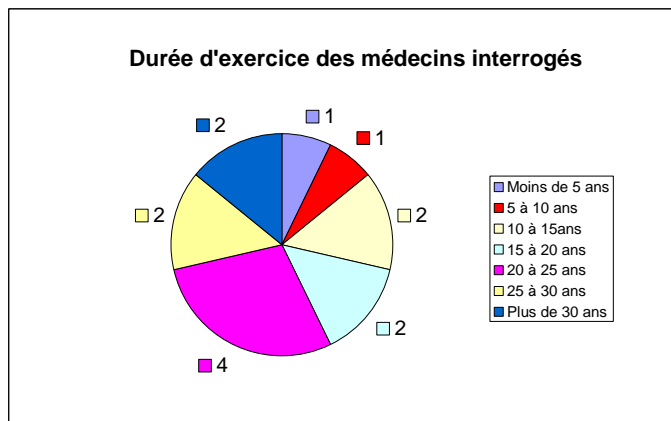
1.5. Description des caractéristiques des échantillons.

Nous rappelons que nous ne cherchons pas dans cette étude qualitative, des données numériques qui assureraient une représentativité à notre échantillon, mais de mettre en valeur un certain nombre de caractéristiques des médecins interrogés.

1.5.1. Sexe des médecins interrogés

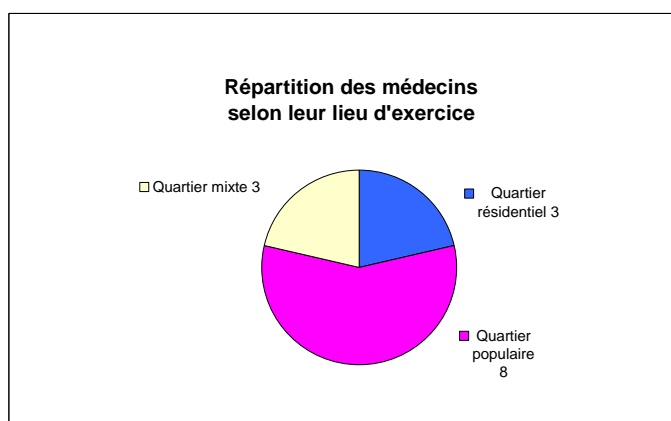


1.5.2. Années d'installation



1.5.3. Répartition des médecins interrogés

selon une définition sociale des lieux d'exercice.



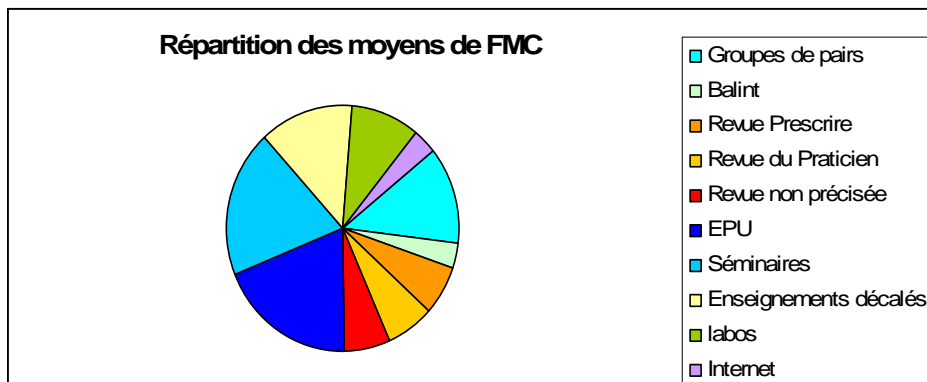
Nous avons fait nous même la répartition en fonction de la connaissance que nous avons du 8^{ème} arrondissement de Lyon pour y avoir travaillé pendant 1 an, et en fonction de ce que les médecins avaient pu en dire parfois lors des entretiens.

Quartier résidentiel : quartier avec une population relativement favorisée, habitat à type de maisons individuelles ou appartements de bon standing...

Quartier populaire : quartier dont la population est plus défavorisée, habitat dans immeubles à loyers modérés, forte densité de population issue de l'immigration.

Quartier mixte : quartier où sont nettement juxtaposés ces deux types de population et d'habitats.

1.5.4. Répartition des moyens de Formation Médicale Continue.



1.5.5. Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins interrogés.

A partir de la liste des caractéristiques établies pour l'échantillonnage, nous avons recueilli un ensemble de données concernant les médecins interrogés.

	sexe	durée d'exercice	Quartier d'exercice	modalités travail	nombre d'actes	enseignant med G	pratiques signalées	FMC	
A	Homme	24 ans	Résidentiel	Seul	100/sem	oui	non	groupes de pairs	/Internet/ revues
B	Homme	18 ans	populaire	Groupe	90/110/sem	oui	non	groupes de pairs	/séminaires/ revues
C	Femme	3 ans	populaire	Groupe/ 3J/sem	40 à 60 /sem	non	non	groupes de pairs	/séminaires
D	Femme	13 ans	populaire	Groupe/ 4J/sem	120/sem	non	non	EPU	
E	Homme	14 ans	Mixte	Groupe	20/jour	oui	non	groupe de pairs	/séminaires revue prescrire /haptonomie
F	Homme	28 ans	Mixte	Seul	30/jour	non	non	EPU	/presse médicale quotidienne
G	Homme	33 ans	populaire	Seul	25/jour	non	non	labos	revues
H	Femme	16 ans	Populaire	Groupe	30/jour	non	non	EPU	/Séminaires
				3/4 temps cabinet et médecin à la CRAM					
I	Femme	21 ans	Résidentiel	Groupe	50/sem	non	homéopathie	EPU	/Séminaires fac revues /homéopathie
J	Femme	34 ans	populaire	seule	120/sem	non	non	soirées labos	
K	Homme	24 ans	populaire	seul 6j/sem	40/jour	non	non	EPU	Revue prescrire /Revue du praticien
L	Femme	24 ans	populaire	groupe		non	(Balint)	Unaformec Balint	/Homéopathie
M	Homme	5 ans	populaire	seul	40/50/j 4J/sem et 1 jour SAMU	non	non	labos	
N	Homme	27 ans	Mixte	seul 4j/sem	30/j 5500/an		homéopathie	EPU	/ostéopathie séminaires /homéopathie

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques des médecins interrogés.

Nous allons maintenant présenter les résultats de l'analyse thématique des entretiens réalisés pour cette étude. Les médecins, lorsqu'ils seront cités, apparaîtront avec une lettre dans l'ordre chronologique des entretiens. Ainsi, le premier médecin interviewé sera le Dr A, le deuxième le Dr B et ainsi de suite. Les citations seront présentées en italique, dans un encadré. Il nous semble important ici de préciser que dans l'analyse du discours, nous considérons que nous pouvons recueillir ce que pensent les médecins généralistes à partir de ce qu'ils disent. De même nous estimons que se défendre d'une pensée, ou d'une manière de faire signifie que ces pensées ou ces manières de faire habitent les médecins et participent donc à la représentation qu'ils se font de tel ou tel sujet.

2. Représentations et ressenti des médecins généralistes à propos de ces patients

2.1. Qualificatifs utilisés par les médecins généralistes

Nous avons d'abord analysé la manière dont les médecins interviewés se représentaient leurs patients, c'est-à-dire d'une certaine manière l'image qu'ils se faisaient de ces derniers, à travers les qualificatifs qu'ils utilisaient pour parler d'eux.

2.1.1. D'après leur pathologie

Une des manières de parler de ces patients était d'utiliser un substantif reprenant la maladie. Le patient était donc, dans ces cas là, identifié à sa maladie.

Dr A : Le colopathe... Le lombalgique chronique... Un hypocondriaque... Ils sont rhumatisants.

Dr E. : Des gens qui ouais ou ça peut être étiquetés psy... Un peu hystérique.

Dr G. : Une hystérique... Des hystériques... Une hystérique comme ça... L'hystérique, par rapport aux fonctionnels qui n'ont pas de symptômes... Les colopathes...

Dr J. : Des psy...chiatriques souvent psychiques..., psychotoniques... Ce sont des, pff, des psychiatriques... Les hystériques... Les fibromyalgiques...

Dr K. : J'les prends pas pour fous, sincèrement je les prends pas pour fous... Il est simulateur...

Dr N. : Un fonctionnel... La fonctionnelle... Un rhumatisant...

Cette manière de procéder n'est pas en faveur du patient qui était réduit ici à une catégorie. Certains termes utilisés étaient clairement péjoratifs si on les replace dans le cadre de l'entretien (des psychiatriques, fous...), même si c'était pour rapporter ce qui se faisait « avant » ou s'ils n'étaient employés qu'entre médecins... Enfin, nous pouvons noter que cette manière de parler des patients se retrouvait essentiellement chez les médecins les plus âgés, ou se rapportait à une pratique qui n'existerait plus.

2.1.2. D'après le ressenti des médecins généralistes

Les médecins nous disaient également quelque chose de ce qu'ils pensaient des patients à travers les qualificatifs utilisés pour les définir. Ces qualificatifs se rapportaient à la manière dont ils les percevaient. Nous voyons déjà clairement une difficulté dans la relation à ces patients, dans la manière dont ils en parlaient. D'autre part, nous retrouvons aussi ici, des jugements de valeur portés par les médecins sur leurs patients.

Dr A. : Agressive... Psychorigide... L'emmerdeur... Un chieur... On le trouvait totoche.
Dr D. : [Quelqu'un d'] assez fainéant... j'dois dire.
Dr E. : Ces patients qui sont pénibles ... Y avait c't'appellation des gens qui sont totoches...
Dr G. : Les personnes âgées qui sont des pleurnichards... Totoches...
Dr H. : Des laids, des mal foutus et tout ça...
Dr K. : Un cadeau empoisonné... Des gens très pénibles...
Dr L. : Quelqu'un qui se plaint tout le temps... Quelqu'un qui veut pas se poser les bonnes questions...
Dr M. : Y en a qui sont rigolos, y en a d'autres qui sont... qui sont casse-pieds...
Dr N. : Parmi les emmerdeurs qui existent... Des chiants... La fonctionnelle vieille fille, coincée depuis des lustres... Il est simple, sans être vache... il est assez bas au niveau cérébral.

A d'autres moments les médecins semblaient pourtant reconnaître la souffrance de leurs patients :

Dr E. : C'est quand même des personnes qui sont assez dénigrées.
Dr H. : Un être humain ... Ces gens ils ont du mérite parce que ils s'en voient beaucoup. Ils ont beaucoup de mal à exprimer des choses.
Dr J : Ils sont très malheureux.

2.2. Description des attitudes ou intentions prêtées aux patients

Les médecins généralistes attribuaient à leurs patients différentes attitudes ou intentions à partir de leur demande, leur observance ou encore la manière de recevoir ce que leur médecin leur disait. Nous pouvons reconnaître dans la manière dont ils en parlaient ce qu'ils pensaient de leurs patients.

2.2.1. Les demandes

Les médecins interrogés identifiaient différents types de demandes de la part de leurs patients. Certaines demandes apparaissaient dans le discours des médecins interrogés plus légitimes que d'autres, comme la recherche d'explications à un symptôme inquiétant ou la recherche d'une réponse médicale.

Dr A : Ils sont bien contents, ils vont voir leur docteur... J'suis pas bien, j'veis chez le docteur.
Dr B : Spontanément on sait ce qui vient à l'esprit du patient de par sa démarche... Il vient quand même voir le médecin... Sa démarche consiste à venir voir le médecin c'est-à-dire à attendre une solution médicale.
Dr C : Ils ont envie qu'on les rassure.
Dr D : Elle comprend pas pourquoi elle est malade et pourquoi elle a mal comme ça... Une personne qui est là, complètement crispée, complètement affolée, ne sachant pas du tout c'qui lui arrive, pourquoi elle a mal.
Dr L : Quelqu'un qui veut une explication, comprendre pourquoi c'est comme ça, qu'on trouve le nom de sa maladie, qu'on trouve surtout si, le médicament de sa maladie, alors c'est la demande qu'est comme ça.

A l'inverse, les demandes implicites d'arrêts de travail, la recherche de bénéfices ou la demande plus explicite d'exams généraient de l'ironie voire de la désapprobation.

Dr A : Ils sont contents quand on leur fait plein d'exams inutiles... Elle utilise cette douleur pour un but qu'on n'arrive pas encore à cerner... Elle est en arrêt de travail.
Dr C : Les gens qui demandent beaucoup d'exams.
Dr D : Il aime bien s'faire arrêter. Il a un boulot à mon avis qu'il peut plus faire. Donc j'pense qu'il y a beaucoup de choses qui sont derrière.
Dr E : C'est suite à un accident de travail.
Dr G : Des gens qui..., qui veulent tirer des bénéfices... Celui qui veut tirer un bénéfice, euh, matériel de décrire des symptômes au niveau des assurances, d'un arrêt de travail, d'avantages sociaux.
Dr H : Elle était très demandeuse.
Dr K : Il veut s'arrêter... Elle avait des revendications tout le temps... Il a d'autres objectifs dans sa tête... A un moment donné si vous voulez c'est la revendication d'arrêt.
Dr M : Ne pas aller travailler.

D'autre part, certains médecins reconnaissaient chez leurs patients le besoin de se plaindre sans qu'il y ait d'autre demande.

Dr C : Elle vient tout le temps avec mais plein plein de multiples plaintes. Elle se plaint de tout.

Dr E : A chaque fois qu'il vient il se plaint toujours de la même chose.

Dr F : Elle vient entre guillemets « pleurnicher » chez moi.

L'un des médecins s'interrogeait aussi sur la nature cette demande des patients :

Dr E : Si ils viennent c'est qu'ils ne vont pas bien, est-ce qu'ils demandent vraiment à aller mieux je ne sais pas quelque part... Il s'occupe en voyant des médecins, j pense c'est un peu ça.

2.2.2. L'observance

Certains médecins mentionnaient la question de l'observance de leurs patients :

Dr C : Elle prend très mal ses médicaments... Elle veut changer sans arrêt de médicaments et elle les prend pas tous.

Dr F : Elle n'est pas très observante.

2.2.3. L'accueil de l'intervention des médecins généralistes

Pour certains médecins interrogés, les patients seraient récalcitrants aux réponses qui leur sont faites.

Dr A : Y a des gens qui ne peuvent rien entendre.

Dr F : Elle l'entend difficilement, difficilement.

Dr L : Celui qui démolit tout, qui démontre par A+B qu'il a pensé à tout, qu'il a déjà tout essayé, tout fait.

D'aucun laissait même entendre que ce serait volontaire.

Dr B : Il y en a qui effectivement à l'évidence ne réagissent pas, ne veulent pas entendre, ne veulent pas comprendre.

2.3. *Ressenti des médecins généralistes face à ces patients*

Les sentiments exprimés par les médecins généralistes à l'égard de ces patients étaient variés. Certains mettaient en avant la complexité de cette relation voire sa pénibilité.

Dr A : On se fâche avec eux, on s'engueule ou au contraire on est dans la complicité, on leur lèche les bottes. On comprend rien.

Dr E : Ces patients qui sont pénibles.

Dr J : [Une patiente] difficile d'approche.

Dr K : Au début peut-être on peut créer une agressivité : j'ai toujours mal. Ils ont toujours mal.

Dr L : Soit ce jour là ils vont m'énerver particulièrement et, et puis je vais les envoyer bouler.

Ou bien ressentait ces patients comme déroutants.

Dr A : Les gens ne présentent pas les choses comme on voudrait qu'ils les présentent.

Dr L : J'ai vraiment la sensation d'avoir en face de moi, là, quelqu'un qui veut pas se poser les bonnes questions.

Certains appréhendaient même de retrouver ces patients.

Dr E : Y a des gens comme ça qu'on a du mal à voir ou, sur le planning quoi.

Dr F : Au bout d'un moment ça me barbe carrément hein..., quand je la vois venir, ça me dérange.

Dr H : A chaque fois que j'la voyais j'disais oh mon Dieu, celle-là encore... Ça veut pas dire que des fois j'vais pas dire : oh non, encore lui.

Dr N : J'évite de tomber dans le piège du RDV... mais vous n'avez pas besoin... mais non j'ai pas besoin de vous voir avant deux mois.

Tandis que d'autres exprimaient plutôt le goût qu'ils éprouvaient à cette relation ou la sympathie qu'ils ressentait vis-à-vis de ces patients.

Dr H : Il faut avoir le feeling personnel ça c'est évident, j pense que ça si vous avez pas le feeling j pense que ça marche pas. Le feeling pour moi c'est aimer l'autre. Quelqu'il soit, comment il se présente, parce que des fois vous avez des cas, il faut avoir aucun a priori. On ne s'attache pas, j'sais pas moi, à il sent pas bon, à il est habillé comme un as de pique, ou il traîne des pieds, ou je sais pas tout des choses qui peuvent être éventuellement énervantes, ça j'en fais complètement abstraction et du coup tout va bien. Spontanément, j'les aime bien ces gens. Parce que je trouve que c'est difficile d'être vivant et difficile de vivre alors j'trouve que ces gens ils ont du mérite parce que ils s'en voient beaucoup.

Dr J : Je pense qu'on doit être très humble devant eux, devant ceux qui souffrent de ce genre de maladies, inexpliquées, parce qu'ils sont très malheureux, puisque c'est pas expliqué.

2.4. Ressenti des médecins généralistes face aux demandes de ces patients

Certains médecins ressentait la demande des patients comme pressante.

Dr G : J refuse de faire le scanner, le soir même, elle était aux urgences. Aux urgences. Et elle avait son scanner. J me suis dit pétard...

Dr H : Et elle était très demandeuse d'anti-inflammatoires, d'anti... d'antalgiques, tout ça, des fois je cédaï, des fois j'cédaï pas. La demande était trop importante tout le temps, et j'disais non. En tant que médecin, c'est pas facile de dire toujours non, donc c'est vrai que ça demande un effort personnel. Il faut savoir se positionner soi, il faut se dire : est-ce que tu as le droit est-ce que tu peux, et est-ce que ça se justifie ?

Dr M : C'est surtout cette demande hein, cette pression. C'est agaçant quoi.

3. Représentations des médecins généralistes à propos des

« Symptômes Biomédicalement Inexpliqués »

Nous allons maintenant étudier les représentations que les médecins généralistes se faisaient de la question que nous avons choisie d'aborder dans nos entretiens sous le terme de « Symptômes Biomédicalement Inexpliqués » ou S.B.I. Nous le ferons d'abord en listant les symptômes évoqués par les médecins au cours des entretiens et en nous arrêtant sur les cas cliniques recueillis. Ensuite, nous avons analysé la manière dont les médecins généralistes considéraient cette problématique à partir d'éléments du discours. Ce qu'ils pensaient de ce que sont ces S.B.I., de ce qu'ils ne sont pas, ce qu'ils pensaient de l'origine étiologique ou comment ils expliquaient ces symptômes et enfin de leurs éventuelles conséquences.

3.1. Liste des symptômes évoqués

Les symptômes sont multiples et variés :

- ✗ Mal au dos, lombosciatique
- ✗ Mal au ventre, gastralgies
- ✗ Mal à la tête, migraine
- ✗ Fatigue
- ✗ Plaintes multiples
- ✗ Douleurs articulaires
- ✗ Myalgies
- ✗ Douleurs diffuses
- ✗ Troubles du sommeil
- ✗ Vertiges
- ✗ Troubles urinaires
- ✗ Toux
- ✗ Divers : pieds qui brûlent, écoulement mamelonnaire.

3.2. Les cas cliniques : cf. tableau 2

Nous rappelons que chaque médecin interviewé avait comme consigne initiale de relater un cas clinique dont il se souvenait quand il entendait « Symptômes Biomédicalement Inexpliqués ». L'intérêt était donc de recueillir ainsi de manière immédiate le lien que le médecin faisait avec cet énoncé. L'analyse ne peut pas conduire à des résultats qui pourraient indiquer une représentativité et être extrapolés. Nous pouvons quand même dégager quelques aspects intéressants pour eux-mêmes.

D'abord, sur les 26 cas cliniques rapportés, il s'agissait 6 fois d'un homme, et largement plus souvent d'une femme, 20 fois. Ensuite, nous pouvons remarquer que tous les âges étaient concernés. Sur les 18 fois où l'âge était indiqué, il s'agissait 2 fois d'une personne de moins de 30 ans, 6 fois d'une personne de plus de 40 ans en âge de travailler et 7 fois d'une personne retraitée ou d'une personne âgée. De la même façon, il n'y aurait pas de manière évidente une catégorie socioprofessionnelle plus touchée qu'une autre, puisque nous trouvons aussi bien une kinésithérapeute, des commerciaux, qu'une jeune mère au foyer et un ancien maçon. Nous retrouvons dans la multiplicité des symptômes évoqués dans ces cas cliniques, la particularité de cette problématique : 10 fois aucun diagnostic n'était posé ou même ébauché, 5 fois le médecin parlait de dépression et/ou d'anxiété masquée, 2 fois le diagnostic de fibromyalgie avait été posé. Sinon, pour 6 de ces patients, une origine psychologique était évoquée avec une fois un diagnostic d'hystérie, une fois celui d'hypocondrie. Une autre fois, un diagnostic différent avait été posé : celui de maladie de Parkinson.

Quant aux avis spécialisés, un recours au psychiatre n'aurait eu lieu que 2 fois. Sinon, c'était le neurologue qui était le plus souvent cité (7 fois), une fois l'urologue et une fois le gynécologue. Par ailleurs la mention du contexte d'arrêt ou d'accident du travail revenait six fois, le recours à la chirurgie, 4 fois. Enfin, l'amélioration de la situation du patient n'était rapportée que 4 fois.

Sexe	Age	profession	Symptômes	Consultations spécialisées	Diagnostic posé	Contexte	réponse chirurgicale	amélioration évoquée
F	44ans	kiné	sciatalgie	neurochirurgien	pas de diagnostic			
F	54 ans		multiples plaintes	change de médecin fréquemment	Syndrome anxiodépressif			
F			écoulement mamelonnaire	gynécologue	pas de diagnostic			
F	29 ans	commerciale	lombosciatique	neurologue	fibromyalgie			
			myalgies, douleurs articulaires	psychiatre	psychiatrique			
F			douleurs multiples		fibromyalgie	arrêt maladie		
F	à la retraite		fatigue		deuil			
F	assez âgée		multiples plaintes					
H		commercial	lombalgie chronique			arrêt maladie	chirurgie	
H	50 ans		lombalgie chronique	psychiatre		arrêt maladie		
F	44 ans		tremblement de la langue	neurologue	Parkinson			
F		4 enfants en bas âge	multiples plaintes					
H	Retraité		parésie mbre inf Gche	neurologue	psychologique			
F			contracture derniers doigts	neurologue	hystérie	accident du travail		
H	63 ans	retraité maçon	douleurs jambes, pieds brûlent		Ennui			
F	80 ans		douleurs digestives				chirurgie	
F			multiples plaintes		psychosomatique			oui
F			mal au ventre		hystérie			
F	21 ans		lombalgie		angoisse	arrêt maladie		oui
F			multiples plaintes		dépression masquée			oui
F	80 ans		infections urinaires à répétition	urologue	séviences sexuels dans l'enfance			
H			lombalgie chronique			accident de travail		
F			douleurs pelviennes				chirurgie	
F			multiples plaintes		hypocondrie		chirurgie	
F			multiples plaintes		syndrome anxio-dépressif			
F			mal de tête					oui
H	75 ans		multiples plaintes	neurologue	fonctionnel			

Tableau 2 : Caractéristiques des cas cliniques recueillis

3.3. *Ce que les médecins généralistes disent sur ce que c'est...*

3.3.1. Définitions

Nous avons retrouvé dans les discours des médecins quelques ébauches de définitions :

Dr A : Des gens qui venaient avec des symptômes sans que ce soit expliqué ni par la biologie ni par, euh, les pathologies organiques.

Dr D : Des douleurs inexpliquées, donc qui n'ont pas de support organique, qu'ont pas d'explications.

Dr H : C'est quand y a pas d'organicité, quand y a pas de maladie psychiatrique, tous les symptômes qui n'ont pas une cause organique.

Dr I : Quelqu'un qui présente des symptômes dont on, dont il n'y a aucune, aucun, on a beau faire des examens, que ce soit biologiques ou radiologiques ou on ne trouve pas.

Dr M : Des symptômes qui sont pas forcément liés à des maladies.

3.3.2. Catégories nosologiques utilisées

Nous avons dégagé du discours des médecins différentes catégories nosologiques utilisées. Ces catégories étaient très nettement en faveur d'une approche psychologique des S.B.I.

Le terme « psychologique » était utilisé 26 fois, « psychiatrique » 34 fois.

Le terme « fonctionnel » était utilisé 25 fois.

L'étude du champ lexical de la « dépression » retrouvait 21 occurrences.

Le terme « somatisation » était utilisé 10 fois.

Enfin, de manière plus isolée, nous retrouvons les notions d'« hypocondrie » 2 fois, « hystérie » 3 fois, « névroses » 3 fois, « psychosomatique » 3 fois.

3.3.3. Ce n'est rien, il n'y a rien

Nous retrouvons dans les entretiens réalisés le terme « rien » à de nombreuses reprises. Il était employé 42 fois dans le sens « il n'y a rien », et 5 fois pour dire « il n'y a rien... de grave, de dangereux, de plus. »

Ainsi par exemple :

Dr G : Avec rien du tout quoi.

Dr H : Elle a rien... Une fois qu'on voit qu'y a rien.

Dr I : OK, y a rien.

Dr J : Etre sûr qu'y a rien.

Dr K : Ces fameux symptômes où y a rien derrière, de médical ou de somatique.

Dr L : Il n'a rien sur le plan médical.

Dr N : On dit les gens n'ont rien.

3.3.4. Ce n'est que « ca »

Il est intéressant de noter la hiérarchisation implicite des pathologies chez les médecins, qui apparaissait clairement énoncée ainsi par le Dr A. : « *Il ne présente QUE des symptômes biomédicaux inexpliqués.* »

3.3.5. C'est une douleur

La manière, de loin la plus fréquente, de parler de ces symptômes inexpliqués était celle de la douleur. L'étude lexicale de l'ensemble du corpus retrouve en effet 56 occurrences pour « douleur », 7 occurrences pour « douloureux », 104 occurrences pour le « mal » pris dans le sens de douleur (avoir mal).

3.3.6. C'est une souffrance,

Nous retrouvons 42 fois le mot « souffrance » utilisé par les médecins interrogés pour parler du problème présenté par ces patients dont les symptômes sont inexpliqués. Cette dimension semblait évoquer pour les médecins qui l'employaient une dimension plus large, plus globale, que celle de la douleur. Ainsi par exemple :

Dr I : Une souffrance... C'est quand même beaucoup de souffrance... Quand même, on voit beaucoup de souffrance.
Dr J : C'est quand même une souffrance.
Dr K : Il y a la souffrance... [Il est difficile de] mesurer cette souffrance.

3.3.7. Ce sont des plaintes multiples

De la même façon, en analysant l'ensemble des entretiens, nous retrouvons 32 fois le mot « plainte » utilisé. C'était une des manières d'envisager la question des S.B.I. Par exemple :

Dr C : Plein, plein de multiples plaintes... Elle se plaint de tout, elle a mal partout.
Dr D : Des troubles multiples.
Dr J : Des plaintes répétées, qui ne sont pas toujours les mêmes.
Dr L : Tout le temps en plainte... Ils ont besoin de se plaindre.

3.3.8. Ce sont des symptômes « offerts » au médecin

Certains des médecins généralistes abordaient aussi cette question sous le mode de « l'offre » d'un symptôme de la part du patient, cachant une autre demande, un autre problème.

Dr D : Ils viennent nous voir en se disant malades, puisqu'ils viennent chez un médecin, donc ils expriment un symptôme. En fait s'ils viennent consulter c'est pour parler, point.

Dr E : Y a un certain nombre de personnes qui viennent, euh, avec effectivement des plaintes et que, euh, euh, de toute façon je pense qu'ils viennent parce que euh, parce que ils ont envie de se plaindre.

Dr J : J viens vous voir parce qu'en fait, j viens vous parler d'autre chose... Comme si pour aller voir un médecin, lui parler de sa grand-mère, il faut un symptôme.

3.3.9. Ce sont des simulations

D'autres médecins encore, se représentaient ces symptômes comme simulés par les patients.

Nous retrouvons 7 occurrences de ce champ lexical. Ainsi, par exemple :

Dr C : Elle trouve qu'elle a mal aux jambes, elle marche bien quand même hein parce qu'elle habite loin et elle vient à pied donc...

Dr D : Quelqu'un qui fabule.

Dr G : C'est souvent une simulation d'un certain nombre de symptômes.

Dr K : C'est de la simulation.

3.3.10. C'est fréquent

En tout cas, il s'agissait de quelque chose de fréquent dans la pratique des médecins généralistes rencontrés.

Dr I : C'est quelque chose qu'est assez fréquent.

Dr J : On en a pas mal. Ben on en a des tas.

Dr L : 8, 10 pour cent, euh, de pathologies réelles et lourdes. Toutes les journées on en a. Y en a beaucoup.

Dr M : J'en ai tellement de patientes comme ça.

Dr N : Les pathologies d'organe, les dysfonctionnements d'organe sont légions chez tout le monde... Il n'y a pas que des fonctionnels hein, mais y en a beaucoup...

3.4. Ce que les médecins généralistes disent sur ce que ça n'est pas...

A travers ce que les médecins disaient de ce que ne sont pas, pour eux, les S.B.I., ils laissaient à nouveau transparaître une catégorisation et une hiérarchisation dans les pathologies des patients. Ainsi, des symptômes somatiques seraient plus importants et réels, et mériteraient un intérêt plus important. Ils concerneraient aussi davantage la médecine. Notons par ailleurs qu'il semblait plus facile pour eux de définir ce qu'ils ne sont pas que ce qu'ils sont, fruit de la démarche diagnostique d'élimination.

3.4.1. Somatique, organique, physique

Trois termes assez proches dans le langage médical revenaient dans le discours des médecins généralistes pour dire ce que ne sont pas les S.B.I. Le terme « organique » d'abord que nous retrouvons 31 fois, le terme « somatique » que nous retrouvons 9 fois et enfin, le terme « physique » que nous retrouvons 3 fois. Ainsi, par exemple :

Dr B : Une maladie, je veux dire, purement somatique.
Dr C : Pas très organiques justement...
Dr D : Pas de support organique... Une cause vraie organique.
Dr H : Si c'est une grosse urgence organique... Quand y a pas d'organicité...
Dr L : Y a rien derrière, de médical ou de somatique.

3.4.2. Quelque chose d'important, de grave, de dangereux.

Les médecins généralistes caractérisaient aussi les S.B.I. par leur absence de gravité (23 occurrences)...mais donc aussi, plus ou moins sous-entendu, leur absence d'importance (2 occurrences). Par exemple :

Dr C : Eliminer quelque chose d'important. Ça n'est rien de dangereux.
Dr D : Apparemment ça n'est pas dangereux.
Dr F : Elle n'a rien de grave.
Dr N : Des tas de symptômes, qui sont pas graves.

3.4.3. Quelque chose de vrai, de réel.

De la même manière, nous retrouvons utilisés les termes de « vrais » (14 occurrences) ou « réels » (4 occurrences) pour définir par opposition ces symptômes inexplicables. Par exemple :

Dr C : Ils ont réellement une plainte même si c'est psychologique.
Dr D : Il y a quand même de vraies maladies... Une cause vraie organique qu'on peut soigner, qu'on peut soulager par des médicaments, par une intervention.
Dr G : Le jour où ils nous font une véritable pathologie.
Dr L : Des pathologies réelles et lourdes... Des pathologies organiques réelles. ... Réellement des pathologies organiques... Est-ce qu'elle a réellement quelque chose qu'il faut que je débuse ?
Dr M : Des vrais malades on n'en voit pas tant que ça.
Dr N : En dehors d'un problème enfin..., des vraies pathologies.

3.4.4. Une maladie, un problème médical.

Finalement, nous retrouvons chez les médecins généralistes une remise en cause du caractère médical de cette problématique.

Dr B : Cette plainte n'a rien de médical stricto sensu.

Dr C : Pas un problème de santé

Dr E : Est-ce que c'est de la médecine ? Finalement c'est pas de la médecine, quoi...

Dr H : [Ca n'est] pas que du médical.

Dr L : Il n'y a rien derrière de médical, ou de somatique. Il n'a rien sur le plan médical.

3.5. D'où ça vient : comment ils l'expliquent...

Les modèles explicatifs ou les théories étiologiques sous-jacentes dans le discours des médecins généralistes interviewés étaient divers. Nous retrouvons ici, intégrés dans les représentations des médecins, les différents modèles exposés dans le premier chapitre de notre étude.

3.5.1. On ne sait pas !

Une des difficultés face aux S.B.I. était justement de ne pas avoir d'explication aux symptômes présentés par les patients, de ne pas en connaître l'origine. Ainsi à 42 reprises nous retrouvons rapporté par les médecins le fait qu'il n'y aurait pas d'explication.

Dr C : Ca vient d'où, on le sait pas forcément.

Dr D : [Des symptômes] qu'ont pas d'explications.

Dr E : Il était quand même assez question que ça pouvait être quand même, euh, un peu inexpliqué quoi comme affaire.

Dr H : Tous ces patients dont on ne connaît pas les causes, qu'on ne sait pas pourquoi ils ont mal, pourquoi ils sont pas bien, pourquoi ci, pourquoi ça.

Dr I : Difficile de dire l'origine.

Dr J : C'est pas très expliqué non plus. Je pense qu'on sait pas la raison. On sait pas ce que c'est.

Dr K : On n'a pas de titres à donner à ce genre de pathologies.

Dr L : On ne peut pas arriver à l'expliquer.

Dr M : La « quatrième dimension ». On peut avoir mal sans explication.

Dr N : Des symptômes qu'on n'explique pas. Les médecins ne savent pas expliquer eux-mêmes.

3.5.2. Cela touche la personne dans sa globalité

Plusieurs médecins insistaient sur le fait que l'explication devait se chercher dans une approche globale de la personne. Il s'agirait pour eux de quitter le dualisme entre corps et esprit, somatique et psychologique...

Dr A : Il y a du bio-médico-psychologique mélangé en permanence. Mon patient il est toujours bio-médico et il a des choses dans la tête. Il n'y a pas de coupure entre les deux, il n'y a pas de hiatus entre les deux. Il n'y a pas un cerveau et un corps de l'autre côté. Pour moi on est les deux mélangés.

Dr B : Ça suppose d'opposer le somatique et le psychique, or ce n'est jamais opposé, c'est jamais l'un ou l'autre. C'est toujours l'un et l'autre.

Dr H : L'être humain il n'a pas que du médical.

Dr I : C'est quand même une plainte un peu globale

Dr M : Tout est intriqué.

Il est intéressant de noter ici, que l'analyse de nos entretiens a fait pourtant apparaître cette notion de dualisme à travers l'étude lexicale le mot « pur » qui revenait à 9 reprises pour dire « purement » organique ou « purement » psychique.

3.5.3. Une origine psychogène

Assez souvent, les médecins généralistes interviewés rapportaient les S.B.I. à une origine psychogène.

- C'est « psy »

Ils utilisaient pour cela le terme « psy » sans plus de précision (6 occurrences), ou bien le terme « psychologique » (26 occurrences), ou encore « psychique » (16 occurrences), et enfin « psychiatrique » (34 occurrences). Ainsi, par exemple :

Dr C : C'est des problèmes psychologiques.

Dr E : Ça pouvait être d'origine psychologique.

Dr F : Il faut traiter le problème entre guillemets à sa source, à savoir au niveau psychique.

Dr I : On avait quand même toujours tendance à dire c'est psy, c'est psy.

Dr J : Dans ces maladies par l'esprit. C'est quand même bien induit par l'esprit. Ça peut s'expliquer par l'esprit, qui induit certains phénomènes.

- C'est « dans la tête »

Les médecins généralistes évoquaient aussi les S.B.I. en « localisant » leur origine dans « la tête » des patients, une manière contournée d'évoquer une origine psychologique...L'analyse lexicale du mot « tête » rapporté à la manière de parler du problème présenté par les patients, comme se trouvant dans la tête, retrouvait 12 occurrences. Par ailleurs, le mot « mental » était aussi utilisé 9 fois mais par un seul des médecins.

Dr A : C'est dans la tête. Il se passe quelque chose dans la tête de cette femme.

Dr B : Le problème qu'ils ont dans la tête ;

Dr E : C'est dans votre tête.

Dr G : Si elle s'est mis dans la tête qu'elle avait des symptômes...

Dr H : Quand dans votre tête...

- Une angoisse ou une dépression masquée

L'origine des troubles était aussi rapportée à une question d'angoisse (30 occurrences pour « angoisse » et « anxiété », 5 occurrences pour « peur ») et notamment à l'angoisse de la maladie. Et à la « dépression » (17 occurrences)

Dr B : Le syndrome dépressif réactionnel c'est pile poil ce qu'on évoquait tout à l'heure.

Dr C : Ses problèmes d'angoisse font qu'elle ne peut plus supporter ces douleurs là. L'angoisse d'être malade. L'angoisse des gens qui ont déjà eu une grave maladie. Ça a sûrement un lien avec ses problèmes d'angoisse, de dépression.

Dr D : ... Qui en fait a des antécédents de dépression.

Dr F : On essaye de lui faire admettre que ça puisse venir d'un état anxio-dépressif.

Dr G : Elle a très peur, elle a peur d'avoir une maladie. Elle a peur de la maladie.

Dr H : On est dans une société où les gens s'angoissent énormément, hein, ils ont une angoisse de la maladie. Ben comme on est dans une société où on est moins malade qu'avant.

Dr L : C'est là où ils vont coller leur peur.

Dr M : Une grande angoisse face à la maladie.

- Un aménagement autour d'un symptôme

Plusieurs médecins reconnaissaient aussi comme explication possible à la présentation itérative de S.B.I., le fait que les patients s'aménageraient autour d'un symptôme. Ceux-ci trouveraient un certain équilibre interne autour d'une plainte, d'un symptôme qui leur deviendrait ainsi nécessaire.

Dr A : Les gens s'aménagent là autour. La vie tourne là autour : les hommes s'aménagent autour de l'alcool, autour du tabac, du café, du foot. Et les femmes elles s'organisent autour du docteur : J'suis pas bien, j'vais chez l'docteur... Cela va entraîner un réaménagement. Ils ont trouvé un aménagement à leur souffrance et y en a certains par exemple qui n'ont pas du tout envie d'être dérangés de là dedans.

Dr D : Y a des gens qui ont besoin d'avoir un symptôme pour qu'ils..., pour être équilibrés dans leur vie. Leur couple s'est organisé là-dessus... Le symptôme douloureux, il a besoin d'être là, euh, j pense qu'il fait partie de la personne... Quelque chose qui lui permet de vivre à peu près bien dans son cadre de vie avec cette douleur.

Dr E : Est-ce qu'ils demandent vraiment à aller mieux, je ne sais pas quelque part...

Dr I : Ça se chronicise quand même. On voit bien quand même ces maladies qui se succèdent, bon on améliore une pathologie, c'est une autre qui réapparaît ensuite, comme si la personne avait besoin de son symptôme ou de sa maladie pour, malheureusement parce qu'elle elle n'en a pas besoin mais enfin on sent qu c'est quand même une nécessité de son corps en tout cas pour vivre.

Dr J : Elle a eu besoin d'être malade.

D'autre part, nous retrouvons aussi la notion de fixation pathologique autour d'un symptôme liée à la réponse donnée par le médecin au patient.

Dr H : Elle est chronicisée... Il lui avait été balancé dans la tête qu'elle avait une pathologie au départ, donc que le choc qu'elle avait eu soi-disant allait lui poser des problèmes et elle s'est fixée dessus.

Dr J : Quand on a [trouvé une solution], on se désintéresse du malade, il faut bien qu'il en présente une autre [maladie].

- Une difficulté à verbaliser.

Une théorie explicative à l'origine des S.B.I., était aussi celle de la difficulté à verbaliser un conflit interne, une émotion.

Dr A : Y a certaines personnes qui ne peuvent pas exprimer des choses. Ils ne peuvent pas les exprimer, ce qu'ils sont en train de vivre, ils ont obligés de sortir des symptômes organiques.

Dr H : Vous êtes obligés de manifester, si vous le faites pas par la parole, vous le faites obligatoirement par le corps.

Dr I : Le corps parle de cette souffrance... Votre corps vous parle.

3.5.4. Une origine psychosociale

- Un mal-être

Une autre façon pour les médecins de parler de l'origine des symptômes inexplicables était de l'attribuer à un mal de vivre, comme l'expression d'un « mal-être » (13 occurrences), d'un problème de « moral » (6 occurrences), ou encore lié au « stress » (16 occurrences). Nous pouvons ici parler davantage d'une approche psychosociale.

Dr B : Ils ont du mal à vivre... Le fait de ne pas arriver à résoudre un problème c'est assez désagréable et puis ils sont soucieux, du coup un peu tristes, du coup un peu avec la tête parasitée par ce problème, euh, avec de la difficulté à faire autre chose, avec éventuellement des troubles du sommeil.

Dr C : Elle a un problème de moral évident... Ils sont pas bien de toute façon.

Dr D : Ne pas être bien... Son mal-être... Un syndrome de mal-être...

Dr E : Elle avait besoin de retrouver une vitalité... Ils ne vont pas bien... Son trouble il venait d'ailleurs, de c'qu'elle avait vécu.

Dr G : Il y a certainement un lien avec le stress... C'est la solitude.

Dr H : Il y a un rétrécissement, y a un repliement sur soi-même... Vous avez trop de soucis ou vous avez trop de pression... « J'ai des retours de travail très difficiles »... Il y a tous ceux qui viennent pour un mal-être... Quand vous êtes pas bien.

Dr I : C'est plus dans un mal-être, dans ces états de stress, problèmes de couple, de famille, toute l'origine est quand même là.

Dr L : Quelque chose qui ne va pas dans leur vie. Ils sont pas bien... Y a des fois des gens qui viennent vous dire comment ils sont pas bien. C'est rien qu'un malaise, ben plus ou moins énorme... Y a toujours des choses qu'ils n'ont pas résolu comme il faut... Derrière y a souvent le conjoint, les enfants, les parents et ainsi de suite... Tout ce qu'ils n'ont pas réussi à, réussi dans leur vie, tous leurs espoirs déçus, c'est tout ça le malaise.

Dr M : C'est normal, j'veux dire, y a le mari, y a les cinq, douze enfants qui sont là, y a souvent la délocalisation hein, c'est normal qu'il y ait des choses qui pèsent.

Dr N : Mal dans sa peau.

- Une pénurie de lien social

Parmi les explications on trouve aussi celle de la pénurie de lien social. Les patients chercheraient alors un lieu, une personne dont la fonction elle-même remplirait ce rôle de lien.

Dr B : On a coutume de dire y a plus de curé donc les gens viennent voir le médecin.

Dr C : Ils n'ont peut-être personne qui puisse les rassurer autour d'eux ou à qui ils puissent demander quoi que ce soit.

Dr D : La famille n'est pas prête à écouter, les amis non plus...

Dr E : Il s'occupe en voyant des médecins.

Dr M : Il y a souvent la délocalisation.

- Un problème d'hygiène de vie

Enfin, certains médecins rapportaient l'origine des symptômes inexplicables à des problèmes d'hygiène de vie, notamment autour des questions de l'alimentation et du sommeil :

Dr C : Ca vient probablement soit du manque de sommeil... [Y en a]qu'ont des rythmes complètement... Ca peut venir, je ne sais pas d'une mauvaise alimentation.

Dr G. : Des erreurs flagrantes de régime.

Dr H : Vous mangez n'importe quoi, n'importe comment... Parce qu'il y a un rythme de vie difficile ou parce que le contexte est pas facile.

3.6. Consommation de soins et nomadisme médical.

Nous retrouvons dans le discours des médecins généralistes interrogés la notion de nomadisme médical et de surconsommation de soins, comme une caractéristique de la problématique telle qu'ils la percevaient.

Dr C : Elle change de médecin assez fréquemment... Une personne qui vient tout le temps... Je la suis depuis seulement 1 mois et j'ai dû la voir, j'ai cru que ça faisait plus longtemps que je la suivais, j'ai dû la voir j'sais pas 5 ou 6 fois depuis...

Dr H : Elle a vu quatre médecins, quatre médecins qui ont eu un discours à peu près différent

Dr J : Ils consomment beaucoup de spécialistes, de antidouleur, neurologue euh, rhumatologue... Elle a vu tous les médecins de Lyon, et les chirurgiens.

Dr K : On a un cadeau empoisonné donc on le refilé à quelqu'un d'autre... Il est resté pendant deux ans comme ça à faire toutes les spécialités possibles et imaginables, il est allé jusqu'au centre anti-douleurs, des choses comme ça.

Dr L : Il va essayer d'autres, mais il va toujours revenir à un... Elle a besoin d'avoir des tas de thérapeutes autour d'elle... Elle avait tendance à aller voir les chirurgiens.

Dr M : Les gens qui fréquentent assidûment les cabinets médicaux. Oui on consomme beaucoup de médecins... Ça fait des années qu'elle vient me voir pour la même chose.

Dr N : Des cohortes de mécontents... Les spécialistes sont obnubilés par le truc grave et du moment qu'ils ont pas trouvé le truc, bon, ben allez, on les jette, basta. On les envoie bouler. Parce qu'après ils recommencent ailleurs.

4. Représentations des médecins généralistes à propos de la prise en charge

Nous allons maintenant explorer la manière dont les médecins interrogés perçoivent leur prise en charge des patients qui présentent des S.B.I. Pour cela nous allons suivre la démarche chronologique de toute prise en charge. Nous commencerons donc par la démarche diagnostique, avec ce qui concerne le recueil de la plainte, l'examen clinique et les examens complémentaires. Dans un deuxième temps, nous aborderons la question des avis spécialisés. Ensuite, nous étudierons la façon dont les médecins abordent avec leur patient l'annonce d'un éventuel diagnostic. Enfin, nous verrons les différentes modalités thérapeutiques abordées par les médecins de cette étude.

4.1. La démarche diagnostique.

4.1.1. Le recueil de la plainte

La première étape indispensable à toute prise en charge est le recueil de la plainte. Sans parler d'interrogatoire à proprement parler, accueillir, prendre en compte et reconnaître la plainte du patient qui s'adresse à eux était un élément important pour plusieurs médecins.

Dr G : J'ai toujours pris l'habitude de bien considérer ces gens. La première fois effectivement on peut, on peut s'interroger sur la validité du symptôme.

Dr H : Des gens qu'arrivent avec des plaintes, je les écoute, je pose des questions.

Dr L : On va leur [faire] raconter quatre, cinq, six fois, la douleur dont ils se plaignent, le chemin qu'elle fait et ainsi de suite.

Dr N : J'écoute, là j'fais préciser.

4.1.2. Examen clinique

Plusieurs médecins rappelaient que l'examen clinique ne devait pas être négligé.

Dr C : [Je fais un] examen clinique.

Dr H : Des arguments cliniques. J'examine physiquement.

Dr M : Un minimum d'examen clinique. On les examine... Grâce à l'examen clinique.

Dr N : J'fais quand même toujours un examen.

4.1.3. Examens complémentaires

Le chapitre des examens complémentaires était très important. Nous trouvons dans l'analyse du discours des médecins, les motivations qu'ils percevaient à réaliser des examens complémentaires. Qu'il s'agisse de la recherche d'explications aux symptômes ou de se rassurer, les patients comme les médecins semblaient concernés. Les médecins considéraient aussi qu'ils prescrivaient des examens complémentaires pour répondre à la demande de leurs patients. Une question non résolue affleure alors: jusqu'où faudrait-il aller dans la réalisation de ces examens?

- **La recherche d'explications**

Le médecin lui-même pouvait rechercher par la réalisation d'examens complémentaires des explications à des symptômes qu'il ne comprenait pas. Mais nous découvrons dans la manière dont ils en parlaient, qu'ils n'en trouvaient pas. Il s'agirait donc plutôt de rechercher une absence d'explication...

Dr A : J'ai aucune explication à l'IRM. Le tableau clinique que présente la patiente ne peut pas être expliqué par l'imagerie.

Dr D : On a fait analyser, c'est inexplicable... Rien, comme prévu, hein.

Dr G : Ils ont fait tout un tas d'examens, ils ont rien vu.

- La recherche de réassurance pour le médecin et le patient

De la même manière, le médecin allait chercher à travers la normalité des examens qu'il demandait pour son patient, des arguments pour se rassurer lui-même, pour se rendre crédible...Ce qui fonctionnait assez bien !

Dr C : Pour justement ne pas mettre tout cela sur le compte de..., d'un problème psychologique sans avoir avant vu autre chose.

Dr E : On sait jamais vraiment, euh...peut-être qu'on n'est pas sûr soi-même.

Dr F : On a fait tous les examens possibles et imaginables, donc on est sûr.

Dr G : J'm'entoure d'un certain nombre d'examens.

Dr H : Alors des fois pour se rassurer nous on fait quelques examens pour être sûr.

Dr J : Bon on est rassuré, a priori, c'est quand même déjà très fort.

Dr L : On va repartir dans des investigations puis on s'aperçoit à la fin que on voulait se rassurer.

Dr M : Sinon ils croient pas ce qu'on dit.

Ou pour rassurer son patient, ce qui n'était pas souvent obtenu.

Dr B : « Parce que si c'est normal ça va me rassurer » alors qu'en fait ça ne rassure jamais. Il y a souvent une demande d'examen qui est censée rassurer, hein, dont la normalité est censée rassurer, et en fait on s'aperçoit que ça ne rassure quasiment jamais le patient qui fait cet examen.

Dr E : Elle voulait des examens complémentaires pour se rassurer.

Dr F : Je peux lui dire qu'elle n'a rien dans ses organes, elle reste persuadée qu'on n'a pas trouvé ce qu'elle avait. Même avec tous les scanners qu'on a pu lui faire, les coloscopies, gastroscopies, tout ce qu'on a pu faire, elle pense qu'on est à côté.

Dr G : Comme elle sait que je lui annonce non d'emblée, en même temps j'ai dit pas ou la la vous avez peut-être un cancer, ça la rassure, d'une autre façon ça la rassure.

Dr L : Ça les rassure, euh, allez, des fois une journée hein, parce qu'y avait rien, ils reviennent après parce que... oui mais alors peut-être on n'a pas cherché au bon endroit.

Dr M : On leur fait quelques bilans biologiques pour les rassurer. C'est vraiment soit parce qu'ils sont très, très inquiets et ils ont besoin vraiment d'être très rassurés.

- Une réponse à la demande des patients

Plusieurs médecins interrogés considéraient que la réalisation des examens complémentaires était une réponse à une demande plus ou moins pressante de la part des patients.

Dr B : Il y a toujours une escalade dans les demandes d'examens paracliniques de la part du patient.

Dr C : Ceux qu'on mal à la tête ils veulent des scanners.

Dr E : Il y a des gens qui sont pas mal en demande de ça... elle voulait des examens complémentaires pour se rassurer.

Dr G : Elle revendique des examens pour éliminer la maladie. Elle vient me voir, il fallait que je lui fasse faire un scanner sur le champ. Sur le champ. J'aurais dû l'envoyer aux urgences pour qu'elle ait son scanner le soir même.

Dr M : Y en a qui veulent euh, qui veulent des scanners des IRM, des trucs à pas en finir quoi. On se rend bien compte que tant que l'examen sera pas fait...

Il s'agissait donc pour certains d'entre eux de cadrer cette demande pour qu'elle ne les dépasse ou ne les mène pas.

Dr B : Il faut cadrer les choses préalablement, verrouiller les choses préalablement.

Dr C : En leur redonnant un peu des cadres sûrs, quand faut faire des examens.

Pourtant les médecins eux-mêmes pouvaient se reconnaître complices de ces demandes.

Dr B : Il y a toujours une escalade dans les demandes d'examens paracliniques de la part du patient mais le médecin aussi est participant à ça.

Dr C : Je dis pas non quand même d'emblée.

Dr E : Les examens complémentaires, c'était pas forcément la réponse.

Dr G : Il faut répondre à la demande. Il faut quand même faire un certain nombre d'examens.

- Alors, jusqu'où aller?

Une question récurrente pour tous les médecins interrogés était la limite à se fixer concernant la prescription d'examens complémentaires.

D'abord un constat: il y aurait pour ces patients une surenchère dans la demande d'examens.

Dr B : Il y a toujours une escalade.

Mais finalement il s'agirait de trouver un équilibre entre trop ou tout...

Dr C : Après on arrêtera de faire trente-six examens.

Dr D : Là on est allé un peu trop loin. Il faut faire toutes les investigations. Il faut quand même aller loin, hein, j'vais quand même loin dans les explorations. On a tout fait.

Dr E : Tous les examens normaux. Il avait eu tout un bilan finalement qui était négatif. C'est difficile de s'arrêter.

Dr F : On a fait tous les examens possibles et imaginables.

Dr G : Ils ont fait tout un tas d'examens.

Dr J : Faut qu'on continue à explorer jusqu'à ce qu'on arrive au bout de nos explorations... Quand on multiplie les examens jusqu'à ce qu'on trouve une solution.

Et rien ?

Dr A : Il faut ne pas faire d'examen.

Et ce qui semblerait le minimum nécessaire ou possible...

Dr C : En tant que médecin on juge nécessaire de faire tel examen mais pas celui-là. J'fais quand même un minimum de bilan avant. Une échographie, j'la donne assez volontiers et enfin, j'la fais faire sans trop trop m'poser de questions.

Dr L : J'vais pas forcément loin dans les explorations, j'ne pense pas... Peut-être que j'ai pas cherché plus loin et puis qu'ils sont allés chercher ailleurs la réponse ?

Dr M : Un minimum d'examens paracliniques.... On leur fait quelques bilans biologiques.

Dr N : Faire les examens nécessaires qu'il faut.

4.1.4. Les avis spécialisés

Les spécialistes cités par les médecins interrogés dans notre étude, comme recours pour un deuxième avis, ou pour une prise en charge ont été : le neurologue, le rhumatologue, le gynécologue, l'urologue, le chirurgien, le gastroentérologue et le psychiatre.

Certains médecins généralistes n'hésitaient pas à demander l'avis d'un confrère. Ils avaient alors le même statut que les examens complémentaires (recherche d'explications, réassurance, réponse à une demande.

Dr F : Elle est toujours demandeuse de consultations spécialisées supplémentaires.

Dr G : Je n'hésite pas mais alors vraiment pas une seconde à envoyer à un confrère, un deuxième avis. Très rapidement comme ça j'dis on est deux.

Dr I : Les spécialistes quand ça touche à un organe particulier, pour être sûr que on passe pas à côté de quelque chose, parce qu'on reste médecin avant tout, donc, euh, il vaut mieux quand même prendre des fois l'avis de quelqu'un.

Dr J : Moi j'dirais que je pose le diagnostic de non expliqué, euh, vraiment après avoir vu tous les spécialistes.

Dr K : On a fait le tour de tous les gens possibles et imaginables, toutes les spécialités autour...

Dr L : Moi j'utiliserais plus volontiers, euh, l'appel à un spécialiste.

Dr N : Dans des cas un peu complexes, où c'est pour ça aussi que j'envoie encore au spécialiste, parce que j'ai des gens qu'ont des pathologies rarissimes, mais c'est rarissime. Le spécialiste il a un intérêt que pour la pathologie rarissime, point.

Mais l'image que les médecins généralistes véhiculaient concernant la prise en charge par les spécialistes des patients qui présentent des S.B.I. était aussi parfois négative et teintée de réticence.

Soit les médecins semblaient ne pas recevoir l'aide attendue.

Dr A : Le grand neurochirurgien : ben on fait quoi pour cette dame, et il me dit : « ben j'en sais rien. »

Soit les patients leur échappaient et des décisions étaient prises sans eux. Des décisions pour lesquelles ils n'étaient pas d'accord et prises leur semblait-il, au détriment, de leurs patients.

Dr D : C'est des gens qui passent, euh, euh, par des spécialistes et notamment par les chirurgiens, et les chirurgiens ne voient pas d'autre solution que la chirurgie au traitement des symptômes, donc ils opèrent.

Soit multiplier les intervenants pouvait renforcer, d'après certains, le sentiment de rejet ressenti par leurs patients.

Dr F : Un petit peu rejetés à droite, à gauche de chez les spécialistes.

4.1.5. Comment poser le diagnostic

Au cœur de la prise en charge de tout patient il y a le diagnostic. Concernant la prise en charge des patients présentant des S.B.I., les médecins interviewés dans notre étude en parlaient presque toujours comme d'un diagnostic d'élimination d'abord mais introduisaient aussi la notion d'intuition, d'impression comme critère de diagnostic.

- Un diagnostic d'élimination

Dr D : Il faut quand même éliminer une cause vraie organique.

Dr H : J'ai pas intérêt à laisser passer... Si j'ai pas d'arguments cliniques forts pour faire penser à une pathologie grave.

Dr I : On élimine, euh, ben évidemment tout.

Dr M : Si y a pas de symptôme inquiétants..

Dr N : J'élimine quand même, j'ai toujours l'arrière-pensée...

D'ailleurs poser un tel diagnostic positif ne semblait pas acceptable.

Dr G : On ne peut pas d'emblée dire « celle-là c'est une hystérique » ou n'importe quoi.

D'autre part, ce diagnostic semblait toujours incertain.

Dr A : Premièrement c'est tant qu'on n'a pas d'explication.

Dr J : Il faut chercher jusqu'à ce qu'on trouve quelque chose.

- Un diagnostic qui laisse place à l'intuition

A plusieurs reprises dans l'analyse des entretiens nous avons retrouvé la question de l'intuition, de l'impression ou même du ressenti comme dimension faisant partie prenante de la démarche diagnostique.

Dr A : Mon intuition, est qu'il se passe quelque chose dans la tête de cette femme : sur sa présentation, sa manière de s'asseoir, sa manière de raconter son histoire. Une certaine forme de labilité émotionnelle. Une certaine forme de mise en scène de ses symptômes. Euh, elle a été extrêmement pressante. Elle marche d'une manière complètement, euh et voilà quoi.

Dr E : Les médecins sentent assez vite que c'est sur ce registre là.

Dr G : On arrive quand même assez rapidement à voir le truc... La première fois effectivement on peut, on peut s'interroger sur la validité du symptôme.

Dr H : Un patient que je ne sens pas organique.

Dr I : On sent bien que derrière le symptôme, y a toute autre chose qui joue.

Dr J : Au début on pense que ce sont des, pff, des psychiatriques.

Dr M : Un minimum de feeling.

Dr N : On me dit : « docteur on me dit qu'j'ai rien ». Alors moi déjà quand on me dit ça, ça me, ça m'éclaire tout de suite. J'ai un sixième sens qui me fait penser que... On voit très vite les fonctionnels des autres. C'est, ça s'explique pas, c'est un sixième sens. C'est vrai qu'j'ai beaucoup d'intuition, ça me sert. Par contre, j'ai l'art de flairer les trucs, moi.

4.2. Autour de l'annonce au patient

Il s'agit ici de renseigner la manière dont les médecins généralistes percevaient leur façon d'aborder la question des S.B.I. avec leurs patients. D'abord à travers ce qu'ils disaient de la manière dont ils s'y prendraient mais aussi à travers ce qu'ils pensaient dire ou ne pas dire à leurs patients.

4.2.1. Comment ils disent s'y prendre pour en parler à leurs patients

- De façon personnalisée

Il s'agit pour ces médecins d'adapter ce qu'ils allaient dire à chaque patient, et pour chaque patient, à l'étape où ils en sont.

Dr A : Y a aucune règle. Y a pas de réponse univoque, je peux pas vous dire ce que je fais, parce que je fais tout le temps différent.

Dr B : Avec des mots qui sont, qui doivent être effectivement choisis. Arriver à adapter sa communication de telle sorte qu'on puisse... C'est éminemment, ça doit être éminemment personnalisé et fonction du moment, fonction de la personne, fonction de ce qu'on imagine de sa personnalité, de sa façon d'écouter, de sa perception des choses, etc.... C'est, ça doit être parfaitement adapté, d'adapter ce qu'on a à dire au patient et à sa capacité d'écoute, sa capacité de compréhension.

Dr I : Si je sens que, oh on sent qu'il y a un moment où ils bloquent ou alors ils veulent pas comprendre, ou ils veulent pas, et alors à ce moment-là j'arrête de parler de ce style de chose.

Dr M : Ça dépend des gens que j'ai en face hein, avec certains j'vais, j'vais avoir un discours très scientifique même si parfois j'peux pas dire grand-chose mais très scientifique, hein, bien, puis d'autres j'vais plaisanter on va parler de bêtises, voilà.

Dr N : Leur renvoyer une..., en réponse, une explication qui soit cohérente avec eux.

- Progressivement

Certains médecins suggéraient qu'aborder avec les patients la question des S.B.I. pouvait prendre du temps. Il s'agissait donc dans ces cas là d'avancer progressivement pour approcher de cette question avec eux.

Dr B : Avec des, une progression dans le dialogue, en choisissant aussi son moment. Il faut effectivement l'accompagner et lui dire. L'objectif c'est bien précisément d'aborder ça et d'aborder la possibilité de quelque chose de non médicalement...

Dr D : C'est des gens quand même, au bout d'un moment, parce que quand même, j'les connais bien hein, c'est des gens qu'je vois depuis 7, 8 ans, des fois plus longtemps donc, euh, j'lui dis...

Dr I : Rarement la première fois mais on en parle quand même. Quand on les connaît bien, euh, ben c'est-à-dire on le sent tout de suite si ils reçoivent ou pas, si ils sont à l'écoute, s'ils sont intéressés d'expliquer un petit peu ce côté-là.

Dr J : En lui faisant croire que je croyais pas trop à sa maladie. Tout doucement. Souvent on peut lancer l'idée, sans dire, sans la retenir et elle fait son chemin toute seule chez les gens.

Dr L : Soit par des chemins plus détournés.

Dr M : Pas la première fois, parce que il faut des arguments.

Dr N : J'leur dis, de manière euh, on va dire calculée.

Pour d'autres encore, il s'agissait de convaincre petit à petit leur patient.

Dr B : Démontrer que la solution elle est ailleurs.

Dr F : J'préfère essayer de convaincre les gens plutôt que de leur asséner des choses très dogmatiques.

- Directement

Pourtant ces médecins semblaient parfois amenés à parler de façon plus directe et plus claire avec leurs patients du problème qu'ils présentaient.

Dr A : Je te rentre dans le lard.

Dr B : Il est souvent un petit peu bénéfique de bousculer les choses.

Dr H : Je suis très très claire avec les patients. On leur repositionne les choses. Bon, qu'on leur dise des choses vraies, qu'y ait pas d'embrouille, que ce soit clair et tout ça... Repositionner, de dire les choses clairement, en disant ben voilà, y a ça, ça, ça. J'ai dis : « écoutez maintenant madame j'en ai ras-le-bol, ça suffit, faut qu'vous me crachiez le morceau. J'peux plus continuer comme ça moi. »

Dr I : [J'leur dis] systématiquement de toute manière.

Dr J : J'y suis allée comme ça. En lui disant qu'il n'y avait aucune raison que ça marche pas et que devait y avoir un petit lien quelconque avec son esprit, qui avait pas envie qu'elle marche, qu'avait pas envie de marcher.

Dr K : Celui à qui j'ai dit « je n'ai pas de réponse pour vous. »

Dr L : Soit comme ça, boum. Des fois on va pas être très adroits pour leur dire.

Il s'agissait pour ces médecins dans ces cas-là d'être « en vérité » face à ces patients.

Dr D : On peut pas être bon tous les jours, à 100% c'est pas possible, euh mais moi j'le dis à mes patients, ça, j'crois par contre... C'qui faut être c'est être honnête à 100% tout le temps. C'est-à-dire quand j'me trompe c'qui m'arrive j'leur dis hein. J'leur dis.

Dr H : Quand j'ai un doute j'exprime mon doute. Quand je crois que c'est purement psychologique ou parce qu'il y a un rythme de vie difficile ou parce que le contexte est pas facile, j'explique...

Dr I : J'leur dis franchement qu'effectivement, c'est difficile, qu'on peut vraiment les soulager tant qu'ils prennent leur traitement mais qu'on les guérit pas.

Dr K : Du moment où il sent que j'ai la sincérité de dire, « bon tu souffres on va essayer de t'aider, et peut-être on n'y arrivera pas, et on n'y arrive pas, j'y arrive pas... »

- Ne pas en parler

Il arrivait aussi parfois que la question des S.B.I. ne soit pas du tout abordée avec les patients, ou pas de manière explicite.

Dr A : On reste complice dans le « mensonge » entre guillemets.

Dr C : J'leur dis jamais directement que c'est psychologique.

Dr E : J'l'ai évoqué avec le neurologue mais j'lui en ai jamais parlé directement que ça pouvait être d'origine psychologique. J'lui ai jamais dit explicitement.

Dr K : Personne n'ose.

4.2.2. Ce qu'ils disent à leurs patients

Il s'agit maintenant de recueillir le contenu de ce que les médecins interviewés pensaient dire à leurs patients quand ils leur parlaient de leurs symptômes inexpliqués. Nous retrouvons là certaines représentations des médecins généralistes, telles que nous les avons présentées dans le chapitre précédent. Il s'agit d'identifier ici, celles utilisées pour s'adresser aux patients.

Dans la plupart des cas, les médecins cherchaient à donner au patient une explication à ce qui lui arrive sans utiliser de qualificatif précis ou de diagnostic.

Dr C : Je lui dis que, euh,, elle a sûrement mal que ça je la crois qu'elle ait mal. C'est probablement ses problèmes d'angoisse.... J leur dis d'ailleurs que si ça va pas mieux, si ça continue, on ira plus loin... J crois qu'il faut déjà leur dire qu'on comprend qu'ils aient mal. On les rassure en disant, ben on a fait tel examen celui la était normal c'est pas la peine d'aller d'en faire un autre.

Dr D : « Vous voudriez pas aller voir peut-être un psychiatre. Votre douleur elle me paraît pas...en plus vous avez d'autres symptômes, vous avez, vous êtes hyper énervé, vous, vous êtes hyper stressé alors que, bon, donc, vous croyez pas que en parler un peu... »

Dr E : De l'présenter comme quelque chose qui survient dans un contexte plus large de, éventuellement de soucis, de stress, de difficultés personnelles, de le resituer comme ça...

Dr F : On essaye de lui faire admettre que ça puisse venir euh d'un état un peu anxio-dépressif. Certaines problématiques qui peut influencer sur le fonctionnement des organes vitaux.

Dr G : J leur explique souvent, j leur dis « regardez : vous avez une très grosse frayeur, ce soir vous avez de la diarrhée. Et bien vous voyez notre organisme est capable de réagir ». J leur dis : « voilà j pense que c'est ça, je, s'il y a lieu on fera d'autres examens. A l'instant T j pense que ce n'est pas grave.»... On leur explique : « Essayez quand même de vous rappeler que c'est quand vous avez des grosses contrariétés que vous avez plus mal au ventre.» Un mot que les gens aiment bien, c'est "le stress".

Dr H : J lui disais : « mais madame vous n'avez rien, je suis sûre que vous n'avez rien, j vous ai fait des examens tout ça, vous n'avez rien. Je vous écoute, je vous comprends et je sais qu vous avez mal.»

Dr I : J l'explique à mes patients : « vous avez ça, votre corps vous parle, donc il faut faire attention à ça. »

Dr J : J'emploie le terme d' « esprit ». Faut qu'on soigne votre esprit.

Dr K : Je lui explique que nous on n'a pas de titre à lui donner, qu'on n'a pas de soulagement. Je leur dis oui c'est vrai. On arrive à les rassurer en leur disant que ça évolue pas, puisque, « bon si t'avais un cancer j'aurais déjà amener des fleurs à ta femme. Donc y a pas de fleurs, t'as pas vu de fleurs arriver donc c'est déjà un atout. » Je leur dis « vous êtes ma source de revenus »

Dr L : J'essaye de leur dire des fois, d'une part parce que ce genre de choses sans doute ce genre de choses tout le monde l'éprouve, certains ne s'y arrêtent pas, effectivement, que ce qu'elle décrit, même moi je l'ai déjà rencontré. J leur explique ce que ça veut dire quand on leur dit ça : que ça veut rien dire « c'est nerveux ». Cette douleur existe réellement mais elle n'a pas peut-être pas un intérêt pour eux autre que celle qu'ils imaginaient, elle a peut-être pas, elle correspond peut-être pas à l'organe qui est malade.

Dr M : Que c'est le stress du boulot, qu'c'est le stress des enfants, que ils digèrent mal, qu'ils ont l'intestin paresseux. J leur explique qu'y a rien quoi.

Dr N : J lui explique : « Dire vous avez rien c'est stupide. Moi j dis, vous avez rien de grave, c'est pas la même chose. » J lui dis, « vous savez vous êtes comme une voiture, j dis toujours ça au patient. Vous allez bien mais y a des petits trucs qui vont pas bien. »

4.2.3. Ce qu'ils ne diraient pas à leurs patients

Au cours des différents entretiens, des médecins ont aussi parlé de ce qu'ils pensaient ne pas devoir dire à leurs patients. Il y aurait donc d'après eux, des choses à ne pas dire dans ces circonstances.

Dr A : Qu'il ne présente QUE des symptômes biomédicaux inexpliqués. Que c'est dans la tête.

Dr C : J leur dis pas « c'est psychologique votre problème » quoi quand même. Il faut pas, j leur dis jamais directement que c'est psychologique par exemple, j vais pas leur dire ça.

Dr D : Faire semblant que en fait on a fait le bon traitement mais c'est eux qu'ont mal répondu.

Dr E : Un piège c'est de leur renvoyer « c'est dans votre tête. » Envoyer directement une caricature c'est dans votre tête ou c'est, c'est les nerfs, ou c'est psychologique, j trouve c'est un peu, c'est un petit peu, euh, bloquant.

Dr G : On peut pas lui dire, euh : « attendez, arrêtez, euh, votre délire, ou votre hyst...votre conversion hystérique. » Par contre j leur dis jamais, euh : « vous êtes un peu totoche ou c'est dans la tête. Je ne dis jamais aux gens que ce n'est pas grave.

Dr J : J'emploie pas trop les termes de psychique, psychiatrique ou autre.

Dr L : C que j'essaye d'éviter c'est le truc : « c'est nerveux », qui ne veut rien dire.

Dr M : Faut pas penser, il faut pas dire euh, moi je sais tout il me raconte que des conneries, ils ont rien.

Dr N : Le neurologue lui a dit ben monsieur vous n'avez rien. Erreur fondamentale.

4.2.4. Ressenti des médecins généralistes face au diagnostic

Concernant le diagnostic ou le fait de nommer une maladie, les médecins se sentaient démunis et ressentaient une certaine insatisfaction, notamment sur le fait de « mettre des étiquettes » sur les patients.

Dr A : On a rien dit, on ne les aide pas.

Dr D : Je pense que cette maladie est un fourre tout, et euh qu'on met les gens, effectivement... Je ne pense pas que ce soit une bonne idée, euh, de mettre ces symptômes douloureux dans ce sac là, parce que on met une étiquette mais on propose aucun traitement... On lui avait pas collé l'étiquette de dépressive.

Dr F : Quand on parle de troubles fonctionnels, nous entre médecins, le malade lui il sait pas ce que ça veut dire.

Dr K : Notre facilité est de dire voilà, ou bien il est simulateur, ou bien, mais la souffrance est réelle. Nous n'avons pas de titre à donner.

Dr L : Et la deuxième chose extrêmement lourde qu'il...c'est d'être en face de quelqu'un qui veut une explication, comprendre pourquoi c'est comme ça, qu'on trouve le nom.

Dr M : Pour mettre un nom dessus, ça semble difficile.

4.3. La prise en charge thérapeutique

Dans ce paragraphe, nous avons dégagé, à partir de l'analyse des entretiens, les différentes thérapeutiques que les médecins pensaient mettre en œuvre quand ils prennent en charge des patients avec des S.B.I.

4.3.1. Soigner, soulager, ou guérir

Trois objectifs différents, complémentaires parfois, étaient véhiculés par les représentations des médecins généralistes interviewés concernant leur prise en charge des patients présentant des S.B.I. Le plus souvent il s'agissait de « soigner » (23 occurrences), de « soulager » ou « calmer » (25 occurrences), puisque la guérison ne semblait pas possible (9 occurrences pour l'absence de guérison). Il s'agissait beaucoup plus rarement de « guérir » (7 occurrences).

Dr C : J pense qu'on peut pas les guérir de tout, on peut les soul... enfin voilà les soulager peut-être que... On ne peut pas les guérir de tous les symptômes.

Dr D : On la traite plus parce que elle la gère... A partir du moment où ils se sont sentis écoutés, 90% de la guérison est en route, hein. On fait rien en tant que thérapeute, hein, on accompagne, le patient il guérit tout seul.

Dr J : Mais est-ce qu'on guérit ? On guérit pas les gens.

Dr K : C'est un monsieur ou une dame qui a besoin d'être calmé. Faut qu'on les calme. Mais quelqu'un qui souffre faut que je trouve la réponse pour la souffrance.

Dr M : Il faut qu'on leur donne des médicaments pour les guérir.

Une prise en charge globale

4.3.2. Une prise en charge globale.

Plusieurs médecins interrogés insistaient sur la dimension de prise en charge globale. Une prise en charge qui considèrerait à la fois le patient dans son contexte « biopsychosocial » propre, mais également la dimension corporelle comme non dissociée de la dimension psychique.

Dr E : Ca passe effectivement par une démarche qui n'est pas juste de l'ordre verbal mais qui est, qui concerne aussi le corps. On peut ressentir un mieux en soi quoi, déjà hein, et puis y compris au niveau corporel. Un « mieux être global » quoi. Ça touche le, euh, j'dirais le lien qui peut exister entre le corps, le psychique, l'affectif. Ça, c'est un peu une prise en compte de cette unité un peu de, de la personne quoi, qui est pas d'un côté un corps de l'autre côté un, un psychisme, de l'autre.

Dr H : J'l'ai un peu manip, pas manipulée, j'lui est montré des exercices à faire et tout ça, on a beaucoup parlé... Vous les palpouillez, vous voyez tout ça... Et là y a un travail à faire. Moi je fais beaucoup de palpations. Je suis un peu embêtante des fois, je fais beaucoup de choses physiquement. Reconsidérer la personne dans sa globalité, il faut voir la globalité, il faut voir l'individu. Faut s'attacher à aucun détail. Faut s'attacher à l'individu. On a un être humain devant soi. On peut rectifier les conditions de vie, la qualité du sommeil, euh, rectifier au niveau alimentaire.

Dr I : Et comme nous, systématiquement, que ce soit un petit ou un grand on parle de ce côté mental, euh, on touche vite quand même au cœur un peu du sujet. En ayant les deux côtés, quoi, le côté mental et le côté organique. Ils savent bien qu'on va un petit peu voir le tout. L'homéo est quand même intéressante parce qu'effectivement, quand on essaye de voir un peu la globalité de l'individu.

Dr N : Et les mains ça sert. Mais les mains c'est fondamental.

4.3.3. Attitudes psychothérapeutiques

D'abord, nous avons reconnu dans leurs discours des éléments évocateurs d'attitudes psychothérapeutiques, même si elles n'étaient que rarement présentées comme telles par les médecins interrogés eux-mêmes. Parmi ces attitudes, nous retrouvons l'empathie, le renforcement positif, l'écoute active, la dimension d'accompagnement, de soutien, de réassurance et enfin l'interprétation du symptôme.

- Renforcement positif et empathie

Il s'agirait ici pour les médecins interrogés de valider la plainte et le symptôme du patient mais également d'assurer le patient de leur confiance.

Dr A : Ne jamais dénier la souffrance. On essaye d'être suffisamment empathique.

Dr C : Je lui dis que, euh, elle a sûrement mal que ça je la crois qu'elle ait mal. J crois qu'il faut déjà leur dire qu'on comprend qu'ils aient mal. J commence par les comprendre. Oui, vous avez raison vous avez ceci.

Dr D : Elle voulait surtout qu'elle dise : « mais non, vous avez pas besoin de traitement », donc c'est ce que j'ai dit.

Dr E : Les prendre en compte par rapport à ça.

Dr H : « Je vous écoute, je vous comprends et je sais qu'ils ont mal. »

Dr K : Moi j les crois tout le temps, dès le départ. Ça leur fait du bien qu'on le reconnaisse un tout petit peu que la douleur existe.... Que ce qu'il dit ce n'est pas une invention. Ça fait du bien de venir s'asseoir et de savoir que tu nous crois, que quand tu te dis j'ai mal, comme quelque chose qui cogne dans mon dos, comme un marteau, ils sentent que je leur dis oui c'est vrai, y a un marteau qui te tape dans le dos. Je les aime et ils le sentent, je suis de leur côté. Lui faire sentir que sa douleur je la comprends, je la ressens avec lui, et qu'elle est réelle et qu'on a pas de réponse. C'est tout ce que je peux lui offrir. Ils finissent par avoir seulement la relation qu'on établit avec eux.

Dr L : Alors j leur explique ce que ça veut dire quand on leur dit ça : que ça veut rien dire c'est nerveux. Eux ils ont réellement mal, cette douleur existe réellement. Comme un récepteur, on accueille, on explique, parfois on compatie, euh, on propose des pistes, et puis on sait que le simple fait qu'ils aient pu parler et expliquer ça leur a fait du bien pour un certain temps et ils savent qu'ils peuvent revenir aussi. Le fait qu'on porte de l'intérêt, déjà eux, ils se sentent écoutés autrement.

- Ecoute active

La dimension d'écoute des patients revenait à de nombreuses reprises (43 occurrences pour ce sens) dans le discours des médecins interviewés. Elle semble effectivement tenir une place importante pour eux dans le traitement des patients qui présentent des S.B.I. Quand nous analysons leurs discours, nous percevons qu'il s'agirait pour eux d'une écoute (et d'une parole parfois) qui participe au soin, d'une écoute qui peut conduire le patient à une parole, à un changement...

Dr A : Ce qui est important pour eux c'est que vous leur causiez. L'arme quand même dans ce truc là c'est la parole quoi, on travaille avec la parole, avec les affects générés par la parole. Y a des choses qui peuvent se parler. Y a des gens qu'on peut mobiliser psychiquement, qui sont mobilisables, qu'on peut faire bouger, qu'on peut faire s'interroger. Y en a on peut en laissant des questions ouvertes, en laissant traîner.

Dr D : L'entretien a fait le travail. A partir du moment où ils se sont sentis écoutés, 90% de la guérison est en route hein. J'avais simplement écouté pourquoi elle était pas bien. Et ça suffit... Quand ils parlent ils ont plus mal. Dénouer, décoincer, p't'être en parlant.

Dr E : Si on arrive quand même à les, oui à les écouter. Une manière de questionner qui permette aux gens de dire un certain nombre de choses. Eventuellement une parole [du patient] là-dessus.

Dr G : J pense de toute façon il faut écouter. Il faut quand même toujours euh écouter les gens.

Dr H : On a beaucoup parlé. La plupart des gens que je voie moi, ils ont besoin d'une écoute. C'est d'une écoute énorme qu'ils veulent, ils viennent me voir pour me parler. Ça justifie une écoute. On arrive à faire un travail pour dire les choses, pour qu'ils s'expriment et tout ça. Moi j'ai l'écoute, j'ai la parole [pour les aider].

Dr I : Si ils veulent pas un petit peu se laisser deviner ils viendront pas nous voir. Il suffit de parler, d'échanger en tout cas, sans l'utilisation de la moindre granule homéopathique. On en a déjà parlé hein, et elle m'a raconté son histoire.

Dr K : Oui, à part écouter y a rien d'autre à offrir hein.

Dr M : Après faut essayer d'être à leur écoute. Quand ils viennent il faut qu'on les écoute. Si vous les écoutez pas, ils ont pas l'impression d'avoir été bien soignés même si au bout du compte vous, vous faites la même chose.

Dr N : J fais de l'ostéo, de la méso et de l'homéo...et de l'écoute. [L'écoute] est fondamentale. L'écoute c'est simplement d'écouter la plainte du patient. Moi j fais parler les gens.

- Réassurance

La prise en charge des patients qui présentent des S.B.I. passait pour certains des médecins interrogés par la réassurance.

Dr C : On les rassure.

Dr D : On dédramatise.

Dr F : Je suppose qu'on a réussi quand même à la persuader que, pendant un petit moment qu'elle n'a rien de grave.

Dr G : Ça la rassure en même temps.

Dr H : Elle a besoin d'être hyper rassurée... Surtout être rassuré. On a tout le travail de désangoisser.

Dr I : En remettant, en rassurant, en remettant les choses un peu en place.

Dr M : Pour essayer de les rassurer.

- Accompagnement

D'autres encore envisageaient la prise en charge en terme d'accompagnement. Elle semblait alors répondre à l'impossibilité d'éliminer le symptôme ou la plainte et consisterait, pour eux, à partir de la réalité de chaque patient.

Dr A : Accompagner. On l'accompagne.

Dr B : Décortiquer le problème qu'ils ont dans la tête et à essayer de voir ce qu'il est possible de faire, ce qu'il est possible que EUX fassent, pour pouvoir voir le problème sous un autre angle. Il faut effectivement l'accompagner.

Dr D : On fait rien en tant que thérapeute, hein, on accompagne. Le patient il guérit tout seul.

Dr K : Faut qu'il vive avec ça, qu'il vive avec ça.

Dr L : Ils savent qu'ils peuvent revenir aussi.

Dr M : J crois que la vie elle est faite parfois de maux divers et faut vivre avec quoi.

- Soutien, aide

A la dimension d'accompagnement s'ajoutait celle du soutien, du conseil et de l'aide.

Dr B : Il s'agit en fait de les aider à faire un peu le ménage dans ce qu'ils sont en train de vivre, qu'ils ont du mal à vivre.

Dr D : Je fais ce que j'appelle une « psychothérapie de soutien » avec mes patients.

Dr E : On fait probablement plus de, de relation d'aide. Plus fréquemment à mon avis on est dans le registre d'une relation de soutien, euh, psychothérapique.

Dr J : A ce moment là on leur apporte un soutien psychologique. On leur apporte notre force. Puisque ce qu'ils nous montrent c'est une certaine faiblesse.

- Interprétation du symptôme

Une attitude psychothérapique, plus controversée dans son utilisation par les médecins généralistes puisqu'elle amènerait à « psychologiser », se retrouvait dans le discours des médecins interrogés sous la forme de l'interprétation, la recherche d'un sens (caché) au symptôme présenté par le patient.

Dr C : J'aimerais connaître, enfin savoir pourquoi elle va pas bien, pourquoi elle revient sans arrêt, doit bien y avoir une raison.

Dr D : Chaque fois qu'il tombait, sa maman lui donnait un bonbon quand il était petit, donc, ça il a bien fait la liaison, le problème...

Dr H : On se sert des critères psychologiques qui peuvent , générer des angoisses, des trucs comme ça.

Dr I : Votre corps vous parle, donc il faut faire attention à ça, et de comprendre pourquoi... Penser à ce qui peut être dit derrière des paroles simples.

Dr J : On est là pour essayer de les aider à trouver pourquoi tout d'un coup ils ont besoin de s'aider d'un support anatomique pour exprimer une souffrance.

Dr L : J'essaye de voir pourquoi elle s'inquiète plus à ce moment-là... Celle-là va venir se plaindre plutôt du cœur, et si on cherche bien on va peut-être trouver, euh, un père de famille, enfin, un patient dont le père est mort... Ils avaient jamais fait le lien et puis tout à coup ils se disent...

Dr M : Trouver dans leur discours ce sur quoi je pouvais rebondir pour leur, pour leur glisser que ça vient de là.

4.3.4. Les traitements médicamenteux

Concernant l'approche médicamenteuse du traitement des patients qui présentent des S.B.I., nous retrouvons chez les médecins interrogés plusieurs possibilités. L'utilisation du placebo, de traitements symptomatiques et des psychotropes.

- Une réponse à une demande

D'abord, nous retrouvons ici encore la perspective selon laquelle, il s'agirait pour ces médecins de répondre à la demande du patient. D'autres en parlaient davantage comme d'un rituel de conclusion de la consultation.

Dr B : De toute façon ce qui importe c'est qu'il y ait une réponse médicamenteuse qui correspond à l'attente.
Dr D : Moi j'suis convaincue et les psychiatres d'ailleurs nous l'disent, hein, que souvent quand ils donnent l'ordonnance, c'est pour clore l'entretien, et peu importe c'qu'il y a marqué dessus hein.
Dr M : Ils aiment bien les ampoules, hein, donc, des ampoules de ce qu'on veut...

- Placebo

Dr A : Dans ce métier on donne 95% de placebo. Donc là il faut être conscient quand on donne des médicaments qui sont placebo, il faut quand même s'en rendre compte. Mais bon ça m'arrive de donner du placebo.
Dr G : Maintenant on prescrit du placebo.
Dr M : C'est le médicament magique, hein.

- Traitements symptomatiques

Ils seraient utilisés largement

Dr D : On a testé toute la batterie habituelle, hein, de l'allopathie classique.
Dr E : On avait déjà donné plein de traitements symptomatiques.
Dr F : Rédhibitoire pour quoique ce soit en dehors des traitements médicamenteux.
Dr M : De temps en temps faut donner des vrais produits pour la déboucher. Y a d'abord les médicaments qui sont symptomatiques, quand ils ont mal à la tête c'est du paracétamol, quand ils ont mal au ventre, ben c'est un antispasmodique ou du paracétamol, euh. Quand ils sont fatigués euh, c'est des ampoules, euh, ils aiment bien...

Bien qu'ils soient reconnus comme insuffisants

Dr C : J'crois qu'on ne peut pas tout traiter par les médicaments parce qu'elle se plaint de tout.
Dr N : Et très peu de médicaments.

Il s'agissait parfois aussi d'antalgiques.

Dr D : On va forcément leur mettre les plus gros antalgiques, on va aller jusqu'à la morphine, hein aux patients qu'on des douleurs inexplicables, oui on va aller jusqu'à leur mettre des patchs de Durogésic^R
Dr K : Neurontin^R, Rivotril^R, Morphine

- Antidépresseurs, psychotropes

Plusieurs médecins ont évoqué l'utilisation des antidépresseurs ou d'autres psychotropes : somnifères, anxiolytiques ou même neuroleptiques. Il s'agirait de traiter alors ce qui était considéré comme la cause des symptômes inexplicables, c'est-à-dire un syndrome dépressif, ou bien des troubles du sommeil ou de l'humeur.

Dr B : De temps en temps les antidépresseurs. « Je vais vous donner quelque chose qui va pas résoudre votre problème mais qui va vous mettre dans une disposition d'esprit pour pouvoir vous aider à le résoudre. » Alors là on arrive à une médiation de prescription.
Dr C : Moi j'fais un peu plus de somnifère pour les aider, pour certains en tout cas qui ne dorment pas la nuit, je suis plus somnifère que de donner des anxiolytiques.
Dr D : Antidépresseurs, voire, euh, euh, anxiolytiques.
Dr F : Dogmatil^R
Dr G : On va carrément traiter un syndrome dépressif. Le Dogmatil^R, neuroleptique qui alors là on en donnait même dans les ulcères d'estomac. Les anxiolytiques. Bon, après on s'est bien rendu compte que l'accoutumance était un inconvénient des benzodiazépines, mais j'pense qu'y a trente en arrière tous ces médicaments avaient été créés en réponse à ça.
Dr M : Puis vraiment quand c'est grave, enfin quand c'est grave, quand ça évolue vraiment ou vraiment qu'on en a marre, c'est l'antidépresseur.

4.3.5. Autres médiations

Les médecins ont été interrogés sur les « médiations » qu'ils pensaient utiliser, ou qui pouvaient être une aide d'après eux, pour la prise en charge des patients présentant des S.B.I. Nous pouvons constater qu'elles étaient multiples. Soit les médecins avaient recours à d'autres professionnels, soit ils possédaient eux-mêmes des « outils » divers pour les aider dans la prise en charge. L'approche pouvait aussi être, soit davantage orientée vers une dimension psychologique, soit prendre davantage en compte le corps.

L'enjeu pour certains médecins était de proposer une réponse « décalée » :

Dr B : Dans la mesure où ce sont bien souvent des plaintes qui ne sont pas médicales ou qui n'ont pas de solutions purement médicales, qu'il s'agit éventuellement d'aller chercher d'autres formes de réponses.

Dr E : Donner une réponse décalée par rapport à la demande de départ. C'est-à-dire des gens qui viennent pour un symptôme pouvoir le resituer dans, dans un contexte plus global, qu'ils puissent, euh, éventuellement, euh, voir les choses d'une autre manière.

Dr H : On va percevoir les choses autrement, donc du coup on va travailler.

Dr N : Quand y a des gens qui, euh, qui souffrent de tas de choses et que on leur évoque des choses qui n'ont jamais été évoquées. Moi j'dis c'est comme le peintre qu'a plusieurs couleurs sur sa palette, là j'ai plusieurs cordes à mon arc, j'fait de l'ostéo, de la méso et de l'homéo...et de l'écoute. Et avec ça...Et très peu de médicaments.

- A propos d'un recours à un psychothérapeute

Certains médecins envisageaient volontiers d'orienter leurs patients vers des psychothérapeutes.

Dr C : Je lui ai proposé, j'ai demandé si elle voulait parler, euh, avec d'autres gens que moi. Des prises en charge par les psychologues ou les psychiatres j'pense que c'est indispensable pour certains patients.

Dr D : Elle a repris un suivi psychiatrique avec un nouveau psychiatre. Avec un psychiatre... Psychothérapie...

Dr H : Des fois quand j'vois qu'la parole avec moi ne suffit pas, parce que j'suis pas assez technique ou que je ne suis pas assez pointue - et tout ça, et ça je l'sais - , j'envoie chez le psy. Moi j'envoie systématiquement dès que je pense qu'il faut qu'il y ait quelqu'un d'autre, j'leur donne la liberté de parler à d'autres, et de se repositionner.

Dr I : J'leur propose d'aller voir quelqu'un pour traiter ce problème là. Je conseille beaucoup le recours au psychologue. C'est quand même souvent, certainement un bienfait d'aller voir, pour voir les problèmes en amont.

Dr K : Je les ai orientés vers un psychiatre.

D'autres montraient davantage de réserve face au recours au psychothérapeute.

Dr F : J'pense qu'une psychothérapie, quelque chose comme ça, n'a pas grand intérêt.

Dr L : C'est pas une indication pour tous les patients.

- A propos de l'homéopathie

Parmi les médecins interviewés deux avaient été choisis parce qu'ils mentionnaient la pratique de l'homéopathie. L'un d'eux seulement avait cette pratique comme dominante.

Dr I : Et comme nous, systématiquement, que ce soit un petit ou un grand on parle de ce côté mental, euh, on touche vite quand même au cœur un peu du sujet. Si ils veulent pas un petit peu se laisser deviner ils viendront pas nous voir. J'crois pas qu'ils viennent que pour nos granules. Ils savent bien qu'on va un petit peu voir le tout. Donc c'est pas anodin qu'ils viennent nous voir simplement pour de l'homéo. L'homéo est quand même intéressante parce qu'effectivement, quand on essaye de voir un peu la globalité de l'individu...

Pour d'autres il s'agissait davantage d'un outil supplémentaire

Dr L : Pour tout le reste effectivement moi j'ai la chance d'avoir un autre outil, [l'homéopathie]. L'homéopathie c'est, c'est à la fin de ma consult, c'est un outil, forcément ça donne sans doute une autre oreille et une autre façon d'écouter puisqu'on rejette pas les petits symptômes.

Dr N : J'fais de l'homéo.

- A propos des kinésithérapeutes

Les médecins pouvaient aussi orienter leurs patients vers les kinésithérapeutes ou les podologues.

Dr D : Le kiné...

Dr H : Un peu de kiné d'abord. Le recours à j'sais pas, au kiné.

- A propos de l'ostéopathie

Pour une approche plus corporelle, certains médecins envoyaient leurs patients chez l'ostéopathe.

Dr D : Je fais souvent de l'ostéopathie (comprendre qu'elle envoie chez l'ostéopathe)

Dr H : J'ai aussi l'utilisation des fois par exemple de l'ostéopathie pour décoincer au niveau physique pur.

Un des médecins interrogés, avait comme pratique dominante l'ostéopathie.

Dr N : J'fais de l'ostéo...

- A propos d'autres pratiques

Nous avons aussi découvert au cours des entretiens que des médecins généralistes avaient des pratiques moins répandues ou plus anecdotiques.

L'hypnose Ericksonienne

Dr D : En hypnothérapie. Et euh, le peu que j'ai fait, on va dire, euh, on a des bons résultats. On les met en état de transe hypnotique et à ce moment là, euh, on leur demande d'abord s'ils ont envie de parler, c'est pas obligé hein, d'parler, et s'ils ont envie, de nous décrire leur douleur.

L'haptonomie

Dr E : Une ou deux séances avec l'haptonomie sa demande elle avait changé. Percevoir assez rapidement dans une expérience qui est vécue concrètement qu'on peut déjà aller mieux quoi. Et c'est, c'est à travers un, ouais à travers un contact, qu'on a pendant la séance qu'elle retrouve une autre, peut-être une plus grande sécurité. La prise en compte de, du contexte de vie, du contexte familial, et j'pense pour moi effectivement l'haptonomie c'est une médiation pour ça.

Les thérapies cognitivo-comportementales

Dr J : Ben en thérapie comportementale que je fais là, ça peut se faire. On essaye de faire prendre conscience aux gens de leurs problèmes et de se comporter différemment. De se comporter d'une manière, sensée...

Le coaching

Dr B : Le coaching, c'est une certaine façon d'aider les gens à voir leurs problèmes d'une autre façon, et à les aider à faire en sorte que ce soit eux qui aillent chercher la solution aux problèmes qu'ils ont.

Autres approches

Dr D : Je fais souvent de l'ostéopathie, euh, de la sophrologie. ...qui vont aller voir un acupuncteur, qui vont aller voir j'ai des confrères qui sont là pour ça. Mais moi je leur dis : « peu importe la médecine, c'est qui faut c'est que ce soit un bon thérapeute. » Que ce soit l'homéopathie, que ce soit l'acupuncture, la sophrologie ou même euh j'veux dire j'ai un ami euh, bon qui se dit manipulateur...

Dr K : Centre anti-douleur...Magnétiseurs... J'aime bien les marabouts, parce que pour ce genre de pathologies comme ça, pas toujours, mais une ou deux fois ça m'est arrivé d'avoir... C'est mignon comme prise en charge. J'ai dit peut-être c'est le mauvais œil...

5. Ressentis des médecins généralistes

5.1. Face à la prise en charge de ces patients

5.1.1. Impuissance, échec, remise en cause, culpabilité

La prise en charge des patients qui présentent des S.B.I. suscitait des sentiments négatifs et désagréables pour les médecins. Certains vivaient aussi cette prise en charge comme dévalorisante. Les médecins avaient dans cette prise en charge un sentiment d'échec, d'impuissance qui pouvait les conduire à remettre leurs capacités en cause, voire à culpabiliser de ne pas trouver de solutions pour leur patient.

Dr A : Alors y a des moments où on est extrêmement brillant, y a des moments où on perd des patients, y a des moments où on reste des années dans la complicité avec des gens qui vont pas vraiment bien, qu'on arrive pas à sortir de là...

Dr C : Pour l'instant j'arrive pas et c'est vrai que j..., j'essaie de lui poser des...enfin, de savoir pourquoi ça va pas, peut-être bien que je vais y arriver. Elle qui me rappelle sans arrêt, donc c'est bien qu'il y a quelque chose qui ne lui va pas quand même dans ma façon de faire. Je ne suis pas compétente. J'pense qu'ils me font confiance quand même...enfin.

Dr D : Là par contre, on sait pas, on sait pas.... Ben là on est très embêtés. Le problème c'est qu'pour l'instant, ben, la psychothérapie n'marche pas très bien.... On l'a remise sous Zoloft, elle se sent mieux, elle dort mieux, mais enfin elle a toujours mal. Lui il a été opéré du dos. On a été jusqu'à l'opérer. C'est pas moi hein qu'ait décidé de l'opération. Il a autant mal avant, qu'après, sinon un peu plus. Donc on s'est loupé... Bien sûr. Il est très gêné dans sa vie mais, euh, on s'est loupé. On pense qu'on est bon, parce qu'on fait le mieux qu'on peut, c'est tout.

Dr E : Non, j'arrive pas. C'est vrai qu'ils nous mettent un peu en échec, hein, c'est pas très plaisant donc... Oui c'est vrai, c'est quand même, oui, oui c'est une sorte d'échec quand même... Oui j pense oui... C'est un peu frustrant quoi comme prise en charge. C'était un peu aussi euh, une manière de dévaloriser un peu notre profession de dire, qu'on voit finalement pas mal de gens comme ça et que finalement c'est pas de la médecine. C'est vécu souvent de l'extérieur ou par, euh, ou par des internes qui viennent en stage chez nous comme un peu euh, de la bobologie ou... Oui j pense que c'est un peu dénigré, dénigrant, quoi comme type de pratique finalement.

Dr F : La malade se plaignait qu'on ne s'occupait pas correctement d'elle, voilà alors qu'effectivement on avait fait tout ce qu'on pouvait lui faire. Il n'y a pas de solution.

Dr H : Mais je sais pas quoi vous faire, vous arrivez pas à me dire pourquoi vous êtes mal et moi je peux pas le savoir et je n'y arrive pas... J me dis on peut toujours arriver à quelque chose.

Dr I : Vous vous débrouillez. Là on peut pas tout, on peut pas tout régler.

Dr J : Donc, qu'on n'y arrive pas c'est une chose, on essaye.

Dr K : Bon ben, on voit que il souffre et qu'on a pas de réponse pour lui. Et que nous on est incapable, et scientifiquement, de donner une réponse à sa souffrance. Je sais pas. On sait pas. Le fait de vous dire : « tiens je souffre toujours » pour nous culpabiliser... Mise en échec de toutes nos tentatives pour soulager la souffrance. La seule solution, si vous voulez de réussir ce genre de consultation, c'est de ne pas se sentir responsable du soulagement. C'est un échec pour l'ensemble. Pas personnel. Je n'ai pas de réponse mais ce n'est pas moi qui n'ai pas de réponse, personne n'a de réponse.

Dr L : C'est très dur d'être face vraiment, à la toute puissance du patient en face qui démolit tout ce que vous proposez, parce que ça existe aussi. Mais c'est pas grave, parce qu'il repart tellement content de vous avoir mis en échec... J vais y passer deux heures et puis elle sera pas satisfaite. Voyez, des choses, on ne sait pas comment répondre.

Dr M : Qu'est-ce que j'vais leur trouver, qu'est-ce que je vais leur dire ? Fallait bien faire quelque chose quoi.

5.1.2. Incertitude et prudence par peur de passer à côté d'un diagnostic.

La peur de « passer à côté » de quelque chose de grave, d'un diagnostic, habitait le discours de plusieurs des médecins généralistes interviewés.

Dr B : Une précaution médicolégale d'avoir fait tout ce qui doit être fait.

Dr C : Quand même on ne peut pas tout mettre non plus sur le compte des problèmes psychologiques ou des angoisses. J pense que notre devoir c'est d'éliminer quelque chose d'important.

Dr D : Je garde en arrière pensée de ne pas oublier qu'il y a quand même de vraies maladies qui se déclarent alors qu'elles ont pas l'air évidentes d'emblée. C'est là quand même où faut pas laisser passer...

Dr E : J pense déjà faut être très prudent, parce qu'on sait jamais, y a eu quand même des histoires comme ça, un peu, un peu déplorables.

Dr G : C'est sûr que de temps en temps il peut y avoir un piège, le jour où ils nous font une véritable pathologie. Ma grosse angoisse... Parce que il faut toujours se méfier Moi j'ai, j'ai toujours appris, euh, en sachant qu'un rien du tout pouvait se transformer en catastrophe. On s'dit un jour ou l'autre ils vont bien finir par nous faire une maladie.

Dr H : Quand y a une plainte qui est réitérée des fois j me dis, t'exagère peut-être que tu te trompes.

Dr I : D'un autre côté on dit ça maintenant, est-ce que dans dix ans on dira pas, ben, finalement c'était telle chose et pas du tout mental hein. Y a quand même pas mal d'exemples en médecine. Pour être sûr qu'on ne passe pas à côté de quelque chose.

Dr J : Pour être sûr qu'il ne cache pas quelque chose, parce que quand même souvent on trouve quelque chose. Il faut rester très humble dans ces trucs là, parce que on peut toujours se tromper. Le problème c'est que souvent on trouve le biomédicalement explicable quand les gens sont morts. C'est un peu gênant. Mais enfin j'en reviens toujours quand même au fait qu'il faut quand même être sûr qu'y a rien... Mais si vous voulez faut être prudent... Mais il faut être sûr vraiment qu'ils n'ont rien.

Dr L : Puis y a des fois, où on est vraiment, on sent ça et derrière y a quand même une belle pathologie aussi, hein, faut pas oublier. L'angoisse du médecin, c'est clair... Je me sens pas, ah non, face à certaines plaintes, c'est clair, je n'ai pas peur de ne pas aller ... On a toujours peur de se tromper, de passer à côté de quelque chose. Ce que ça représente oui, comme angoisse d'avoir la vie des gens dans les mains quand même. Est-ce qu'elle a réellement quelque chose qu'il faut que je débusque ou c'est banal ce qu'elle éprouve ?

Dr M : Surtout en arrière pensée de ce dire qu'un jour ou l'autre ils vont venir et ils vont avoir quelque chose et on passera à côté à tous les coups. Chez une petite jeune de vingt ans pas trop, mais quand ils commencent à être un petit peu âgé on se dit le jour où vraiment y aura un pépin, ben, c'est sûr qu'on tombera, qu'on passera à côté. C'est clair et net.

5.1.3. Epuisement, lassitude, énervement

Certains médecins généralistes interrogés exprimaient ainsi leur lassitude, leur énervement, au fur et à mesure de la prise en charge de ces patients.

Dr E : Alors c'est un peu lourd, un peu des patients épuisants. J'trouve c'est pénible.

Dr F : C'est évident que on supporte moins ce genre de pathologies.

Dr G : Si vous voulez c'est un petit peu ennuyeux dans la durée.

Dr H : J'en ai ras-le-bol, ça suffit... Et là c'était un travail terrible... C'est trop c'est quand ils crachent pas le morceau assez vite ou qu'ils osent pas s'avouer les choses assez tôt. Ça c'est trop. Ouais, des fois j'en avais marre, franchement.

Dr I : C'est usant. C'est usant.

Dr K : J'en avais marre.

Dr L : Ça m'énerve, ça ça fait partie de choses qui m'énervent parce que j'ai vraiment la sensation d'avoir en face de moi là quelqu'un qui veut pas se poser les bonnes questions. Ça m'a souvent fatigué. C'est les consults les plus fatigantes, paradoxalement c'est les plus fatigantes. J'vais y passer deux heures et puis elle sera pas satisfaite.

Dr M : Vraiment on en a marre...pour le médecin, parce qu'il en a marre de les voir.

Dr N : Si j'voyais que des gens comme celui de ce matin, pff, on sature. J'me laisse pas bouffer non plus hein. Ca j'suis très clair. C'est carré, c'est direct, faut pas se laisser bouffer. Mais faut quand même pas s'laisser bouffer...

5.1.4. Complexité

La prise en charge était vécue comme complexe, difficile par de nombreux médecins. Cette difficulté concernait la compréhension du problème et était aussi exprimée comme un décalage dans cette compréhension entre le patient et le médecin. Ce « conflit d'attribution » empêcherait le médecin et le patient de se rejoindre, que ce soit au niveau du diagnostic, ou du traitement.

Dr A : C'est compliqué.

Dr B : C'est difficile quoi. La difficulté consiste souvent à lui démontrer que la solution elle est ailleurs.

Dr E : Un piège... C'est pas très simple, hein, j'ai jamais parlé directement que ça pouvait être d'origine psychologique.

Dr F : Il est toujours très difficile à faire admettre au patient. C'est difficile, puisque on n'arrive pas à lui faire entendre ce qu'on veut lui dire. Il faut pratiquement tout négocier pour leur faire admettre les choses, rien ne se fait de façon simple.

Dr G : Ce qu'il y a de dur dans la médecine par rapport aux fonctionnels qui n'ont pas de symptômes, c'est quand on s'inscrit dans la durée.

Dr I : Et là, y a une intervention peut-être de domaine un peu psychique probablement et qu'est toujours difficile à cerner. Donc ça c'est quand même difficile, fréquent et difficile... Bien sûr, c'est ça qu'est difficile, hein, quand on veut bien essayer d'aller au fond des choses, de sentir que c'est pas aussi facile que ça.

Dr L : Et la deuxième chose extrêmement lourde qu'il...c'est d'être en face de quelqu'un dont on sent bien qu'il n'a rien sur le plan médical mais qui est tout le temps en plainte et qui veut une explication, comprendre pourquoi c'est comme ça, qu'on trouve le nom...

Dr N : Des fois c'est pas évident, hein, c'est sûr...

5.1.5. A propos de la durée des consultations

Quelques médecins ont aussi abordé la question de la durée des consultations, le fait que cette prise en charge prendrait particulièrement du temps. En tout cas, le temps est un facteur qui influençait pour certains d'entre eux la prise en charge.

Dr H : Par rapport à ces patients là, j'ai pas de temps. C'est trop, c'est trop lourd pour ça, il me manque du temps. C'est des gens qui me prennent du temps.

Dr I : Des jours où on a eu plus le temps. Moi j'ai pas des consults de 10 minutes hein. Donc j'ai un peu de temps, donc du coup. C'est vrai ils peuvent s'étaler plus.

Dr L : J'y vais y passer deux heures et puis elle sera pas satisfaite.

Dr N : On a pas toujours le temps, mais cela dit faut prendre le temps.

5.1.6. A propos des traitements

Il ressort aussi de l'analyse du discours de certains médecins que l'approche médicamenteuse n'était pas satisfaisante pour eux.

Dr E : Les limitations de ce qu'on peut leur apporter quoi, les anti-inflammatoires... C'est un peu frustrant quoi.

Dr K : Notre réponse à toutes les pathologies comme ça c'est donner des calmants de la douleur, euh, à des échelles différentes. Mais la réponse c'est, sans tenir compte de sa souffrance. C'est-à-dire, il souffre on va le faire taire. Parfois ça marche...

Dr M : Il faut qu'on leur donne des médicaments pour les guérir. C'est là le plus dur. J'suis pas sur que c'est la molécule qui a fait quelque chose. Des fois y a des patients, qui ont la culture du médicament, c'est plus difficile.

5.1.7. Spécialistes

Les médecins qui parlaient de ce qu'ils ressentaient vis-à-vis des spécialistes, exprimaient plutôt une insatisfaction.

Dr D : Alors y a quelqu'un qu'a émis le diagnostic de fibromyalgie. Evidemment. Je n'y crois absolument pas. Lui il a été opéré du dos. On a été jusqu'à l'opérer. C'est pas moi hein qu'ai décidé de l'opération. Il a autant mal avant, qu'après, sinon un peu plus. Donc on s'est loupé. Bien sûr. Il est très gêné dans sa vie mais, euh, on s'est loupé...

Dr I : Les ORL nous disent : « tout va bien », les gastro : « tout va bien » et nous il faut s'débrouiller avec ça.

Dr N : La plupart du temps, les spécialistes, quand on les voit, ben, ils nous renvoient ; zut ben oui ben on sait pas.

D'autres encore s'évaluaient en fonction des spécialistes.

Dr J : Le spécialiste peut s'tromper aussi hein.

Dr L : Le spécialiste va pas forcément demander des compléments d'examens non plus.

5.2. Face à ce qu'ils vivent, ce qu'ils sont.

En analysant le discours des médecins interviewés, nous avons pu mettre en évidence chez certains d'entre eux, le fait que ce qu'ils sont, leur vécu, participerait de façon déterminante à la prise en charge de leurs patients.

Dr A : Je me suis très vite rendu compte que si je n'étais pas capable de prendre en charge ma propre souffrance, ce que j'étais moi-même et voir à peu près clair dans ce que j'étais, euh j'aurais beaucoup de peine à donner des soins. Mais vraiment des soins. On comprend rien. Parce que il y a ce qu'ils amènent, ce que nous on amène... On partage ça avec les patients. Des deux côtés du bureau y a des gens qui souffrent, y a des gens qui peuvent ne pas être bien, qui peuvent avoir des problèmes, qui peuvent être malades, qui peuvent être tristes, qui peuvent être fous.

Dr H : Moi j'ai été hospitalisée un an. Donc je savais c'que c'était que d'être malade. Je suis convaincue que pour aider l'autre, il faut que soi-même on ait fait un travail sur soi. Parce que comme ça j'accueille des gens, à l'instant, en fonction de comment je suis, et de comment il est.

Dr I : Des jours où on a eu plus le temps et où elle était peut-être plus, d'accès plus facile et moi aussi peut-être plus de temps pour moi.

Dr L : On a des périodes hein, des moments où on va mal, des moments où quelqu'un est malade dans notre famille on va plus prendre peur, on va avoir une oreille qui va écouter certains symptômes plus que d'autres, on va repartir dans des investigations. Certains qui vont ressembler plus à des gens que je connais, moi personnellement, dans ma propre vie, soit je vais bien réussir à faire parce que justement j'connais ailleurs.

Le goût qu'un médecin avait pour telle ou telle question orienterait sa prise en charge.

Dr C : Bon, j'vois bien qu'il y a des gens qui reviennent qui vont pas bien par exemple... qu'entre associés, on n'est pas tous intéressés par la même chose et moi je récupère plus de patients qui ont des problèmes [comme ceux-là]. C'est quelque chose que j'aime bien quand même.

D'autres encore parlaient de l'importance de la personnalité, mais aussi de ce que les médecins vivent en dehors de leur travail.

Dr F : Je pense plus que c'est la personnalité du médecin qui va, qui va avoir une influence sur ses malades, ça se fait en fonction de sa personnalité.

Dr H : Et puis en vivant aussi hein, c'est-à-dire que moi je crois que j'ai été d'autant plus efficace que moi j'ai toujours gardé une vie personnelle importante. C'est-à-dire que vivre vraiment une vie à côté et puis, euh, épanouie permet de supporter... Il faut avoir le feeling personnel ça c'est évident, j pense que ça si vous avez pas le feeling j pense que ça marche pas...Le feeling pour moi c'est aimer l'autre.

Dr L : Faut pouvoir se reposer... Aller faire des choses sympas après.

Dr N : C'est l'expérience la vie, c'est tout [qui aide à la prise en charge]

5.3. Face à leur métier

Nous avons recueilli dans les entretiens des médecins généralistes, ce qu'ils ressentaient face à leur métier.

5.3.1. Goût

Les médecins éprouvaient du goût pour le métier qu'ils font, qu'ils ont choisi.

Dr D : C'est très intéressant

Dr H : On a une qualité de travail moi j'trouve absolument formidable... Mon métier je l'trouve absolument passionnant.

Dr J : La médecine générale moi j'aime tout, c'est une pure merveille. C'est quelque chose de passionnant, vivant, qu'on a absolument pas envie d'arrêter.

Dr K : J'adore, ça oui, bien sûr, je fais 18 heures par jour, entre 14 et 15 heures et j'aime bien.

Dr M : J'suis très content de faire de la médecine générale.

Différents aspects ont été abordés :

La diversité des personnes, des approches et des pathologies.

Dr A : La diversité.

Dr C : D'avoir de tout, de tous les styles de population.

Dr E : Le suivi des nourrissons aussi j'aime bien, les femmes enceintes. Les gens qui sont pas malades, j'aime bien aussi.

Dr F : C'qui m'plait le plus actuellement ben c'est la variété hein, des patients. On ne voit pas deux fois la même chose et ça c'est très bien.

Dr I : Chacun réagit différemment face à une pathologie et les constitutions de chacun sont différentes et qu'on est pas tous pareils, et que, et que sur un mode d'évolution c'est toujours intéressant de travailler là-dessus.

Dr N : C'que j'aime dans la médecine générale c'est que j'vois aussi de tout le monde.

La dimension relationnelle

Dr A : Ce qui fait plaisir, donne du plaisir ce n'est pas de faire un diagnostic. Ce qui me plaît c'est savoir ce que les gens ont dans la tête, la dimension relationnelle de ce travail.

Dr D : C'est très valorisant parce qu'on s'aperçoit que les gens après nous amènent, euh, euh, ben leur mari, leur père, leur grand-père et qu'au bout d'un moment on ne fait plus de la médecine générale on fait de la médecine de famille et qu'on a 2, 3, 4 générations.

Dr E : Des suivis euh de fin de vie, pouvoir aller à domicile euh, accompagner les gens.

Dr G : La relation, la relation humaine avec certaines personnes. La relation humaine est formidable. Parfois on a de bonnes relations.

Dr I : L'approche ça c'est sur avec les gens, qui est vraiment intéressante, le temps que l'on prend pour euh, pour mieux les connaître, c'est intéressant.

Dr L : Ben c'est le contact, la relation... Et puis mais c'est quand même en priorité c'est le rapport humain.

Dr M : Surtout ce qu'est intéressant c'est pas tellement la médecine en elle-même, c'est euh, la relation qu'on a avec notre, notre patientèle.

Dr N : J'aime, j'aime écouter les gens.

Soigner, prendre soin, aider les personnes.

Dr A : Donner du soin.

Dr B : [Aider à vivre], c'est l'aspect du boulot qui m'intéresse. C'est ce qu'il me plaît de faire.

Dr J : On peut faire quelque chose en médecine générale pour eux.

Dr N : Apporter une réponse à leurs doléances.

La dimension « sociale »

Dr C : Moi j'aime bien hein, d'être aussi bien en contact avec l'assistante sociale tous les jours que d'avoir des pathologies difficiles.

Faire des diagnostics :

Dr L : Bien sûr y a aussi le côté, on va dire de plaisir, c'est quand même un peu ça, le plaisir du diagnostic, hein, le côté un peu, enquête policière, ça c'est forcé qu'ça reste ça.

5.3.2. Difficultés

De la même manière, nous avons aussi recueilli ce que les médecins généralistes interrogés ressentait comme plus difficile dans l'exercice de leur métier.

Dr A : Ça devient très vite un métier très dur.

Là aussi plusieurs aspects ont été abordés :

L'aspect administratif et le lien à la Sécurité Sociale.

Dr D : Ce qui nous fait dire qu'on n'a plus envie de faire de la médecine générale c'est plutôt au niveau administratif, c'est vrai que la Sécurité Sociale franchement nous aide pas, hein, nous met des bâtons dans les roues sans arrêt, surtout en ce moment.

Dr E : Des demandes de courriers pour aller voir l'dermato, pour être un peu une chambre d'enregistrement de c'qu'ont fait les gens, c'est assez pénible. Ouais l'administratif.

Dr F : C'est d'avoir la Sécurité Sociale maintenant sur le dos en permanence.

Dr H : C'qu'est plus difficile pour moi actuellement c'est toute la paperasserie énorme qui nous est imposée...

Dr L : J'aime beaucoup moins mon métier depuis toutes les réformes.

Dr M : Trop de pression de la Caisse, trop, trop de choses comme ça, quoi.

Recevoir sans cesse les plaintes, les difficultés des autres.

Dr A : Les gens renvoient des choses sans cesse, tous les jours, tous les jours, tous les jours... On est là. On est un espèce de réceptacle des plaintes, des merdes, des... Les gens viennent jamais nous voir en disant « tiens je suis heureux, je vais bien »

Dr L : Des fois dans mon métier j'ai un rôle d'oreille poubelle. C'est vrai que dans certains cas notre oreille c'est une oreille poubelle. C'est-à-dire là on vient jeter tout ce qui est moche dans sa vie hein. Mais c'est pas le côté glorieux de la médecine. C'est pas celui dont on a envie de parler à la télé, à la radio, euh, dont on a envie de dire qu'il existe.

La prise en charge des problèmes sociaux.

Dr C : Ce qui est difficile ici on est quand même dans un quartier populaire donc y a pas mal de problèmes sociaux et de choses comme ça.

Dr H : J'suis dans un quartier quand même un peu difficile.

Des patients revendicatifs. Un problème de confiance dans la relation médecin malade.

Dr D : Du côté des patients aussi qui deviennent souvent très exigeants, euh... voire même menaçants, voire agressifs, euh pour des urgences qui sont pas des urgences, quoi, qui sont jamais des urgences et simplement faut les prendre tout de suite...

Dr F : Parce que l'image du médecin a faibli énormément. D'avoir des patients qui sont de plus en plus exigeants et méfiants sur ce qu'on leur dit.

Le manque de temps, la charge de travail.

Dr D : On travaille trop et on n'a pas le temps souvent de faire de la bonne médecine générale.

Dr G : C'est tout le reste, la charge de travail qu'on a à côté, par rapport à la paperasse. Trop lourd, c'est, c'est trop lourd. [Sa fille biologiste] j'peux vous dire qu'elle gagne trois fois c'que j'gagne. Et elle se prend pas la tête, et elle se prend pas la tête. Mais bon globalement en terme de qualité de vie, le « burn-out », moi, moi je vis la génération burn-out .

Dr J : Par contre c'est très dur parce que il faut être disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Dr L : Régulièrement j'en ai ras le bol, régulièrement j'suis épuisée, enfin y a surtout deux trois ans en arrière franchement j'pense que j'étais pas loin de c'qu'on appelle le « burn-out ».

Dr M : Après bon le gros point noir, c'est trop de travail.

Le lien avec l'hôpital.

Dr E : Les contacts avec l'hôpital, j'trouve qu'ils ne sont pas faciles, même quand on veut être dans un partenariat.

La gestion des arrêts de travail.

Dr E : C'qu'est gestion aussi de des demandes d'arrêt de travail, des demandes des gens qui sont en arrêt prolongé, qu'on arrive pas à remettre dans le circuit du travail. C'est pesant.

La solitude

Dr H : Plus le métier qu'on fait il a la charge que l'on a, on aurait le droit d'avoir des moments où l'on puisse parler. Nous on travaille très solitairement. Vous avez un patient, vous partez chez vous, des fois vous n'êtes pas tranquille. C'est déstabilisant, vous êtes tout seul là, parce que nous on est toujours tout seul quand on est là. On s'retrouve tout seul.

Soigner, accompagner

Dr I : C'qu'est difficile, ben, c'est de les soigner parce que malgré tout, c'est pas toujours aussi simple, notamment dans les pathologies chroniques, ou récidivantes.

Et les patients qui présentent des S.B.I.

Dr G : Ce qu'il y a de dur dans la médecine par rapport aux fonctionnels qui n'ont pas de symptômes, c'est quand on s'inscrit dans la durée.

Dr N : [Les patients avec des symptômes biomédicalement inexpliqués]ça fait partie des difficultés du métier.

6. Représentations des médecins généralistes à propos de leur métier et de leur rôle dans la prise en charge des

S.B.I.

6.1. Une médecine de premier recours

Les médecins envisageaient leur rôle comme un rôle de premier recours. Ils considéraient qu'ils étaient les premières personnes à qui les patients peuvent venir se plaindre. C'est à eux d'abord qu'il appartiendrait de recevoir et analyser la plainte des patients, et d'orienter vers d'autres quand cela est nécessaire.

Dr C : J'sais pas qui ils iraient voir autrement.

Dr E : Décoder la demande initiale.

Dr F : De toute façon on est le premier niveau hein, auxquels les patients accèdent.

Dr H : Pour moi un vrai médecin généraliste, c'est un médecin qui est capable de se dire « je suis pas super performant au niveau technique tout le temps, mais j'ai une énorme écoute et je peux aider tout le monde. » On est peut-être les mieux aptes à comprendre ceux qui ont quelque chose, ceux qui ne l'ont pas, ce dont ont besoin les gens.

Dr K : Si vous voulez, notre technicité actuellement autour des malades, nous oblige à déléguer très vite, le problème.

Dr L : Ils iraient où les pauvres ?

Dr N : Au moins d'avoir un débrouillage et puis d'arriver à, à orienter ces gens, oui et vers une solution.

6.2. Une prise en charge globale

Les médecins généralistes considéraient aussi que la prise en charge globale, dans sa dimension biopsychosociale, mais aussi psycho-corporelle est une particularité de leur rôle pour les patients qui présentent des S.B.I.

Dr : On gère ce que les gens sont globalement. Ça fait partie du quotidien. C'est le travail de la médecine générale. On est là dedans, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps.

Dr B : Notre boulot consiste à prendre en charge à la fois les aspects physiques de la maladie mais aussi le vécu de ces aspects physiques, donc il me semble que c'est tout le temps.

Dr C : Tous les généralistes ont ça parce que comme de toute façon y a plus de psychiatres.

Dr C : C'est sûr que, c'est sûr qu'il y a des gros problèmes quand même soit avec les enfants ,soit avec plein de choses, le logement, c'est indispensable de prendre en compte tout ça.

Dr D : Ça rend plus facile, euh le diagnostic, ça rend plus facile pour aussi notre traitement, la prise en charge des patients, parce qu'on connaît le contexte, que c'est une prise en charge globale.

Dr E : Oui j pense que c'est, oui ça fait partie effectivement de la médecine, mais c'est une bonne question, est-ce que c'est de la médecine, ouais... J pense que je, oui parce que je, j suis assez à l'aise avec cette dimension là donc... On fait probablement plus de, de relation d'aide, plus fréquemment à mon avis on est dans le registre d'une relation de soutien euh psychothérapique... Je pense quand même qu'on est plus spontanément, euh j dis pas que y a des spécialistes qui le sont pas mais on est quand même plus spontanément formés à, à analyser enfin c qu'on appelle l'approche systémique... J trouve que ça fait partie de notre métier aussi hein la prise en compte de, du contexte de vie, du contexte familial... C'est-à-dire des gens qui viennent pour un symptôme pouvoir le resituer dans, dans un contexte plus global.

Dr H : L'être humain c'est une globalité et qu'en médecine générale on pouvait soigner la globalité.

Dr I : Ceux qui viennent nous voir en homéo ils savent pertinemment et ils connaissent généralement, on leur en a parlé, et ils savent bien qu'on va un petit peu voir le tout.

Dr L : C'est la particularité de ce métier, c'est que on peut pas se mettre dans une case et on peut pas mettre les gens dans des cases.

Dr M : Le rôle du médecin c'est pas, c'est pas que, j dirais pas que de soigner les maux, les maux du corps, c'est aussi soigner les maux de l'âme, les maux de l'esprit euh, voilà quoi. C'est un ensemble, le corps humain.

Dr N : C' est réduire l' homme à, en cartels bien découpés et ça pour moi, c' est, c' est antinomique avec la médecine, ce n'est pas possible.

La prise en charge du patient dans son contexte renvoyait aussi à la dimension de médecin de famille.

Dr E : Le contexte extérieur enfin j pense qu'on est plus, on est quand même parce qu'on connaît souvent les familles enfin, j pense c'est plus naturel quand même de, on a plus de connaissance du cadre dans lequel évolue les gens.

Dr H : C'est-à-dire que nous on suit des familles complètes et j dirais plus que des familles complètes, on fait véritablement de la médecine de famille.

Dr J : Ah ben oui les patients on ne les suit pas, on les voit pendant plusieurs années, on voit les enfants, les petits enfant, les arrière petits enfants.

Dr K : Le médecin de famille, nous on a besoin de lui dire que, ben, « tu as mal, tu as mal, et moi je n'ai pas de réponse, » alors il vient pas pour chercher des médicaments puisqu'il en a tout plein... Parce que justement étant médecin de famille, on entend aussi parler d'eux par d'autres membres de sa famille.

Dr L : Je voulais pouvoir soigner aussi bien des petits que des plus grands, que des plus vieux, connaître le grand-père, la grand-mère, voilà. Donc forcément ça ne pouvait être que la médecine de famille. D'où la médecine générale.

6.3. Le suivi des patients

La possibilité de suivre les patients était aussi un aspect ressenti comme important dans la prise en charge des S.B.I.

Dr A : Y a pas de médecine générale sans suivi... C'est l'élément de base. Sans ça on peut rien faire... Nous on est dans une médecine qui est horizontale c'est-à-dire qu'est une médecine de la durée.

Dr B : En médecine générale, nous avons l'avantage, l'extrême avantage de fonctionner dans la durée. C'est-à-dire ce qu'on dit aujourd'hui va peut-être porte ses fruits dans X temps.

Dr C : Le reste ira mieux avec le temps.

Dr D : Quand même, j'les connais bien hein, c'est des gens qu'je vois depuis 7, 8 ans, des fois plus longtemps... J'attends, j'attends que... de savoir ce qu'il y a.

Dr F : Je sais quand même un petit peu comment la prendre et c'est parce que j'la connais par cœur qu'elle vient chez moi.

Dr G : Quand on a des patients qu'on connaît depuis longtemps, après on arrive quand même assez rapidement à voir le truc... Ce qu'il y a de dur dans la médecine par rapport aux fonctionnels qui n'ont pas de symptômes, c'est quand on s'inscrit dans la durée, c'est à dire que quand des gens nous font confiance depuis très longtemps...

Dr H : Moi j'me laisse toujours du temps et du temps au patient... On a besoin de temps... C'est vrai que c'est des consultations beaucoup plus longues, alors moi des fois j'ai des consultations plus longues... C'est des gens qui me prennent du temps... J'l'ai gardée huit ans comme ça.

Dr J : Pour savoir si c'est pas explicable il faut voir la personne pendant au moins trois mois. Et c'est court... Il faut du temps, il faut du temps. Faut beaucoup de temps et faut surtout beaucoup de patience... On les voit pendant plusieurs années, on voit les enfants, les petits enfants, les arrière petits enfants.

Dr K : Sur la durée

6.4. Médecin « responsable »

Certains parmi les médecins interrogés insistaient sur la nécessité, d'après eux, que les patients aient un médecin qui soit référent de la prise en charge, pour éviter l'escalade thérapeutique et intégrer les différents avis reçus. Ils considéraient que c'était leur rôle propre.

Dr D : C'est pour ça que voilà, il faut les revoir les patients... Justement, pour éviter l'échelon thérapeutique... On aurait du les récupérer au moins entre deux spécialistes.

Dr E : Y a un enjeu à les prendre en charge pour que ils évitent après de, de, enfin moi c'est un peu l'optique que j'ai, c'est-à-dire que pour qu'ils évitent après d'aller dans le système de soin, dans tous les sens.

Dr F : On connaît mieux les gens qu'un spécialiste, que les collègues puisqu'ils les voient au pire, trois, quatre fois de suite alors que, elle par exemple, ça fait vingt-cinq ans que je la vois à raison de minimum 5 à 6 consultations quand c'est pas 10 consultations... Les gens reçoivent parfois des courriers hallucinants, de spécialistes de l'hôpital où y a des termes techniques incroyables. Ils viennent faire traduire les lettres, en quelque sorte... Et quand ils ont effectivement été un petit peu rejetés à droite, à gauche de chez les spécialistes, ils reviennent chez nous pour faire un peu la synthèse de tout ce qu'ils ont pu glaner à droite à gauche, pour essayer d'y voir un peu plus clair.

Dr H : Moi j'vois les gens pour des vaccinations, des gens pour un certificat sportif..., On les voit régulièrement nos patients, donc nos patients, nous, bon des fois en regardant uniquement le visage d'un patient que je connais je sais [s'il ne va pas bien]... C'est la proximité, c'est la répétition qui fait qu'on les connaît bien.

Dr K : Alors, ils trouvent le confort euh de venir dire tiens j'ai encore M., M., j'ai encore mal. Aidez-moi.

Dr L : Ils savent qu'ils peuvent revenir aussi.

6.5. Dimension relationnelle

Certains des médecins interrogés considéraient aussi leur rôle, dans la prise en charge de ces patients, dans sa dimension relationnelle.

Dr D : Là on devient, euh... le confident... Y a plus beaucoup de gens qui sont là pour écouter. On est là hein pour écouter les gens, parce que la famille n'est pas prête à écouter, les amis non plus.

Dr E : L'aspect relationnel... Effectivement y a l'aspect relationnel.

Dr F : Il se noue des liens, euh, c'est pas des liens affectifs, mais y a des choses bon qu'on a vécu ensemble, qui fait que finalement le généraliste est quand même le plus près du malade. Y a rien de plus près.

Dr G : On sait très bien que ça fait partie de, de notre travail, euh, d'être à l'écoute de ces gens.

Dr H : Enfin, moi les gens maintenant je les connais. Y a des gens, ils viennent ils me disent : « Docteur vous vous rappelez de... » Et bien sûr qu'on s'en rappelle... On a une fidélité installée et ça c'est remarquable.

Dr K : J'suis avec lui pour l'aider, j'suis amical, ami... Voilà on va aller tous les deux voir quelqu'un, hein, on y va, intimement on va avec eux ce jour là, on va voir quelqu'un, on va voir, un, dix, quinze pour trouver une réponse à cette souffrance... « Ça fait du bien de venir s'asseoir et de savoir que tu nous crois »... Que quand tu te dis : « j'ai mal »...

6.6. Dimension de prévention et d'éducation

La dimension de prévention ou d'éducation était également un rôle éprouvé comme important, par certains des médecins généralistes interrogés.

Dr E : Pouvoir aussi proposer euh par exemple des dépistages à des gens qui sont très en dehors des populations touchées par la prévention, par exemple, des femmes qui ont la cinquantaine, qu'ont pas de suivi gynéco depuis des années.

Dr H : J'incite les gens à aller sortir de chez eux, à moi je leur indique comment on va au, comment on va au parc de la Tête d'or, ou comment on fait des choses simples. Moi je, je mets le numéro du bus qu'il faut prendre... Y a une participation sur le social et sur éventuellement même la scolarisation. Moi un gamin quand j'lui dis : « ben tu vas pas à l'école », que je l'gronde un petit peu, ben, j'ai l'impression qu'au bout d'un certain nombre d'années, ben, ça peut fonctionner... Je fais véritablement un vrai travail de prévention... On essaye de faire un travail d'éducation.

Dr I : On a quand même un côté à la fois social.

Dr L : J'me suis dit que médecine ça ressemblait à assistante sociale.

7. Formation des médecins généralistes et S.B.I.

Il s'agit ici du recueil de ce que les médecins généralistes ont pu dire autour de leur formation initiale concernant la prise en charge des patients présentant des S.B.I., mais aussi des outils qu'ils ont cherché, les formations qu'ils ont faites ensuite pour répondre au manque ressenti. Nous avons aussi recueilli ce qui a pu évoluer dans leur pratique, et ce qui a permis que leur pratique évolue.

7.1. Formation initiale

De nombreux médecins considéraient leur formation initiale comme insuffisante voire inexistante quant à la prise en charge de ces patients là. Mais il s'agissait plutôt d'un constat, sans reproche, considérant qu'ils pouvaient se former ensuite de manière plus adaptée à leurs besoins.

Des lacunes dans la formation de la prise en charge psychologique.

Dr C : A prendre en charge les problèmes psychologiques, pas vraiment... [formés].
Dr D : J'ai aucune formation psychiatrique mais alors je pense que par contre il faudrait que les médecins généralistes en aient une...
Dr F : J'ai jamais, jamais je n'ai appris à prendre ce genre de patients en charge. On n'a pas été, nous, éduqués avec des techniques relationnelles, donc je sais pas.
Dr G : J pense qu'on avait pas tellement de formation là-dessus, quand j'ai fait mes études de médecine. Faire un stage de psychiatrie, ça m'a aidé aussi ça m'a aidé à prendre en charge certaines pathologies et d'y voir plus clair.
Dr H : Absolument pas formée. Moi j'suis arrivée, euh, j'étais absolument pas formée à ça.
Dr I : J pense pas du tout même.
Dr J : On n'est pas préparé. Ça vous tombe dessus puis ensuite on se forme hein.
Dr L : On n'est absolument pas formés à ça. En rien il peut exister une formation qui soit complète, euh, donc y a, on se forme avec tout ce qu'on apprend avant et après.
Dr N : J'ai conscience d'avoir appris des tas de choses en médecine au niveau théorique pur. Ca c'est clair. Euh, bon qui sont, qui à mon avis font partie de la base indispensable... On n'était pas formé pour faire de la médecine générale... J'avais conscience qu'on m'avait bourré la tête de tas de trucs dont j'avais rien à foutre.

Une formation inadaptée pour ces patients-là.

Dr D : Nous justement ce qu'on nous apprend c'est de faire disparaître la douleur.
Dr E : Les limitations de ce qu'on peut leur apporter quoi, les anti-inflammatoires... C'est un peu frustrant quoi.

7.2. Evolution de leur prise en charge

Certains médecins ont pu reconnaître une évolution dans leur prise en charge :

- une évolution vers une approche moins systématiquement et uniquement organique.

Dr A : Quand on s'installe comme jeune médecin on est dans l'organique pur, au fur et à mesure qu'on vieillit on s'est rendu compte qu'effectivement il y a beaucoup de choses, qui, bon...

Dr E : J'ai fait des progrès dans, dans, une manière de questionner qui permette aux gens de dire un certain nombre de choses.

Dr G : Je prescris beaucoup moins de benzodiazépines.

Dr I : On apprend à faire attention à l'autre, ça c'est sûr qu'on apprend petit à petit... Et pour tout ce qui est utilisation de la médecine, j pense pas que je me sois améliorée hein, euh, peut-être un peu plus, mais bon.

- une évolution dans la reconnaissance par le médecin qu'il ne pouvait pas toujours avoir des résultats rapides et vérifiables, quantifiables.

Dr D : Quand on est jeune installé, on est un peu beaucoup plus incisif et on veut avoir des résultats tangibles. J pense pas qu'on devient vraiment meilleur, j pense pas qu j'ai plus de connaissances maintenant, mais j'ai plus de pratique. On connaît mieux nos patients.

- l'acquisition de l'expérience et d'une plus grande confiance en soi.

Dr D : Y a la confiance en soi... J pense qu'on agit...alors c'est pas d'intuition, j pense vraiment qu ça, c'est pas d'intuition, c'est vraiment de l'expérience... Et ça ça s'acquiert pas la première année, ça c'est clair, ni la deuxième. Il faut pratiquer, faut pratiquer tous les jours.

Dr F : Les premières années c'est plus difficile.

- moins de patience pour l'un, plus de patience pour un autre.

Dr F : J suis beaucoup moins patient.

Dr H : Mais je sais qu'avant j'étais impatiente, maintenant, je l suis plus, parce que ça sert à rien de précipiter les choses, parce que quand on les précipite on n'obtient pas de résultat quand même... J'ai compris qu'il fallait que moi aussi je sois en adéquation, qu'il fallait que je m'adapte. Et moi j fais beaucoup d'efforts, euh, j'ai énormément fait d'efforts même par rapport à, à comment j m'exprimais.

- plus de demandes d'avis spécialisés

Dr G : Par rapport au début je suis..., je demande beaucoup plus l'avis d'un confrère.

7.3. Formation personnelle

Les médecins généralistes se sont exprimés sur ce qui avait permis une évolution dans leur prise en charge des patients qui présentent des S.B.I., mais aussi ce qui pouvait les avoir aidé dans cette prise en charge.

7.3.1. Expérience

L'évolution de la prise en charge était rattachée par certains des médecins interrogés à l'acquisition d'une expérience.

Dr F : J pense pas que des techniques absolument servent à quelque chose là-dedans... Mais ça ça se fait naturellement... On se forme sur le tas. Ce qui est une chance. C'est-à-dire que je pense que l'expérience permet quand même d'améliorer à peu près vingt-cinq pour cent des cas le problème.

Dr G : J crois que ça rentre, sans formation globale particulière... Chacun a son parcours personnel... Coursus tout à fait personnel

Dr I : Pour le relationnel, ou pour, oui, oui ça c'est sûr qu'on apprend sur le tas quand même... Parce que tout ce côté, euh, du psychique, mental, non, ouais, enfin moi j'ai pas fait de formation particulière, dans ce domaine et c'est venu petit à petit.

Dr K : La meilleure discipline, le meilleur apprentissage c'est, c'est sur le terrain.

Dr L : Ils s'étaient pas si mal débrouillés dans des tas de circonstances, en n'ayant pas cette formation mais en apprenant sur le tas.

Dr M : Oh, c'est l'expérience, hein.

Dr N : C'est la pratique. C'est le bon sens personnel que j'ai, puis c'est l'expérience la vie, c'est tout.

7.3.2. Travail sur soi

Certains médecins rapportaient l'importance qu'ils avaient trouvée à réaliser un travail sur eux-mêmes sous la forme d'une analyse, d'une psychothérapie ou d'une supervision, pour prendre en charge ces patients-là notamment. D'autres n'en avaient pas fait mais pensaient que cela pourrait être une aide.

Dr A : Je me suis très vite rendu compte que si je n'étais pas capable de prendre en charge ma propre souffrance, ce que j'étais moi-même et voir à peu près clair dans ce que j'étais, euh, j'aurais beaucoup de peine à donner des soins. Mais vraiment des soins... Psychanalyse.

Dr E : J pense que j'ai un travail à faire là-dessus... Je pense que l'envie que j'avais c'était de, de faire un travail spécifique justement sur, euh, sur euh, alors par exemple sous la forme d'une supervision avec un psy par exemple, j'avais un peu c't'envie de, de voir un peu pour ces patients qui sont pénibles.

Dr H : J'ai fait mon travail personnel... Je suis convaincue que pour aider l'autre, il faut que soi-même on ait fait un travail sur soi. On ne peut pas y arriver tout seul.

Dr I : J fais une formation depuis l'année dernière d'analyse.

Dr L : Moi j me suis intéressée à moi-même aussi, donc j'ai été intéressée par faire un analyse... Face à la, aux patients dont vous parlez, j pense que c'est énormément nécessaire de faire un travail sur soi, oui. Sur le plan professionnel... Plus on a fait un travail sur soi, plus et on travaille sur ça, plus on peut encaisser l'angoisse du patient et pas balancer la sienne sur lui, c'est certain ça.

7.3.3. Groupes de parole

D'autres médecins insistaient davantage sur la nécessité de pouvoir se retrouver entre pairs pour parler, et plus particulièrement dans des groupes « Balint ».

Dr A : Les groupes Balint

Dr B : Par exemple les formations Balint.

Dr H : J crois qu'en tant que médecin, euh, on est que des êtres humains comme tout le monde, et plus le métier qu'on fait il a la charge que l'on a, on aurait le droit d'avoir des moments où l'on puisse parler. Parler, pas forcément de soi mais de ce qu'on vient de vivre... J regrette beaucoup que y ait pas de groupe par exemple Balint entre médecins, ou des choses comme ça, on l'on puisse poser les soucis.

Dr I : Le faire en petits groupes style jeux de rôle et autres pour vite percevoir, euh, comment se passe une relation médecin-malade.

Dr J : J'ai fait partie deux fois de groupes Balint. Enfin deux fois ça veut dire des séquences de trois ans... Les groupes Balint est une, est un très bon apprentissage de notre métier. Parce qu'on se remet en cause avec nos pairs.

Dr L : J'ai fait une formation pour être animatrice de groupe de psychodrame Balint et de Balint...

7.3.4. D'autres outils

Les médecins avaient aussi parfois rapporté d'autres outils ou formations qui les avaient aidés.

Dr B : D'autres outils, c'est les techniques d'écoute donc de communication en général... Ça a été la rencontre par exemple avec un ami qui fait du « coaching » et qui auprès duquel j'ai appris un certain nombre de choses qui me semblent utiles, dans l'exercice médical... Ça nécessite une réflexion, ça nécessite petit à petit d'aller chercher, d'aller rencontrer à droite et à gauche cette sensibilité et les outils qui peuvent être nécessaires pour mener à bien ça, cet aspect des choses.

Dr C : Séminaire sur la prise en charge psychologique...

Dr D : Du coup j'ai beaucoup... j'me suis mais alors là... c'est purement, euh, j'ai beaucoup lu [sur la psychanalyse].

Dr E : L'haptonomie, j'me suis formé à ça.

Dr M : J'sais pas si j'pourrais trouver vraiment des choses, euh, pile, poil, pour moi, une méthode ou une conduite à tenir.

Dr N : Si on veut vraiment comprendre les gens, eh bien il faut, il faut ouvrir un petit peu ses antennes : homéo, ostéo, méso... Moi j'ai appris l'ostéopathie. Vous trouvez que vous avez appris à vous servir de vos mains... Ah ben c'est nul ! Moi j'dirais que c'est nul. Ça aussi c'est un défaut.

8. Mise en perspective des différents résultats :

déterminants de la prise en charge

Dans ce paragraphe, nous avons tenté de mettre en perspective les différents résultats de notre analyse, entretien après entretien. Nous avons mis en lien les représentations des médecins, leur ressenti avec ce qu'ils disaient de leur prise en charge, pour dégager ce qui pouvait déterminer cette prise en charge depuis la démarche diagnostique jusqu'au traitement. Nous avons rappelé, chaque fois, les caractéristiques des médecins interrogés et le contexte de l'entretien, pour que les caractéristiques qui pourraient être discriminantes apparaissent davantage.

8.1. Entretien A

Homme exerçant seul dans un cabinet en zone résidentielle, installé depuis 24 ans. Il se forme par une participation à un groupe de pairs, par Internet et par des revues médicales. Il est aussi maître de stage. Ce médecin nous a reçu à son cabinet après sa plage de consultations du matin. L'ambiance était détendue et le médecin parlait volontiers.

8.1.1. Concernant la démarche diagnostique.

Pour le Dr A., les examens complémentaires serviraient à la recherche d'explications. S'il disait qu'il fallait parfois savoir ne pas en faire, il considérait aussi qu'il fallait savoir rester prudent tant qu'on ne trouvait pas d'explications. D'autre part, nous retrouvons chez ce médecin une part intuitive dans sa démarche diagnostique, basée sur des impressions et sur les représentations qu'il se faisait du patient. Ces représentations reposaient sur des ressentis et véhiculaient des jugements de valeur. **Ainsi, le ressenti d'une incertitude diagnostique d'une part, et les représentations qu'il se faisait du patient comme son ressenti face à eux d'autre part, détermineraient la démarche diagnostique.**

8.1.2. Concernant l'annonce au patient.

Le Dr A. rapportait deux attitudes opposées. Soit une approche directe dont le but serait de bousculer les patients, soit davantage une complicité dans le mensonge. Or il insistait aussi concernant cette annonce et donc l'attribution « psychologique » des symptômes, sur l'incapacité de certains patients à entendre. D'autre part, ce médecin disait que poser des « étiquettes » sur ces patients ne les aidait pas. Or le Dr A. utilisait justement assez souvent

des qualificatifs se rapportant à des catégories nosologiques, soit psychiatriques, soit fonctionnelles, pour parler de ces patients. Dans le même sens, il utilisait les mêmes mots ou expressions pour dire comment il se représentait les S.B.I. et pour dire ensuite ce que le patient ne devrait pas entendre. **Ainsi, nous pouvons remarquer qu'il y aurait une impasse dans la communication entre le médecin et son patient et que de ce fait, la relation médecin-malade serait mise à mal. En effet, il y aurait une contradiction chez le médecin entre ses représentations du problème et ce qu'il pensait pouvoir dire à son patient. La difficulté des patients à entendre ce que le médecin leur disait de leur problème entraînerait un malentendu qui amène à, soit rester complice dans un non-dit, soit vivre les choses de façon plus incisive.**

8.1.3. Concernant l'approche thérapeutique.

Le Dr A. mettait en avant dans sa prise en charge de ces patients, des attitudes psychothérapeutiques basées sur l'écoute active, le renforcement positif, l'empathie, et une démarche d'accompagnement. Or il envisageait justement la question des S.B.I. comme un problème essentiellement psychologique : des choses qui se passeraient dans la tête, le résultat d'une interprétation d'un symptôme en fonction d'une structure psychologique, le résultat d'une difficulté à verbaliser... D'autre part, ce médecin insistait sur la nécessité de ne pas séparer le « corps » et l' « esprit » et se représentait la particularité de son métier et de son rôle comme une approche globale des personnes. Il aborderait effectivement ses patients de manière biopsychosociale. *Par contre nous ne trouvons pas trace d'une approche psychocorporelle.* **Ainsi, la manière dont ce médecin se représentait la question des S.B.I., mais aussi son métier et son rôle, déterminerait les modalités de sa prise en charge.**

8.1.4. Concernant les ressentis du médecin.

Le Dr A. considérait que ces patients recherchaient un bénéfice secondaire, ce qu'il percevait mal. Il évoquait aussi la complexité de la prise en charge, et nous retrouvons la trace d'un sentiment d'impuissance dans cette prise en charge. Il considérait son métier comme difficile parce qu'il devait recevoir sans cesse la souffrance et les plaintes des patients, mais c'était la dimension relationnelle du soin qui lui donnait du goût. Or les patients qui se présentent avec des S.B.I. viennent sans cesse avec des plaintes, et nous venons de le voir, lui font éprouver une relation inconfortable. **Ainsi, ces patients mettraient à mal l'image que ce médecin se faisait de son métier et remettraient en cause ce qui lui donnait du goût.** Nous avons aussi remarqué que ce médecin utilisait des catégories nosologiques ou des

qualificatifs de manière péjorative. Dans ce contexte, pour ce médecin, reconnaître une recherche de bénéfice secondaire servirait d'alibi pour déconsidérer ces patients. **Nous pensons pouvoir mettre en lien cette façon de se représenter ces patients avec le sentiment de remise en cause, d'impuissance, le vécu désagréable.** En effet, cette manière de parler « désengagerait » le médecin, le mettrait à distance et comme « au-dessus » de ces patients. Le fait d'avoir participé à des groupes Balint et fait l'expérience d'une psychanalyse serait un moyen pour lui de prendre en compte sa propre souffrance et la complexité de la relation médecin-malade pour mieux soigner ces patients.

8.2. Entretien B

Homme exerçant dans un cabinet de groupe dans un quartier populaire, installé depuis 18 ans. Se forme par sa participation à un groupe de pairs, par des séminaires qu'il anime aussi parfois, et par la lecture de revues médicales. Il est aussi maître de stage. Ce médecin a accepté de nous recevoir après nous avoir dit qu'il était souvent sollicité et manquait de temps. Il nous a donné RDV à 7h30 à son cabinet, avant ses consultations. La rencontre a été détendue, sur un mode un peu didactique et général, sans accès possible à une parole sur un vécu plus personnel. Ainsi ce médecin n'a pu évoquer aucun cas clinique

8.2.1. Concernant la démarche diagnostique

Le Dr B. considérait qu'il lui arrivait de prescrire des examens complémentaires pour rassurer les patients et répondre à leur demande. Il expliquait aussi que le médecin participait ainsi à l'inflation de la demande puisqu'en fait, la normalité des examens complémentaires ne contribuerait pas à rassurer ces patients. Par contre, s'il évoquait la peur de passer à côté de quelque chose, comme précaution médico-légale, il ne se sentait pas concernée par elle. D'autre part, le Dr B. parlait aussi de ce qu'il imaginait comme demande de la part de ces patients. Comme ils avaient recours à un médecin, le Dr B. considérait d'emblée qu'ils recherchaient des solutions médicales, telles que lui se les représentait à cause de sa formation : examens complémentaires, avis, traitements médicamenteux. **Ainsi, ce qui déterminerait chez ce médecin la réalisation d'examens complémentaires ou la prescription des médicaments - davantage que la peur de passer à côté de quelque chose - c'est la représentation qu'il se faisait a priori de la nature de la demande de ses patients.**

8.2.2. Concernant l'annonce au patient

Le Dr B. insistait sur l'importance, pour lui, d'adapter sa communication à chaque patient et de choisir ses mots. Mais il rajoutait qu'il s'adaptait en fonction de qu'il imaginait des patients, c'est-à-dire sur ses propres représentations. Il considérait l'annonce d'une origine non somatique comme l'objectif à atteindre pour obtenir un changement, et tentait de démontrer que les choses pouvaient se passer ailleurs que ce que le patient mettait en avant. Or le Dr B se représentait que certains de ces patients refuseraient d'entendre, de comprendre, de réagir face à ses propositions. **Ainsi, la manière dont ce médecin se représentait ces patients et ce qui devait être fait, déterminerait la manière dont il leur parle. Ce lien entre les représentations du médecin et sa manière de parler aux patients conduirait ici encore à un malentendu dans la communication et la relation médecin-malade. En effet, le médecin imposerait ainsi sa façon de voir et il considérerait ensuite que les patients refuseraient d'entendre.**

8.2.3. Concernant l'approche thérapeutique

Le Dr B. se représentait les S.B.I. comme le résultat chez les patients d'une difficulté à vivre, à résoudre des problèmes dans leur vie et comme quelque chose qui se passe dans la tête. Il s'agissait aussi pour lui d'une pénurie de lien social : « il n'y a plus de curés » ! D'autre part, il considérait accompagner ses patients, les soutenir, les conseiller et aimer communiquer avec eux et les aider à vivre. Enfin, ce médecin insistait aussi sur l'importance de la dimension biopsychosociale et de la prise en charge globale comme caractéristique de son métier, et s'il parlait de la nécessité de ne pas séparer le corps et l'esprit il ne laissait pas entrevoir dans sa prise en charge *d'approche psycho-corporelle*. Nous retrouvons donc dans ce qu'il disait de sa prise en charge et de son ressenti face à son métier, un lien avec ces représentations. Il abordait aussi la question d'une réponse « décalée » à donner à ce problème qui vient « d'ailleurs », à travers le « coaching », comme outil pour aider les patients à trouver *eux-mêmes* des solutions qui leur soient adaptées. Il y aurait ici une contradiction dans ce que ce médecin dit de sa prise en charge, entre d'une part une approche qui trouverait des réponses à partir du patient, et d'autre part la place prépondérante que tiennent les représentations du médecin et la fonction sociale qu'il s'attribuerait. **Ainsi, la manière de se représenter son métier, son rôle et ce qu'il aimait dans son métier d'une part, et la manière de se représenter les S.B.I. d'autre part, détermineraient sa prise en charge.**

8.3. Entretien C

Femme installée depuis 3 ans en cabinet de groupe dans un quartier populaire. Elle appartient à un groupe de pairs et participe à des séminaires.

Au premier contact, elle a semblé tout de suite comprendre de quoi il s'agissait et a accepté volontiers d'être interviewée. A la demande que nous lui avons faite de penser à un dossier, elle a tout de suite pensé à quelqu'un et l'a noté. Nous avons été reçue dans un cabinet neuf, simple et dépouillé, entre midi et deux. La proximité de l'âge et le fait que nous connaissions ses associés ont permis d'emblée une confiance. Mais cela a aussi pu gêner l'entretien puisqu'elle cherchait à connaître notre point de vue et voulait davantage nous faire réagir. Si elle répondait volontiers elle a eu plus de difficulté à parler en « je »... Elle donnait l'impression d'avoir poussé la réflexion sur ce sujet.

8.3.1. Concernant la démarche diagnostique.

Plusieurs éléments apparaissaient à partir de la question des examens complémentaires. Le Dr C. évoquait le fait que les examens pouvaient être prescrits pour rassurer les médecins et éviter de « psychologiser ». D'autre part, nous notions que ce médecin ressentait justement un besoin important d'être rassurée, s'appuyant sur le fait que les patients revenaient « quand même », lui faisaient confiance « quand même », et qu'il lui semblait difficile de se satisfaire d'un diagnostic psychologique. Elle rappelait aussi le sentiment de remise en cause qu'elle éprouvait dans la prise en charge de ces patients et l'impression parfois d'être incompetente. Nous avons aussi noté que le Dr C. considérait que son rôle était d'éliminer quelque chose d'important. **Ainsi, chez ce médecin, le besoin de réassurance, l'impression qu'un diagnostic psychologique ne serait pas sérieux et la représentation de son rôle comme celui d'éliminer des diagnostics graves, détermineraient la réalisation d'examens complémentaires.** Elle insistait également sur la nécessité, pour elle, de garder et tenir sa place parce que le médecin devait rester seul juge. Elle évoquait le compromis nécessaire entre cadrer sans dire non d'emblée, entre accepter de faire un minimum d'examens (prise de sang et échographie) mais non pas trop. Elle signalait aussi que sa formation initiale l'avait habituée à ne pas prescrire inutilement des examens complémentaires. **Ainsi, le sentiment de remise en cause qui conduit à la nécessité de conserver une certaine autorité en posant un cadre, mais aussi sa formation initiale, détermineraient une limite à la prescription de ces examens.**

8.3.2. Concernant l'annonce au patient

Le Dr C rapportait qu'elle ne disait jamais directement aux patients que leur problème était « psychologique », en insistant même sur le fait qu'il ne faudrait pas leur dire cela. Elle suggérerait plutôt des explications liées au moral, à l'angoisse. Pourtant elle se représentait justement le problème des S.B.I. comme des problèmes psychologiques, en insistant sur le fait que ce ne serait pas péjoratif pour elle (même si, nous l'avons vu, elle aurait du mal à se satisfaire d'un tel diagnostic). Enfin, elle exprimait une certaine difficulté à leur parler, conduisant là encore à un sentiment d'impuissance face à ces patients. **Ainsi, nous notons une difficulté pour ce médecin à parler au patient de l'origine du problème tel qu'elle le concevait, du fait que le mot « psychologique » véhiculerait une image négative.**

8.3.3. Concernant l'approche thérapeutique.

Le Dr C. considérait les S.B.I. comme des plaintes multiples résultant d'une détresse morale, un mal-être, une angoisse et notamment une peur de la maladie. Quant à sa prise en charge, elle comporterait des attitudes psychothérapeutiques comme l'empathie, le renforcement positif, la réassurance du patient et une démarche interprétative. Elle considérait les traitements symptomatiques comme insuffisants et inadaptés et elle n'aurait pas de mal à proposer le recours à un psychologue ou un psychiatre. D'autre part, elle évoquait le fait de manquer de formation pour la prise en charge psychologique des patients. Mais elle rapportait aussi ce problème à une question d'hygiène de vie, essayant d'agir sur le sommeil et l'alimentation. **Ainsi, la manière dont ce médecin se représentait la question des S.B.I., déterminerait les modalités de sa prise en charge.**

8.3.4. Concernant les ressentis du médecin

Le Dr C. semblait légitimer la plainte de ces patients, en ajoutant : « et j'y crois vraiment », mais pourtant pour un cas précis elle remettait en cause la validité du symptôme présenté par une patiente. Nous mettons cette attitude en lien avec l'impuissance et la remise en cause, ressenties par ce médecin dans la prise en charge de ces patients. De la même façon, le nomadisme médical remet en cause le médecin. **Ainsi, l'impuissance et la remise en cause du médecin, détermineraient la remise en cause de la validité des symptômes du patient. Ceci pose la question de la confiance en soi face à la confiance dans la relation médecin-malade.** D'autre part, ce médecin évoquait le goût qu'elle portait à la prise en charge des patients qui ont des problèmes psychologiques ou sociaux et pour la prise en

charge globale des patients qui serait une particularité de son métier. Elle se représentait aussi le rôle du médecin généraliste comme indispensable pour ces patients-là. En effet, il aurait un rôle de premier recours et il n'y a aurait pas suffisamment de psychiatres. **Le tableau dressé par le Dr C., mis en lien avec le ressenti difficile face à cette prise en charge, met en évidence combien l'image qu'elle se faisait de son métier et le goût qu'elle y rapportait seraient mis à mal par cette prise en charge.**

8.4. Entretien D

Femme installée en cabinet de groupe depuis 13 ans dans un quartier populaire. Elle se forme par la participation aux « jeudis de l'Europe ». Au premier contact, nous avons eu l'impression qu'elle avait tout de suite compris le sujet. Elle avait aussi tout de suite accepté l'idée d'être interviewée. Et quand nous lui avons demandé de penser à un dossier, elle avait répondu qu'elle ne manquait pas de patients de ce type. Nous avons été reçue dans un cabinet assez petit, très rempli entre autres de dessins, peluches... Seule la table d'examen au fond de la pièce laissait comprendre que c'était un cabinet médical. Le dialogue s'est instauré rapidement. L'ambiance était chaleureuse.

8.4.1. Concernant la démarche diagnostique.

Le Dr D. considérait la réalisation d'examens complémentaires comme la recherche d'une confirmation pour le médecin, qu'il n'y avait rien. Elle disait également qu'il fallait tout faire, aller loin. Face à cela elle exprimait la peur de passer à côté de quelque chose, même si elle ne prenait pas toute la place chez ce médecin. De la même façon elle avait recours aux avis spécialisés pour être sûre de ne pas se tromper.

Ainsi, la peur de passer à côté de quelque chose déterminerait chez ce médecin la réalisation d'examens complémentaires ainsi que le recours à des avis spécialisés. Pourtant le recours au spécialiste était controversé, notamment concernant les chirurgiens qui ne voient pas d'autres solutions que la chirurgie. Le Dr D, considérait aussi le rôle du médecin généraliste comme celui de médecin « référent » dans le sens où il ne devrait pas être déconnectés du parcours des patients et participer aux prises de décisions, puisque c'est finalement vers lui que les patients reviennent ensuite. Ce médecin ressentait difficilement cette collaboration du fait d'un désaccord du point de vue du diagnostic et de la prise en charge. **Ainsi, le ressenti face aux spécialistes, le fait d'être mis à part des décisions, déterminerait une collaboration difficile et le ressenti d'échec dans la prise en charge.**

8.4.2. Concernant l'annonce au patient

Le Dr D exprimait une réticence aux diagnostics fourre-tout et aux étiquettes qui ne permettraient pas d'accéder à un traitement et amèneraient les patients autour d'un statut de malade. Elle préférait être en vérité, et honnête vis-à-vis de ses patients, et dédramatiser. Ainsi, la douleur ou le symptôme ne prendrait pas toute la place et serait géré par les patients. Elle les inviterait à parler, suggérerait parfois le recours au psychiatre et réattribuerait les symptômes au stress ou à de l'énerverment. Elle insistait aussi sur l'importance de ne pas culpabiliser les patients en leur attribuant l'échec du traitement. **Ainsi, le ressenti face à des cadres nosologiques inadaptés et inefficaces, déterminerait une manière de parler de leur problème aux patients.**

8.4.3. Concernant l'approche thérapeutique.

Le Dr D. se représentait les S.B.I. comme des symptômes offerts par le patient pour venir parler au médecin, en lien aussi avec une pénurie de lien social. Ainsi, dans sa prise en charge, elle rapportait l'importance de l'écoute : c'est le patient qui guérit tout seul, il s'agit d'écouter avant tout et prescrirait même parfois des « séjours à l'océan ». D'autre part, il s'agissait pour elle de l'expression d'un mal-être avec toujours une participation psychique et sa prise en charge consisterait en des attitudes psychothérapeutiques comme le renforcement positif et l'empathie, la réassurance, l'accompagnement, la psychothérapie de soutien et l'interprétation du symptôme. Elle n'hésitait pas non plus à envoyer chez un psychothérapeute. D'autre part, elle pratiquait l'hypnose Ericksonnienne, moyen qui permettrait au patient de s'exprimer sur sa douleur et de trouver en lui des solutions. **Ainsi, la représentation que ce médecin a des S.B.I., déterminerait les modalités de sa prise en charge.** Le Dr D. se représentait aussi la prise en charge globale comme faisant partie de son rôle de médecin généraliste. Nous avons déjà vu sa démarche biopsychosociale mais elle évoquait aussi un recours aux médecines douces, approchant ainsi la **dimension corporelle** du problème. Elle enverrait ses patients chez des kinésithérapeutes, des ostéopathes, pour des prises en charge en sophrologie, acupuncture et même chez des manipulateurs.

8.4.4. Concernant le ressenti du médecin

Ce médecin parlait aussi du goût qu'elle avait pour la valorisation de la dimension relationnelle de son métier, et pour l'efficacité et la visibilité des résultats, mais aussi la difficulté qu'elle éprouvait pour la charge de travail et l'exigence consumériste des patients. D'autre part, elle considérait justement que ces patients demanderaient des arrêts de travail,

qu'il fallait les revoir, qu'ils prenaient du temps et qu'ils la mettaient en échec. **Ainsi, la prise en charge de ces patients mettrait à mal l'image qu'elle se faisait de son métier et du goût qu'elle en avait.**

8.5. Entretien E

Homme installé depuis 14 ans dans un cabinet de groupe dans un quartier mixte. Il appartient à un groupe de pairs, participe à des séminaires de formation continue, lit des revues médicales et poursuit une formation à l'haptonomie. Il est aussi maître de stage. L'entretien a été très détendu et nous a laissé l'impression d'une vraie rencontre... Ce médecin parlait lentement et prenait le temps de répondre.

8.5.1. Concernant la démarche diagnostique

Pour le Dr E. la prescription d'examens complémentaires servirait à rassurer le médecin. Il disait éprouver de la difficulté à s'arrêter avant d'avoir tout fait, à se mettre des limites Il exprimait en effet de la peur à l'idée de passer à côté de quelque chose et la prudence nécessaire face à ce type de diagnostic. Il s'agirait donc d'un diagnostic d'élimination même s'il rapportait aussi sa démarche à l'intuition. La réalisation d'examens complémentaires était aussi perçue comme une réponse à la demande de réassurance des patients, mais pourtant éprouvée comme inadaptée. **Ainsi, la peur de passer à côté de quelque chose, l'incertitude face aux diagnostics psychologiques, conditionneraient la demande d'examens complémentaires.**

8.5.2. Concernant l'annonce au patient

Le Dr E. parlait de ces patients à partir de représentations dont il se défendait : « étiquetés psy », « totoches » qu'il considérait comme des caricatures bloquantes et enfermantes qu'il ne faudrait pas utiliser. De la même manière, il disait ne pas utiliser : « c'est dans la tête, c'est les nerfs ou c'est psychologique ». Pourtant, il se représentait justement ces S.B.I. comme étant d'origine psychologique, dans la tête... Il évoquait ainsi le fait qu'il pouvait parler ouvertement de ce diagnostic avec d'autres médecins mais pas avec le patient. **Ainsi, le Dr E. resituerait le problème dans un contexte plus large lié au stress, aux soucis. Il y aurait donc une difficulté dans la relation médecin-malade, et la communication entre eux du fait que le médecin considérait ne pas devoir dire au patient ce qu'il pensait du diagnostic.**

8.5.3. Concernant l'approche thérapeutique.

Le Dr E considérait que les S.B.I. pouvaient être d'origine psychologique et liés au vécu des personnes (mal-être, perte de vitalité). Ce médecin considérait la nécessité d'une prise en charge globale de ces patients dans un contexte biopsychosocial mais aussi dans sa dimension psycho-corporelle. Ainsi, il adopterait des attitudes psychothérapeutiques comme le renforcement positif, l'écoute active et la relation d'aide et de soutien. D'autre part, face aux limites et la frustration ressentie dans l'utilisation des traitements classiques, il aurait été conduit à pratiquer l'haptonomie pour certains de ces patients. Cette pratique ouvrirait à la parole à travers un contact avec le corps, elle apporterait dynamisme, sécurité face à l'anxiété, un mieux-être global et serait respectueux de la personne. **Ainsi, la manière dont ce médecin se représentait ces patients et les S.B.I., la frustration ressentie face aux traitements classiques tels qu'il les avait appris, détermineraient sa prise en charge et la recherche d'une pratique plus adaptée.**

8.5.4. Concernant le ressenti du médecin.

Le Dr E. parlait à la fois du fait que les patients présentant des S.B.I. étaient dénigrés, mais aussi que cette prise en charge était dénigrante, dévalorisante pour le médecin (vis-à-vis des étudiants qu'il reçoit et des spécialistes). D'autre part, il exprimait différents sentiments négatifs face à cette prise en charge : impuissance et mise en échec, épuisement, lourdeur, charge, et considérait ces patients comme pénibles et appréhendait de les revoir. Pourtant, le Dr E. considérait que c'était son rôle de médecin généraliste de prendre en charge ces patients. Il y aurait un enjeu pour lui de prendre en charge ces patients parce qu'il se représentait son rôle comme celui de médecin « repère » pour ces patients et pourrait notamment leur éviter une errance dans le système de soin. D'autre part, il exprimait son goût pour la dimension relationnelle, pour le décodage des demandes initiales. Or, ces patients mettent en difficulté la relation médecin-malade et ses représentations de son rôle. **Ainsi, la mise en difficulté des représentations que le médecin se fait de son rôle, de ce qui lui donnait du goût dans son métier, déterminerait son ressenti dans cette prise en charge. Et ce ressenti déterminerait lui-même la manière dont ce médecin se représente ces patients.**

8.6. Entretien F

Homme installé seul depuis 28 ans dans un quartier mixte. Se formant avec des EPU et la presse médicale quotidienne. Nous avons eu de la difficulté à trouver le cabinet et nous étions arrivés en retard. Comme ce médecin n'avait bloqué qu'une demi-heure entre deux, il a commencé par nous dire qu'il faudrait que ça tienne dans le temps qu'il nous restait ! Ainsi l'entretien n'a pas été fait dans des circonstances très confortables d'autant plus que le médecin ne développait pas ses réponses malgré des espaces de silence répétés.

8.6.1. Concernant la démarche diagnostique

Pour le Dr F. les examens complémentaires participeraient à la réassurance du médecin. Il n'exprimait pas directement de peur de passer à côté de quelque chose, mais laissait transparaître à plusieurs reprises qu'il faisait « tout ce qui était possible et imaginable ». Par contre, il admettait que ces examens ne contribuaient absolument pas à rassurer les patients même si cela pouvait être le but recherché initialement. **Ainsi, la recherche de réassurance du médecin et la tentative même infructueuse de rassurer le patient, détermineraient chez ce médecin la prescription d'examens complémentaires.** Quant aux avis spécialisés, ils seraient le fait des patients directement. Le Dr F. les trouvait délétères car les spécialistes rejetteraient ces patients contribuant ainsi au nomadisme médical.

8.6.2. Concernant l'annonce au patient et l'approche thérapeutique.

Le Dr F. insistait sur la perte du pouvoir du médecin, sur son image qui faiblissait. S'agissant de l'annonce au patient, nous notons surtout que le Dr F. chercherait à convaincre son patient, à lui faire admettre une origine psychologique, d'autant plus qu'il disait les connaître par cœur et être certain de leur confiance. Sur le plan de la prise en charge de ces patients, ce médecin cherchait à mettre en œuvre une réassurance « persuasive ». D'autre part, il exprimait un sentiment d'échec, d'impuissance et de lassitude dans cette prise en charge, mais aussi une insatisfaction face à ces patients qui le dérangent et « se plaignent à des confrères qu'on ne s'occupe pas correctement » d'eux. Or le Dr F. se représentait ces patients comme des mauvais observants, des « pleurnichards », qui n'entendraient pas ce qu'on leur dit. Notons également que ce médecin considérait comme inutile le recours au psychothérapeute face à ces symptômes qu'il considérait pourtant d'origine psychique. Il considérait par contre comme suffisant sa personnalité et son expérience.

Ainsi, une représentation paternaliste et autoritaire de son rôle, déterminerait chez ce médecin sa prise en charge et les représentations qu'il se faisait de ces patients.

8.7. Entretien G

Homme installé seul depuis 33 ans dans un quartier populaire. Se formait essentiellement par des soirées proposées par des laboratoires pharmaceutiques et la lecture de revues médicales. A mon arrivée, il avait réfléchi et travaillé le sujet sans avoir par contre pensé à un cas clinique. Il manifestait ainsi le souhait de ne pas être pris au dépourvu, mais aussi un besoin de pouvoir mettre les patients dans des catégories nosologiques.

8.7.1. Concernant la démarche diagnostique

La démarche diagnostique commençait pour le Dr G. par la légitimation de la plainte lors de son recueil. Ensuite, concernant les examens complémentaires, ce médecin les rapportait à la recherche d'explications et de réassurance pour le médecin. Il insistait beaucoup sur une véritable angoisse à l'idée de passer à côté d'un diagnostic, renforcée par la confiance que ses patients lui accorderaient. D'autre part, ce médecin avait pratiqué une année dans un service de psychiatrie et cette expérience avait renforcé en lui la conviction des limites de la psychiatrie. Quant aux avis spécialisés, le Dr G. disait ne pas hésiter à y recourir, les spécialistes partageaient ainsi une part de la responsabilité de la prise en charge de ces patients. **Ainsi, la peur de passer à côté de quelque chose et la perception des limites de la psychiatrie, détermineraient chez ce médecin la prescription d'examens complémentaires et la prudence nécessaire. Mais le ressenti d'une prise en charge pénible et lourde pour ce médecin déterminerait le recours au spécialiste pour en partager la responsabilité.** Le Dr G. considérait aussi que les patients revendiquaient des examens complémentaires mais que c'était de ne pas y répondre qui permettait de les rassurer davantage. Or ce médecin se représentait les S.B.I. comme une peur de la maladie. Pour lui, résister à la demande d'examens complémentaires serait ainsi thérapeutique.

Ainsi, sa représentation des S.B.I. et ce qu'il pense de l'effet de son refus de répondre à la peur des patients, déterminerait chez lui une limite à la prescription d'examens complémentaires.

8.7.2. Concernant l'annonce au patient

Le Dr G. expliquerait à ces patients que leurs problèmes auraient une influence sur le fonctionnement de leurs organes. Il réattribuerait aussi leurs symptômes au stress. Or ce médecin se représentait ces symptômes comme liés au stress ou à la solitude sur une personnalité psychiatrique. Il insistait aussi sur ce qu'il ne faudrait pas dire aux patients : qu'ils sont « totoches », que « c'est dans la tête », que c'est un « délire », une « conversion » alors même que c'est de cette manière qu'ils se représentait ces patients et ces symptômes. Il mettait en avant, pour justifier cela, la prudence du diagnostic, or il utilisait souvent des catégories nosologiques psychiatriques ou fonctionnelles pour parler de ces patients, de façon péjorative. **Ainsi, nous pouvons remarquer qu'il y aurait une impasse dans la communication entre le médecin et son patient, et que, de ce fait, la relation médecin-malade serait mise à mal. En effet, il y aurait une contradiction chez ce médecin entre ses représentations du problème et ce qu'il pensait pouvoir dire à son patient.**

8.7.3. Concernant l'approche thérapeutique

La prise en charge du Dr G. serait basée sur l'écoute d'une part, et la prescription médicamenteuse d'autre part (antidépresseur, benzodiazépines, Dogmatil^R). Ce médecin évoquait aussi la question du placebo en réponse à ces patients qu'il se représentait comme des simulateurs. **Ainsi, la représentation que ce médecin se fait de ces patients, de ces symptômes, déterminerait sa prise en charge.**

8.7.4. Concernant le ressenti du médecin

Le Dr G. considérait que c'était son rôle de prendre en charge ces patients. Pourtant, il admettait que leur prise en charge faisait partie des difficultés qu'il éprouvait dans son métier, que le suivi de ces patients, caractéristique de ce métier était pénible. Ce médecin éprouvait cette prise en charge comme lourde et difficile dans la durée. **Ainsi, ces patients étaient éprouvés comme difficiles, ce qui déterminerait aussi la manière dont ce médecin se représentait ces patients.**

8.8. Entretien H

Femme installée en association depuis 16 ans dans un quartier populaire. Elle a une activité mixte, libérale et à la CRAM. Elle se forme en participant à des séminaires et des EPU. Elle m'a reçue entre midi et deux après ses consultations. Elle était manifestement à l'aise et plutôt contente de parler de son travail, de ses patients. Elle a pris son temps pour répondre. L'ambiance était détendue.

8.8.1. Concernant la démarche diagnostique

Le Dr H. présentait une démarche diagnostique simple basée sur une écoute attentive de la plainte, (sans dramatiser et en se donnant du temps), un examen clinique, des examens complémentaires. Ces examens seraient prescrits pour se rassurer, sans s'y attarder non plus, et en se positionnant face aux demandes des patients. Elle se représentait d'ailleurs son métier comme une médecine de la durée dont la particularité serait justement de se donner du temps. Il s'agissait également pour elle d'un diagnostic où l'intuition participerait aussi. Elle évoquait davantage la nécessité d'une attention à conserver dans la durée vis-à-vis du diagnostic, liée à la représentation qu'elle avait de son rôle de ne faire aucune erreur, plutôt que de la peur d'une erreur. **Ainsi, pour ce médecin, la représentation qu'elle se fait de son rôle dans la durée, déterminerait chez elle la réalisation ou non d'examens complémentaires.**

8.8.2. Concernant l'annonce au patient

Le Dr H. disait parler à ces patients de manière claire et directe, en vérité, en se repositionnant et en réattribuant les symptômes à partir de ce qu'elle en pensait. Elle reconnaissait la plainte en affirmant l'absence de maladie. Or ce médecin se représentait l'origine des S.B.I. comme psychogène : quelque chose qui se passe dans la tête des patients, liée à une angoisse de la maladie, un aménagement autour d'un symptôme entraînant une chronicisation, ou encore une difficulté à verbaliser. Cette manière de se situer participerait pour elle au repositionnement nécessaire à la prise en charge. **Ainsi, la capacité de ce médecin à assumer ses représentations des S.B.I., déterminerait sa capacité à en parler clairement à ses patients.**

8.8.3. Concernant l'approche thérapeutique

Nous avons vu que le Dr H. considérait que l'origine des S.B.I. était psychologique. Elle se représentait aussi ces symptômes comme un mal-être concernant la globalité de la personne et un problème de d'hygiène de vie (sommeil et alimentation). Elle parlait aussi de ces patients comme des personnes qui ont du mérite face aux difficultés qu'ils rencontrent, des personnes qui ont aussi du mal à exprimer des choses. Or sa prise en charge reposerait sur des attitudes psychothérapeutiques comme le renforcement positif, l'empathie, une écoute active un repositionnement et la recherche de sens ou l'interprétation du symptôme. Il lui arrivait aussi de recourir aux psychothérapeutes. Par ailleurs, elle considérait la nécessité d'une prise en charge globale biopsychosociale avec une place importante pour la prévention et l'éducation à la santé mais aussi corporelle par l'utilisation du « toucher » et le recours à l'ostéopathie et la kinésithérapie. **Ainsi, les représentations de ce médecin face aux patients et aux S.B.I., détermineraient les modalités de sa prise en charge.**

8.8.4. Concernant les ressentis du médecin

Le Dr H. ressentait également parfois une certaine impuissance dans cette prise en charge, sans parler pour autant d'échec. Elle notait un besoin d'assurance et de résultats pour continuer. Cela semblait contribuer pour elle à une crainte face à l'arrivée de ces patients, à un sentiment de lourdeur et d'épuisement sur la durée. D'autre part, elle insistait aussi sur l'importance que pouvait avoir eu sa propre expérience de la maladie sur ses représentations des patients. Elle évoquait aussi que ce qu'elle est et ce qu'elle vit au moment des consultations contribuait à la manière dont elle prendrait en charge ces patients. Ce médecin parlait de façon particulière de « feeling », comme le fait d'aimer ces patients sans pour autant idéaliser. La dimension relationnelle était effectivement essentielle pour elle. D'autre part elle considérait que la prise en charge de ces patients appartiendrait effectivement aux médecins généralistes puisqu'ils reçoivent tout le monde et sont les mieux placés pour comprendre ceux qu'ils reçoivent du fait de la prise en charge globale et la pratique d'une médecine de famille. Elle évoquait aussi l'importance d'avoir fait un travail sur elle pour ne pas répondre uniquement à partir de sa propre expérience. **Ainsi, d'une part son ressenti face à la prise en charge déterminerait son ressenti vis-à-vis des patients. D'autre part, ce qu'elle est, ce qu'elle vit et la façon dont elle se représentait son rôle conditionnerait également son ressenti et sa prise en charge.**

8.9. Entretien I

Femme installée en cabinet de groupe depuis 21 ans dans un quartier résidentiel. Elle se forme par la participation à des EPU, des séminaires proposés par la faculté, par la lecture de revues médicales. Ce médecin m'a reçu en début de matinée avant ses consultations dans un climat de confiance.

8.9.1. Concernant la démarche diagnostique

Pour le Dr I. il s'agissait clairement d'un diagnostic d'élimination, pour lequel il faudrait tout éliminer. Or, elle parlait des S.B.I. comme le fait de ne pas trouver quoi que ce soit malgré tous les examens qui sont faits. Elle rapportait aussi sa peur de passer à côté de quelque chose et l'incertitude face à ce diagnostic. Ainsi, elle demanderait également des avis spécialisés pour se rassurer. Pourtant dans son discours, l'intuition tiendrait aussi une place dans la démarche diagnostique. **Ainsi, la peur de passer à côté d'un diagnostic déterminerait chez ce médecin la réalisation d'examens complémentaires et la demande d'avis spécialisés.**

8.9.2. Concernant l'annonce au patient

Le Dr I. parlerait systématiquement à ses patients d'une origine psychologique à leur problème dans un climat de franchise. En fait, elle rapportait cela au fait qu'en homéopathie l'approche de la dimension psychique serait systématique et donc reçue favorablement par les patients. Elle donnerait également des explications à ces patients en les conduisant à prendre en compte ce que leur dit leur corps. Elle se représentait d'ailleurs ces symptômes comme une difficulté à verbaliser. **Ainsi, la représentation que ce médecin a de ces symptômes et le fait d'intégrer systématiquement la dimension psychique à la prise en charge, détermineraient la possibilité pour ce médecin d'en parler à ces patients.**

8.9.3. Concernant l'approche thérapeutique

Le Dr I. insistait sur la prise en charge globale qu'elle rapportait encore une fois à la pratique de l'homéopathie où l'approche du mental est systématisée, mais aussi où les symptômes sont pris en compte. Sa prise en charge comporterait aussi des attitudes psychothérapeutiques : écoute active, réassurance et réattribution, interprétation des symptômes mais elle adresserait aussi à des psychothérapeutes. Notons qu'elle rapportait que ce ne serait pas pour ses granules que les patients viendraient. Or le Dr I. se représentait les S.B.I. comme quelque chose de « psy », liés à un mal-être, au stress, à des problèmes conjugaux, à

la chronicisation des symptômes ou à une difficulté à verbaliser. D'ailleurs en lien avec cette prise en charge, ce médecin nous signalait qu'elle entreprenait une psychanalyse. **Ainsi, la représentation de l'origine des S.B.I. déterminerait les modalités de la prise en charge et aussi pour une part la réalisation d'une formation.** Le Dr I. exprimait qu'elle ressentait parfois de l'impuissance dans cette prise en charge et une certaine usure dans la durée.

8.10. Entretien J.

Femme installée seule depuis 34 ans dans un quartier populaire. Sa formation, après avoir passé de nombreux diplômes universitaires ou capacités, se fait dans des soirées proposées par les laboratoires. Nous avons dû retourner trois fois chez ce médecin avant d'être reçue par elle. En effet elle nous convoquait chaque fois sur des plages horaires de consultations sans rendez-vous. La rencontre s'est passée sereinement, mais le médecin semblait pressé et il lui arrivait de faire d'autres choses en même temps qu'elle parlait.

8.10.1. Concernant la démarche diagnostique

Le Dr J. considérait qu'il fallait aller jusqu'au bout des examens complémentaires, jusqu'à trouver quelque chose. Le rôle de ces examens, comme celui des avis spécialisés était de la rassurer. Il s'agissait donc pour elle d'un diagnostic d'élimination même si elle laissait part à l'intuition, basée sur le ressenti du médecin et parfois des jugements de valeur. D'autre part, ce médecin insistait de façon prononcée sur la possibilité de passer à côté d'un diagnostic. **Ainsi, la peur de passer à côté de quelque chose et le besoin d'assurance de ce médecin, détermineraient chez elle la prescription d'examens complémentaires.**

8.10.2. Concernant l'annonce au patient.

Le Dr J. parlerait à ces patients soit progressivement en faisant entendre qu'elle ne croirait pas à leur maladie et en laissant l'idée faire son chemin, soit directement en réattribuant les symptômes à un lien avec l'« esprit ». Ce médecin considérait effectivement que les S.B.I. seraient induits par l'esprit, qu'il n'y aurait pas d'explication et enfin qu'il y aurait un aménagement autour du symptôme qui conduirait à une chronicisation. D'autre part, elle considérait qu'il ne fallait dire « psychique », « psychiatrique » alors que c'est ce vocabulaire et ces catégories nosologiques qu'elle employait sans arrêt pour parler de ces patients.

Ainsi, les représentations qu'elle se faisait du problème détermineraient sa manière d'en parler. Nous retrouvons aussi une difficulté dans la communication et la relation médecin-malade, du fait que la manière dont elle se représentait la question des S.B.I. et dont elle en parlait ne seraient pas audibles par les patients.

8.10.3. Concernant l'approche thérapeutique

Pour le Dr J., les S.B.I. étaient un problème psychiatrique, une souffrance, une offre au médecin pour pouvoir lui parler. Quant à sa prise en charge elle serait basée sur un soutien par la transmission d'une force et l'interprétation du symptôme. Elle utiliserait aussi parfois les thérapies cognitivo-comportementales auxquelles elle s'était formée pour répondre à un besoin. **Ainsi, les modalités de la prise en charge seraient déterminées par la représentation du problème et sa formation.**

8.10.4. Concernant le ressenti du médecin.

Le Dr J. considérait qu'il n'y avait pas de guérison pour ces patients, alors qu'elle parlait justement de son rôle comme celui de guérir. Elle exprimait ainsi une certaine impuissance dans la prise en charge, et l'humilité nécessaire. D'autre part, elle insistait sur son goût pour aider les autres, et se représentait son métier comme nécessitant du temps et de la patience, que solliciteraient beaucoup ces patients là. Elle a aussi appartenu à des groupes « Balint », dont elle disait l'importance pour vivre cette remise en cause et cette prise en charge. **Ainsi, la manière dont elle se représentait son rôle, déterminerait son ressenti dans la prise en charge.**

8.11. Entretien K

Homme installé seul depuis 24 ans en quartier populaire. Il se forme dans des EPU et en lisant des revues médicales. Nous avons été reçus dans un cabinet extrêmement sobre et rangé, dont le bureau, exception faite de l'ordinateur, était vide. Nous avons d'abord ressenti un certain inconfort du fait du ton ironique adopté par le médecin interviewé, donnant une incertitude quant à la validité de ses propos. Ce malaise s'est atténué au fil de l'interview.

8.11.1. Concernant la démarche diagnostique et l'annonce au patient.

Le Dr K. considérait comme essentiel de maintenir un climat de vérité avec ces patients en orientant directement son discours sur son impossibilité à donner un nom de maladie à leur problème, et en donnant une réponse sans dramatiser. Il opposait sa manière de faire à celle des spécialistes qui n'oseraient pas parler explicitement. **Ainsi, sa manière de se représenter la question des S.B.I. déterminerait la possibilité d'une parole possible à ces patients, davantage orientée vers la prise en charge que vers le diagnostic.**

8.11.2. Concernant l'approche thérapeutique

Le Dr K. parlait essentiellement de ce problème comme d'une souffrance à la fois corporelle et psychique. Or sa prise en charge serait basée sur des attitudes psychothérapeutiques comme l'empathie, le renforcement positif, l'écoute active et l'accompagnement de ces patients devaient apprendre à « vivre avec » ce qu'ils ressentent. Il enverrait aussi ses patients chez le psychiatre. D'autre part, il insistait sur le recours aux centres anti-douleur et aux médicaments antalgiques, mais considérait aussi que c'était une manière de faire taire ces patients et que c'était donc inadapté. Enfin il proposait parfois le recours à des magnétiseurs ou marabouts, insistant sur le fait qu'il fallait tout essayer. **Ainsi, on peut considérer que sa représentation du problème mais aussi de son rôle, conditionnerait sa prise en charge.**

8.11.3. Concernant le ressenti du médecin

D'autre part, il ressentait de l'impuissance dans cette prise en charge, qu'il semblait cependant assumer, refusant tout sentiment d'échec ou de culpabilité. Il insistait aussi sur sa manière de considérer son rôle dans sa dimension relationnelle, voire amicale, médecin dans la durée, repère et refuge pour ces patients victimes du nomadisme médical. **Ainsi, sa représentation de son rôle vis-à-vis de ces patients déterminerait son ressenti dans la prise en charge.**

8.12. Entretien L

Femme installée en cabinet de groupe depuis 24 ans dans un quartier populaire. Elle fait de la psychothérapie et est formatrice « Balint ». Elle se forme elle-même en participant à des séminaires Unaformec. Ce médecin avait libéré du temps pour me recevoir longuement.

8.12.1. Concernant la démarche diagnostique

Le Dr L. considérait la prescription d'examens complémentaires comme une réponse au besoin du médecin d'être sûr de lui. Par contre, elle ne décrivait pas, de peur de ne pas aller plus loin face à certaines plaintes. De plus, elle serait freinée dans la demande d'examens par le fait que les patients eux ne sont pas rassurés par leur normalité. D'autre part, elle évoquait le fait qu'elle ne savait pas si les patients n'allaient pas ailleurs pour obtenir ce qu'elle ne leur concédait pas. **Ainsi, c'est le besoin d'être sûre qui déterminerait une part de la prescription d'examens complémentaires, mais c'est l'expérience de l'absence de bénéfice pour le patient et l'absence de peur qui la freineraient.**

8.12.2. Concernant l'annonce au patient

Le Dr L. tenterait par des chemins détournés d'expliquer à ces patients ce qu'ils ont, en démedicalisant, dédramatisant et en cherchant plutôt un sens à leur symptôme. En effet elle considérait que ces patients veulent une explication à ce qu'ils ressentent. Or ces symptômes sont, pour elle, liés à une peur fixée sur la maladie, par une interprétation du patient de ce qu'il ressent, dans un contexte de mal-être ou de choses non résolues dans sa vie. **Ainsi, ce qu'elle se représentait de la demande du patient, et de ce que sont ces symptômes biomédicalement, influenceraient sa manière d'en parler**

8.12.3. Concernant l'approche thérapeutique

La prise en charge du Dr L. serait basée sur des attitudes psychothérapeutiques comme l'empathie, le renforcement positif, l'accompagnement et l'interprétation de symptômes. Elle considérait ce rôle et cette approche comme importants parce que le recours au psychothérapeute ne serait pas indiqué pour tous les patients. D'autre part, rappelons qu'elle se représentait l'origine de ce problème comme psychologique, mais aussi comme un besoin du patient de se plaindre. Sa pratique de l'homéopathie répondrait pour elle à un outil pour écouter les symptômes et les prendre en compte. **Ainsi, ses représentations des S.B.I., détermineraient les modalités de sa prise en charge.**

8.12.4. Concernant le ressenti du médecin.

Le Dr L. disait éprouver du goût dans la dimension relationnelle de son travail et dans la pose de diagnostic. Par contre, recevoir sans cesse les plaintes des patients et la charge de travail faisaient partie des difficultés de son métier. Elle disait aussi éprouver de l'énervement et une sensation d'impasse face à ces patients, et de la fatigue dans la prise en charge, qui prend du temps tout en laissant parfois le patient insatisfait. Elle considérait comme lourd de devoir donner des explications aux patients et ressentait une certaine impuissance. Elle insistait là sur l'importance de faire un travail sur soi ou une analyse des pratiques. D'autre part, elle parlait justement de ces patients comme des personnes qui se plaignent tout le temps, recherchent des explications, ne veulent pas se poser les bonnes questions, et qui démolissent tout ce qu'on leur propose. Elle considérait toutefois que c'était bien son rôle de prendre en charge ces patients qui savent qu'ils peuvent toujours revenir. **Nous retrouvons encore une fois le fait que ces patients viennent mettre en difficulté les représentations que le médecin a de son rôle et de ce qui lui donne du goût. Ainsi, le ressenti face à cette prise en charge, déterminerait ses représentations sur ces patients et l'orientation de sa formation.**

8.13. Entretien M

Homme installé seul depuis 5 ans dans un quartier populaire. Il dit ne pas se former mais reçoit les laboratoires. Nous avons été reçue dans un cabinet assez vétuste. Ce médecin a pratiqué auparavant au SAMU.

8.13.1. Concernant la démarche diagnostique

Le Dr M. considérait la réalisation d'un minimum d'examen complémentaires comme nécessaire pour être crédible auprès des patients, répondre à leur demande et les rassurer. En effet, il se représentait le problème des S.B.I. comme une angoisse face à la maladie et évoquait la nécessité ensuite d'avoir des arguments pour ces patients. D'autre part, le Dr M. parlait aussi de la peur de passer à côté de quelque chose, même s'il ne la mettait pas directement lui-même en lien avec la prescription d'examen complémentaires. Il s'agissait bien pour lui d'un diagnostic d'élimination même si l'intuition y prenait part. **Ainsi, la peur de passer à côté de quelque chose et sa représentation sur la demande des patients d'une part mais aussi sa représentation sur l'origine des S.B.I., détermineraient la prescription d'examen complémentaires.**

8.13.2. Concernant l'annonce au patient.

Ce médecin s'adapterait à ces patient, qu'il se représentait comme « rigolos ou casse-pieds », en utilisant soit un discours scientifique, soit en parlant davantage sur le mode humoristique. Il réattribuerait le symptôme au stress et expliquerait qu'il n'y a rien puisqu'on peut avoir mal sans explication. Il considérait aussi important de ne pas dire (et il rajoutait ne pas penser) qu'ils n'ont rien ou qu'ils simulent, alors qu'il parlait aussi de ces patients comme n'étant pas de vrais malades. Il y a encore une fois une contradiction entre la manière dont le médecin se représentait ces patients et la manière dont il pensait devoir leur parler. **Ainsi, sa représentation des patients et de ce problème influencerait sa manière de leur parler.**

8.13.3. Concernant l'approche thérapeutique

Le Dr M. aurait une prise en charge basée sur des attitudes psychothérapeutiques comme l'écoute active, la réassurance, l'accompagnement de ces patients qui doivent « vivre avec » leurs symptômes et l'interprétation des symptômes. Or il considérait justement que ces symptômes seraient liés à une vie difficile, un mal-être, une angoisse face à la maladie et une pénurie de lien social. Ce médecin utiliserait aussi volontiers les traitements symptomatiques pour répondre à la demande de ces patients, de manière un peu magique. En effet, il considérait que ces patients avaient une culture du médicament et avaient besoin qu'on leur en donne pour guérir. **Ainsi, sa représentation du problème et de ces patients, déterminerait les modalités de sa prise en charge.**

8.13.4. Concernant le ressenti du médecin

Le Dr M. évoquait un sentiment d'impuissance, de remise en cause voire d'échec dans la prise en charge de ces patients mais aussi de la lassitude, sans qu'on puisse mettre en évidence de liens avec ses représentations ou sa prise en charge.

D'autre part, il insistait sur la dimension globale de la prise en charge de ces patients touchant le corps et l'esprit qui seraient intriqués. Il s'agirait pour ce médecin d'une prise en charge plutôt biopsychosociale que *psycho-corporelle dont nous ne trouvons pas trace* dans ce qu'il disait.

8.14. Entretien N

Homme installé seul depuis 27 ans dans un quartier mixte. Il se forme avec des EPU, la participation à des séminaires et des formations liées à des pratiques non conventionnelles. Ce médecin m'avait donné un rendez-vous avec un délai assez long, dans un créneau horaire précis entre deux patients. L'ambiance était assez didactique.

8.14.1. Concernant la démarche diagnostique

Le Dr N. considérait qu'au niveau des examens complémentaires il fallait faire « juste ce qu'il faut ». Son diagnostic, même s'il parlait de prudence, serait basé sur l'intuition, le « flair ». Il présentait une certaine assurance dans son diagnostic basé aussi sur le recueil de la plainte et l'examen clinique. D'autre part, il n'aurait recours aux spécialistes que de façon exceptionnelle puisque uniquement pour des pathologies rarissimes. Il considérait d'ailleurs que le nomadisme des patients était le fait d'une mauvaise prise en charge par les spécialistes, qui ne sauraient pas plus ce qu'il en est vraiment et n'apporteraient pas d'aide à es patients. **Ainsi, l'assurance de ce médecin dans son diagnostic et dans l'aide qu'il pensait pouvoir apporter à ses patients limiterait, chez lui la prescription d'examens complémentaires et le recours aux avis spécialisés considérés comme délétères.**

8.14.2. Concernant l'annonce au patient

Ce médecin s'appuierait pour parler à ces patients sur l'absence de gravité et sur des explications qui soient cohérentes avec le patient. D'autre part, il considérait que les outils qu'il utilise ostéopathie, mésothérapie, homéopathie lui apportent des éléments d'explications mieux reçus par ces patients. **Ainsi, la possession d'explications disculpantes et cohérentes pour le patient, déterminerait la possibilité pour ce médecin de parler ouvertement avec ces patients.**

8.14.3. Concernant l'approche thérapeutique

Le Dr N. insistait sur la prise en charge globale de ces patients dans la dimension psycho-corporelle, et dans le fait de ne pas les découper en fonction des pathologies d'organes. Il revoyait ainsi à la nécessité d'une formation dans ce sens, qui apprendrait davantage à utiliser les mains. D'autre part il utiliserait peu de médicaments. Il s'appuierait également beaucoup sur l'écoute de ces patients, considérant que c'est son expérience professionnelle mais aussi sa propre expérience de la vie qui aiderait à les prendre en charge. **Ainsi, la représentation de son rôle déterminerait sa prise en charge et sa formation.**

8.14.4. Concernant le ressenti du médecin

Le Dr N. évoquait qu'il était parfois dérangé de voir venir ces patients dont la prise en charge prendrait du temps, provoquerait une saturation et resterait complexe. D'autre part, il parlait de ces patients d'après son ressenti, émettant aussi des jugements de valeur. **Ainsi, le ressenti désagréable face à la prise en charge déterminerait les représentations de ces patients.**

Nous avons pu, en mettant en lien les différents résultats de notre analyse thématique, dégager, pour chaque médecin généraliste interviewé, des déterminants de la prise en charge des patients qui présentent dans S.B.I. depuis la démarche diagnostique jusqu'au traitement. Nous discuterons de ces déterminants dans le chapitre suivant.

E. DISCUSSION.

1. A propos de ce travail

1.1. Une étude originale

1.1.1. Par le thème abordé

La question des « Symptômes Biomédicalement Inexpliqués » ou S.B.I., n'est pas étudiée au cours du cursus universitaire de médecine, y compris dans le troisième cycle de médecine générale. Pourtant, dès nos premiers pas en cabinet, nous sommes amenés à rencontrer de tels patients qui nous laissent parfois dépourvus. Cette question, qui n'est pas marginale dans la pratique, le reste dans les études médicales, la formation, mais aussi la recherche. Deux études françaises seulement existent^{2, 5} : une réalisée par l'Assurance Maladie et l'autre par des médecins généralistes enseignants lyonnais. La première étudiait des patients « réputés nomades », l'autre était une enquête d'opinion par questionnaires auprès de médecins généralistes enseignants de la région lyonnaise sur la question de la prise en charge globale de ces patients. Proposer une recherche sur ce thème est donc nouveau.

D'autre part, approcher les S.B.I. du côté des représentations des médecins généralistes et de leur ressenti et considérer ce qui influence la prise en charge de ce problème, est inédit. En effet, il existe dans la littérature médicale internationale un nombre important d'études sur les S.B.I., mais elles concernent davantage les concepts, le diagnostic et les modalités de prise en charge. Pour notre part, nous pensons que pour être améliorée, la prise en charge de ces patients demande que l'on aborde aussi ce qui, du côté des médecins la détermine, c'est-à-dire la conditionne et l'influence.

1.1.2. Par la population étudiée

Nous avons choisi d'étudier les premiers acteurs de la prise en charge des patients qui présentent des S.B.I., à savoir les médecins généralistes. Cette population est peu étudiée. En effet, nous n'avons retrouvé que quatre études concernant les médecins généralistes.²⁹⁻³² De plus, notre échantillon a été réalisé à partir de caractéristiques définies dans notre méthode (cf. chapitre C § 1.3.4.), mais avec la particularité de ne pas concerner seulement des médecins généralistes enseignants, connus pour participer plus facilement aux études.

Les médecins nous ont facilement reçue, plus ou moins longtemps certes, mais la diversité des médecins interrogés est une des forces de notre étude.

1.1.3. Par le type de travail réalisé

Nous avons choisi d'étudier de manière qualitative les représentations et le vécu des médecins généralistes dans la prise en charge des patients qui ont des S.B.I. Aujourd'hui la recherche qualitative se développe en médecine et notamment en soins primaires avec des critères de qualité et de validité davantage étudiés. Nous avons montré pourquoi l'utilisation d'entretiens semi-dirigés était indiquée dans ce type de recherche en nous appuyant sur des études récentes (cf. chapitre C). Cette approche reste aujourd'hui encore marginale, dans sa réalisation mais aussi dans la reconnaissance de sa validité. D'une part, concernant sa réalisation, une étude par entretiens semi dirigés demande un travail important depuis la réalisation des entretiens, en passant par la retranscription et par l'analyse d'un corpus souvent important. D'autre part, la validité des résultats obtenus par cette méthode demande encore beaucoup de justification et manque de reconnaissance dans une conception médicale où l'approche quantitative prédomine. Il y a donc un enjeu pour nous à nous appuyer sur cette méthode encore nouvelle mais adaptée au sujet que nous avons choisi.

1.1.4. Par la richesse des données recueillies

Les médecins interviewés ont été choisis pour répondre aux caractéristiques que nous avons déterminées au préalable pour la constitution de notre échantillon, mais également de manière aléatoire. Ainsi, nous avons eu accès à une diversité, inattendue, de situations, de vécu et de modalités de prises en charge. Le guide d'entretien nous a permis d'aborder plusieurs thèmes ayant trait à notre sujet. D'autre part, le fait d'avoir demandé aux médecins de partir d'un cas concret de leur pratique -ce que la plupart ont fait- nous a permis de recueillir 26 cas cliniques originaux.

1.1.5. Rigueur et qualité en recherche qualitative

Plusieurs critères de validité et de pertinence ont été décrits.^{24, 27}

- **Validité**

D'abord, l'utilisation de l'échantillonnage théorique minimise le biais possible de sélectionner un échantillon sur simple convenance

Ensuite, le problème dans la présentation des analyses qualitatives repose objectivement le volume de données utilisables et disponibles et la relativement grande difficulté rencontrée par le chercheur de résumer les données qualitatives. Il est important que la présentation de la recherche permette au lecteur le plus possible de distinguer les données et l'interprétation. Ainsi nous avons mis en évidence, dans la partie « Résultats », les citations issues du corpus : en italique et encadrées. Dans le paragraphe « Mise en perspective », nous avons mis en caractère gras le produit de notre interprétation. Nous avons ainsi minimisé les biais liés au chercheur dans la présentation des résultats.

Enfin, nous avons assuré la fiabilité de l'analyse par un rapport méticuleux des interviews et des observations, et une explication, dans le chapitre « Méthode » du processus d'analyse.

- **Pertinence**

Une recherche est pertinente si elle apporte des connaissances ou augmente le degré de confiance avec lequel cette connaissance est regardée. Une autre dimension importante de la pertinence est l'étendue à laquelle les résultats peuvent être généralisés, au-delà du contexte dans lequel ils ont été trouvés. Pour cela, il faut s'assurer que le compte-rendu de recherche est suffisamment détaillé pour que le lecteur soit capable de juger s'il peut ou non appliquer les résultats à des cas similaires.

Ainsi définie, notre recherche est pertinente. En effet, elle apporte des connaissances fondées, sur les représentations et le ressenti des médecins généralistes face aux S.B.I., qui font habituellement davantage l'objet d'un consensus ou résultent d'une expérience ou d'observations.³³ D'autre part, cette recherche trouve des résultats assez homogènes malgré la diversité des médecins et de leurs caractéristiques. Ces diverses caractéristiques, rapportées dans la présentation des résultats, peuvent permettre aux médecins généralistes qui liraient ce travail de reconnaître une proximité avec leur situation et leur expérience. Ils pourraient ainsi, sans parler de généralisation, bénéficier des propositions faites dans ce travail, pour des cas similaires.

1.2. Les limites et biais de notre étude

*« La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique ».*²²

1.2.1. Liés à la méthode de recueil des données.

- Les refus d'être interviewé

Ils ne sont pas sans conséquences sur les résultats de l'enquête, mais impossibles à contrôler et à interpréter.²²

- La constitution de l'échantillon

Deux médecins ont été choisis par convenance (A et B). Le choix par convenance est bien sûr un biais. Mais ces médecins ont fait preuve d'une certaine capacité d'élaboration d'un discours adapté aux consignes. Ils ont su à la fois généraliser et parler de leur propre expérience et ressenti.

- Biais liés à l'interviewé:³⁴

Nous pouvons identifier certains biais qui diminuent la qualité de l'information recueillie. Il s'agit :

- ✘ De la capacité ou non d'extraversion du médecin interrogé (associations d'idées, capacité de pensées, etc.). Pour certains des médecins interrogés, le manque de temps et de disponibilité a pu limiter la production d'un discours plus personnel. Notons ici aussi l'incapacité pour certains des médecins interrogés de laisser venir à leur mémoire un cas clinique lié à notre sujet, comme cela leur était demandé.
- ✘ De la capacité à rester dans le sujet de la recherche (hors sujets). Ce biais a pu être limité par le caractère semi-dirigé de la méthode. Pourtant le fait d'interroger les médecins sur les plaisirs et difficultés de leur métier, a induit chez certains des médecins des développements très à distance de notre sujet. Nous avons alors écarté de notre analyse ces passages.
- ✘ De la participation psychologique ou non des propos. Ainsi, certains des médecins interrogés ont eu du mal à parler de leur propre expérience, de leur propre ressenti. Ils en sont restés davantage à des généralités, ce qui a pu être une limite étant donné notre sujet.

- ✘ Des mécanismes de défenses que l'interrogé déploie (fuite, rationalisation, projection, introjection, identification, refoulement, renversement, oubli, etc.). Ce biais est plus difficile à identifier mais est sans aucun doute présent dans nos entretiens.

- Biais liés à l'interviewer³⁴

Le fait que le chercheur soit du même milieu social que l'enquêté est plutôt un argument en faveur d'une meilleure validité puisqu'il permettrait de lever les barrières et les mécanismes de défense de l'enquêté. De plus, il se sentira et sera peut-être mieux compris. Cependant, le médecin interrogé pourrait se sentir jugé par son pair. Des résultats contradictoires apparaissent dans des études sur les interviews de médecins généralistes par des médecins généralistes. Ces interviews apparaissent soit plus restrictifs et sélectifs, ou au contraire, portaient plus de fruits. Dans ce cas, les interviewés éprouveraient davantage de sympathie envers un interviewer médicalement qualifié et se montreraient aussi plus coopératifs et répondants. Dans cette étude où l'interviewer était un étudiant en dernière année, par exemple, les médecins généralistes interrogés adoptaient un rôle soit de collègue, soit de tuteur, et répondaient en détail aux questions qui pouvaient être ressenties comme évaluant leur pratique. Ainsi, nous avons pu éviter l'expression de jugements et nous avons plutôt insisté sur notre statut d'étudiant. Il nous est arrivé effectivement d'éprouver que le médecin nous parlait avec une attitude didactique comme un maître à son élève, d'autres au contraire recherchaient une certaine connivence ou sympathie.

Le chercheur et le médecin interrogés sont attachés par un puissant arrière-fond d'expériences communes et d'attributions liées à leur identité professionnelle. Il est certain que l'identité que les interviewés attribuent à l'intervieweur joue un rôle important dans l'élaboration des informations collectées.³⁵ Nous avons effectivement noté plusieurs fois l'impression donnée par le médecin d'une compréhension partagée avec nous. Or cette idée est problématique pour les recherches qualitatives, puisque justement ces méthodes sont sensées interroger les compréhensions considérées comme allant de soi.

Les perspectives théoriques du chercheur, ses intérêts influencent l'ensemble du processus de recherche. Les préjugés n'impliquent pas forcément des biais, aussi longtemps que les chercheurs les clarifient pour eux-mêmes et pour les lecteurs.³⁵ Le risque était de diriger le dialogue et l'interprétation à partir de nos propres opinions et sentiments. Notre opinion et nos hypothèses ont pu effectivement être dévoilées par la formulation de certaines de nos questions, mais de moins en moins au fur et à mesure que nous prenions de l'aisance dans la réalisation de l'interview.

• Biais liés aux stratégies d'écoute et d'intervention.²²

Le processus d'interaction et d'influence lié aux stratégies d'écoute et d'intervention est au cœur de la problématique des effets de biais dans l'entretien.

Selon l'échelle d'analyse de la technique d'entretien de White, nous pouvons identifier des stratégies d'intervention des moins directives au plus directives :

- ✘ Marquer des encouragements
- ✘ Renvoyer à des remarques faites par l'interviewé :
 - Enquêter sur la dernière remarque de l'interviewé
 - Enquêter sur une idée précédant la dernière remarque :
 - Enquêter sur une idée exprimée plus tôt dans l'interview :
- ✘ Introduire un nouveau thème

Nous pouvons retrouver chacune de ces stratégies dans nos différents entretiens. Nous avons ainsi alterné des phases plus directives pour que tous les thèmes de notre guide d'entretien soient abordés et des phases non directives pour faciliter l'expression libre de la personne interrogée et soutenir son discours.

Certains pièges n'ont pas pu être évités. Le plus souvent il s'agissait d'interruptions extérieures par des appels téléphoniques ou le fait de recevoir un représentant de laboratoire. Sinon, une seule fois, nous avons clairement noté des distractions chez un médecin qui faisait un courrier ou une ordonnance pendant le début de l'entretien. Nous avons par contre évité de donner notre propre avis sur le sujet, exercice délicat lorsque le médecin nous interrogeait.

1.2.2. Liées à la méthode d'analyse

La triangulation permet d'augmenter la validité des résultats.²⁴ Il s'agit d'utiliser des méthodes différentes et indépendantes pour le recueil de données pour un même sujet. Nous n'avons pas pu en bénéficier pour notre étude. L'analyse n'a été réalisée que par une seule personne et avec pour seule méthode l'analyse thématique. Concernant la partie descriptive de cette étude, cela ne semble pas avoir interféré. Par contre, dans la partie qui résulte d'une démarche de mise en perspective des résultats, les propres représentations et les hypothèses préalables ont pu davantage induire un biais d'interprétation.

2. A propos de nos résultats.

Nous pouvons considérer, à partir de ce que les médecins généralistes que nous avons interrogés nous ont rapporté, que plusieurs axes de la prise en charge, proposés aujourd'hui, semblent intégrés, dans leur diversité même, au sein de leur pratique. Nous nous appuyons ici sur les propositions faites par le Dr P. Cathebras, dans un ouvrage très complet paru en Mai 2006.²⁰ (Cf. Annexe 3). Les médecins généralistes interrogés s'appuient en effet sur des attitudes psychothérapeutiques comme l'empathie, le renforcement positif refusant de contester la réalité des symptômes ; ils s'intéressent à leurs patients avec une approche biopsychosociale, cherchent le soulagement des symptômes et leur gestion au quotidien plutôt que la guérison, proposent des suivis réguliers...

Pourtant tout cela ne semble pas suffire à une relation de soin satisfaisante. Il s'agit donc pour nous de discuter du ressenti, du vécu des médecins généralistes et de leurs représentations. Ces facteurs déterminent effectivement la prise en charge des patients avec des S.B.I., depuis le diagnostic jusqu'au traitement.

2.1. Le diagnostic

Le diagnostic de « S.B.I. » est un diagnostic incertain et prudent. En effet, c'est à la fois un diagnostic d'élimination, mais aussi un diagnostic basé sur l'intuition.

L'intuition est, telle que le Petit Larousse la définit « *une perception immédiate de la vérité sans l'aide du raisonnement, ou la faculté de deviner ou de prévoir* ». Cette perception, rapportée par les médecins généralistes, se fonde sur leur ressenti face à ces patients, sur la manière dont ils se les représentent et sur leur histoire clinique. Le diagnostic s'appuie ainsi sur une impression générale qui peut faire intervenir des jugements de valeur. Cette représentation de la démarche diagnostique favorise l'importance de l'expérience de la pratique au détriment de la formation. Cette démarche intuitive participe à ce vécu incertain et donc inconfortable.

La réalisation d'examen complémentaires comme la demande d'avis spécialisés est en grande partie déterminée par la peur de passer à côté d'un diagnostic et donc par la recherche de réassurance de la part du médecin. Cette peur contribue à conserver aux S.B.I. un statut de diagnostic d'élimination. Nous nous retrouvons ici face à une impasse : chercher jusqu'à ce qu'on ne trouve « rien » ! De plus, le médecin se représente parfois d'emblée la demande de son patient comme une recherche de réponses « médicales », c'est-à-dire

justement sous le mode d'investigations paracliniques ou d'avis spécialisés. Ou bien il considère son rôle comme celui d'éliminer des choses graves. Dans ces deux cas, sa démarche diagnostique s'orientera davantage vers la réalisation de ces examens ou vers la demande d'autres avis. Le décalage entre les attentes des patients et la perception de ces attentes par le médecin est donc à l'origine de difficultés, comme le suggéraient aussi les auteurs d'un article paru dans la Revue du Praticien en 2004.² Enfin, l'inconfort lié à l'incertitude du diagnostic détermine aussi le recours au spécialiste pour partager le poids de la responsabilité du diagnostic et des décisions. Nous retrouvons ici ce que M. Balint appelait la « collusion de l'anonymat ».¹¹ Le médecin se décharge sur l'expert et il n'y a plus de véritables responsables des décisions concernant le patient.

Pourtant, plusieurs facteurs limitent la prescription ou le recours aux spécialistes. D'abord, les médecins les plus récemment installés ont davantage été formés à limiter leurs prescriptions. Ensuite, les médecins font l'expérience que prescrire des investigations pour leurs patients, même à leur demande, ne contribue pas à les rassurer, au contraire. Les médecins davantage assurés dans leur diagnostic ne ressentent pas autant la nécessité de prescrire des examens complémentaires. D'autre part, certains médecins ressentent le besoin d'asseoir leur autorité en cadrant la prescription de ces examens. Quant au recours aux spécialistes, il est limité par une collaboration vécue comme insatisfaisante pour plusieurs raisons : les médecins généralistes ne sont d'accord, ni avec une manière d'étiqueter les patients de diagnostics insatisfaisants comme la fibromyalgie, ni avec les traitements proposés notamment par les chirurgiens ; ils ne se sentent souvent pas aidés par leurs confrères dans cette situation; et ils ont le sentiment que leurs confrères rejettent ces patients qu'ils se font passer d'un collègue à l'autre, alors qu'eux-mêmes sont tenus à l'écart des décisions concernant leurs patients.

Enfin, le ressenti des médecins vis-à-vis des diagnostics « psychologiques », et la manière dont ils se les représentent tiennent une place importante dans la démarche diagnostique. En effet, comme M. Balint, nous retrouvons dans nos résultats qu'évoquer la possibilité d'un diagnostic psychologique n'est pas « respectable » aux yeux du médecin et que l'incertitude de ce diagnostic est inconfortable.¹¹ Aux yeux de leurs pairs, comme des patients, il n'est pas sérieux de s'en tenir là. D'autre part, certains médecins ont aussi éprouvé les limites d'une approche psychiatrique, où la possibilité de l'existence de maladies somatiques est parfois occultée.

Cette « hiérarchisation » des diagnostics, qui fait préférer un diagnostic somatique,¹¹ et l'absence de formation suffisante en psychologie médicale conduit les médecins à ne pas se satisfaire d'un tel diagnostic, et les oriente vers une démarche diagnostique biomédicale, plus conventionnelle, mais inadaptée pour ces patients.

2.2. La communication et de la relation médecin-malade

Deux représentations s'opposent chez les médecins généralistes. D'un côté, ils se représentent les S.B.I. et leur origine comme un problème psychologique et, pour une moindre part, social. Ainsi, il leur est difficile de donner du sens au symptôme et de communiquer sans le recours à une explication psychologique⁷. D'un autre côté, ils considèrent qu'il ne faut justement pas utiliser avec leurs patients les explications et les mots mêmes qu'ils emploient pourtant spontanément. En effet, les médecins se représentent, à juste titre, que les patients ont une image péjorative des diagnostics psychologiques. Des études anglaises le montrent effectivement, les patients sont réticents face à des diagnostics qui « sonnent comme psychologiques » parce qu'ils se sentent alors considérés comme simulateurs ou fous.^{7,36} Les médecins évitent d'aborder avec leurs patients la possibilité d'une origine psychologique à leurs symptômes, alors que c'est l'explication prédominante qu'ils en ont. Le médecin doit donc vivre cette contradiction en lui, entre ce qu'il pense et ce qu'il pense pouvoir dire... Il a l'intime conviction que le ou les symptômes sont de nature psychologique, mais ne peut partager cette conviction.³³ Il y a pour ainsi dire une impasse pour le médecin dans la communication avec ces patients, et ce malentendu déstabilise la relation médecin-malade pourtant au cœur de la prise en charge.³³

Et si les médecins parlent de cette attribution psychologique à leurs patients, ils hésitent à le faire d'emblée. Pourtant, un auteur canadien insiste pour dire, à propos de la communication avec ces patients, qu'il semble stratégique d'informer le patient dès la première rencontre qu'une des hypothèses est la possibilité que des facteurs psychologiques jouent un rôle dans l'explication des symptômes qu'il présente.³⁸ Enfin, on peut dire qu'il manque aujourd'hui aux médecins, sans parler de diagnostic, des explications « positives » à fournir à leur patient, plutôt que de leur opposer seulement des explications en « négatif » : ce n'est pas ceci ou cela ou ce n'est rien.³²

Un autre aspect peut encore expliquer cette incommunicabilité. D'une part, les médecins considèrent que ces patients ne veulent ou ne peuvent pas entendre leurs explications. Mais d'autre part, ces mêmes médecins cherchent à conduire les patients à

attribuer leurs symptômes à une origine non somatique, (ce que certains auteurs appellent « réattribution des symptômes »), mais à partir de leurs propres représentations et non celles des patients. Nous rejoignons ainsi ce que M. Balint disait de « la fonction apostolique » du médecin : « *chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. Cela influence pratiquement chaque détail du travail du médecin avec ses patients. Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer, de ce qu'ils doivent pouvoir supporter* ». ¹¹ Dans un livre sur la communication professionnelle en santé, la démarche proposée pour les patients qui présentent des S.B.I. s'appuie justement sur l'exploration des perspectives du patient, sur ses propres schémas explicatifs. En utilisant des questions ouvertes, le médecin favorise l'ouverture du patient à d'autres interprétations ou explications possibles de son problème. ³⁸ C'est aussi la piste proposée dans un article anglais ³⁹ : des explications fondées sur les préoccupations du patient et reliées à des facteurs physiques et psychologiques sont mieux acceptées et s'avèrent plus efficaces dans la normalisation des symptômes. L'auteur suggérait au final de proposer un programme de formation aux médecins généralistes pour qu'ils s'entraînent à développer des interventions explorant les représentations et les explications du patient.

Enfin, quand le médecin assume positivement ses représentations du problème et l'origine psychologique, ou bien quand la dimension psychique est systématiquement explorée et intégrée à la prise en charge de chaque patient, la relation médecin-malade est vécue de manière plus simple et plus heureuse.

2.3. Le traitement

L'approche thérapeutique par les médecins généralistes des patients qui présentent des S.B.I. est avant tout d'ordre psychologique, mais aussi éducationnelle et sociale. Une étude suédoise parue en 2004 retrouvait également ces différentes dimensions dans l'approche des médecins généralistes. ⁴⁰ Leurs interventions psychothérapeutiques consistent en une psychothérapie de soutien basée sur l'empathie, le renforcement positif par la légitimation de la plainte et l'écoute active. Elles intègrent donc à la fois une approche psychodynamique et comportementale... Elles sont déterminées par la manière dont ces médecins se représentent ces symptômes et leur origine, qui elle aussi intègre psychogénicité, approche globale et modèle cognitivo-comportemental. Paradoxalement, les médecins généralistes considèrent ne pas être formés pour la prise en charge psychothérapeutique, ou à la psychologie médicale. La manière dont ils se représentent leur rôle (aider, conseiller...) notamment pour ces patients,

caractérise aussi leur prise en charge. Leur prise en charge est alors basée sur la relation et le bon sens, qui reposent sur leur expérience, professionnelle mais aussi personnelle. Nous retrouvons ici encore ce que M. Balint a mis en évidence : « *lorsque les valeurs psychologiques ne sont pas ouvertement reconnues dans la formation médicale, le médecin s'appuie sur son bon sens.* »¹¹

Par ailleurs, le vécu des médecins, c'est-à-dire leur histoire personnelle, leur expérience de la maladie, leur capacité à vivre en dehors de leur travail, etc., mais aussi ce qu'ils éprouvent au moment de la prise en charge (comme leur état de fatigue, leur disponibilité etc.), déterminent leur prise en charge. « *L'attitude personnelle consciente ou inconsciente du médecin envers la vie est un facteur important* », comme le note encore M. Balint.¹¹

Enfin, les médecins se sentent frustrés par l'utilisation des traitements « classiques » (traitements symptomatiques, psychotropes...), les seuls à leur avoir été enseignés, qui leur semblent inefficaces. Ils recherchent alors pour leurs patients une réponse « décalée » mais plus adaptée, par une thérapeutique moins conventionnelle.

Notons aussi l'insistance de certains médecins sur l'importance de ne pas séparer le « corps » et l'« esprit ». Pour les médecins rencontrés, l'approche globale est essentiellement biopsychosociale. Ils adhèrent à cette approche comme caractéristique de leur métier, comme le montrait aussi l'étude française parue en 2005 sur l'intérêt de l'approche globale pour la prise en charge des S.B.I.² Néanmoins, nous avons remarqué que les médecins parlent peu d'une prise en charge globale qui comprendrait une approche corporelle. Ceux qui en ont parlé utilisaient des techniques comme l'haptonomie et l'ostéopathie.

2.4. « Des patients dénigrés, une prise en charge dénigrante. »

Le sentiment d'impuissance, le vécu désagréable et difficile de la prise en charge des patients qui présentent des S.B.I. engendrent une manière péjorative de parler et de se représenter les patients. Les médecins plus jeunes, qui ont donc moins éprouvé la durée, et ceux qui expriment moins de sentiment d'échec ou de ressenti difficile, parlent de leurs patients en bon termes et n'utilisent pas de catégories nosologiques véhiculant une image négative.

Il arrive que les médecins remettent en cause la validité des symptômes présentés par le patient. La confiance entre le médecin et son patient est alors altérée. Ceci se produit parce que les médecins généralistes se sentent eux-mêmes remis en cause dans cette prise en charge,

par les difficultés diagnostiques et thérapeutiques qu'ils rencontrent. Ceci se produit également parce qu'ils sont confrontés au contexte difficile des arrêts de travail.³³⁻³⁷ Une étude danoise de 2004 a montré que les médecins généralistes se sentaient plus en confiance et moins frustrés après avoir bénéficié d'un programme de formation orienté sur le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la somatisation selon le modèle de réattribution.⁴¹

Notons ici aussi qu'il y a une manière consensuelle de parler, entre médecins, de ces patients qui admettrait certains écarts de langage ou même des jugements de valeur. Cette manière de parler serait par contre, pour eux, impensable et mal venue avec les patients eux-mêmes. Cela signifie bien qu'elle n'est pas juste, et pose une question éthique : quel respect avons-nous de nos patients si nous nous permettons d'en parler ainsi, même entre nous ? Elle pose aussi la question du pouvoir. Face au sentiment d'impuissance ressenti par les médecins généralistes dans cette prise en charge, parler des patients de manière « supérieure », resitue le médecin dans une position de pouvoir et de maîtrise. Si le patient est étiqueté comme pénible, le médecin se sent moins responsable de lui, et n'est plus obligé de se confronter à ses émotions négatives. C'est également le résultat d'une étude anglaise²⁹ parue en 1995 sur les médecins face à ces patients. Elle montrait que pour les médecins, reprocher aux patients de ne pas jouer le jeu de la relation médecin-malade serait, pour eux, une stratégie pour diminuer leur stress et leur sentiment de culpabilité.

En dernier lieu, nous avons déjà vu que, le plus souvent, la prise en charge de ces patients est marquée par des difficultés diagnostiques et thérapeutiques, et met à mal la communication avec le patient et la relation de soin. Suivre ces patients dans la durée est aussi épuisant et semble sans résultat. Or le médecin investit précisément ces aspects là de son métier comme appartenant en propre à son rôle, et comme lui donnant goût et plaisir dans sa pratique. Cette prise en charge défait donc l'image, l'assurance et le goût des médecins généralistes. Elle remet en cause cette « fonction apostolique » du médecin c'est-à-dire, comme le disait M. Balint, « *le besoin irrésistible du médecin de prouver au patient, au monde entier et par-dessus tout à lui-même qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace.* »¹¹ C'est cela qui détermine le ressenti difficile, et de ce fait, un ressentiment dans la manière dont ils se représentent ces patients. Une étude qualitative anglaise publiée en 2002,³² réalisé à partir de 15 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes concluait également sur le vécu de la perte de pouvoir des médecins, comme élément déterminant de la prise en charge.

3. Propositions et pistes d'approfondissement

Nous venons de le voir, le ressenti et le vécu des médecins généralistes déterminent leurs représentations et donc leur prise en charge des patients qui présentent des S.B.I. Nous allons donc faire des propositions qui puissent modifier ce ressenti et ces représentations, en vue d'améliorer la prise en charge de ces patients.

- **Aborder la question des S.B.I. dans le troisième cycle des études médicales** au même titre et avec le même intérêt que des questions somatiques.
- **Entraîner les médecins à explorer, au cours de leur examen clinique, de manière systématique, le champ psychosocial pour tout patient**, de la même façon que nous pesons les patients, prenons leur tension etc., ceci pour contribuer à rendre moins suspecte cette approche.³⁸ *« Tout examen physique ou psychologique peut être embarrassant ou non. La différence dépend de l'approche du médecin. S'il est convaincu que l'examen est nécessaire et s'il a une attitude compréhensive mais objectivement professionnelle, toute gêne sera diminuée et rendue tolérable. Les patients ne sont pas préparés à avoir un examen psychologique. »*¹¹
- **Développer l'assurance des médecins généralistes et un ressenti valorisant face aux diagnostics psychologiques par une formation psychothérapique adaptée et sérieuse pour tout médecin généraliste.** Ne pas laisser cela au bon vouloir ou au goût de chacun mais le considérer comme aussi nécessaire que d'apprendre à faire un diagnostic somatique. Cela pourrait permettre de rendre des interventions psychologiques disponibles et acceptables en les délivrant dans le contexte de la consultation de médecine générale.¹⁹ Une formation semble indispensable pour que le médecin généraliste, en première ligne, réunisse des compétences qui permettent de prendre en charge la personne dans sa globalité. M. Balint l'avait déjà suggéré dès les années 60 : conseil, réconfort, bon sens et intuition ne peuvent suffire, le médecin doit *« apprendre à écouter et écouter en lui-même parallèlement. »*¹¹
- **Considérer que le ressenti des médecins généralistes dans la relation à leurs patients a des conséquences sur leur manière de les prendre en charge.** Travailler sur ce ressenti, dépasser la remise en cause par ces patients de l'image qu'ils se font de leur rôle, dépasser leur sentiment d'impuissance face à eux, est un enjeu pour améliorer la prise en charge de ces patients. Il s'agit d'apprendre à maîtriser les attitudes contre-transférentielles souvent teintées d'hostilité.¹⁴ Ainsi, nous pensons qu'il serait profitable d'introduire, dès que

possible dans le cursus hospitalo-universitaire, une pratique de type « groupe Balint » ou supervision de la pratique ; et ce non pas de manière anecdotique et ponctuelle, mais comme un lieu de formation à part entière. De la même façon, il semble opportun de s'entraîner à la communication et à la relation médecin-malade.¹⁸

- **Etudier l'approche corporelle des patients, par les médecins généralistes**, et ce que cette approche leur apporte. Proposer, dans la formation médicale, l'apprentissage de techniques qui accordent davantage de place au corps. Une prise en compte du vécu corporel à travers un toucher autre que celui de l'examen clinique, qui a une visée diagnostique, permettrait peut-être de réconcilier le corps et l'esprit.
- **Mettre en place des groupes de travail pluridisciplinaires** (spécialistes somaticiens, psychiatres, médecins généralistes) autour de la question des S.B.I. pour faire émerger des champs d'investigations communs, concernant pour une part la terminologie, mais surtout des théories explicatives et des traitements recevables par les patients. Trouver ensemble quelque chose de « positif » à dire au patient face au « rien », lui fournir des explications « tangibles et disculpantes ».⁴²
- **Etudier la prévalence des erreurs liées au diagnostic de S.B.I.** Etudier ce sur quoi repose la peur de se tromper de diagnostic pour ces patients-là et intervenir ainsi sur cet aspect déterminant.

Ces propositions sont nées des résultats de notre étude sur les médecins généralistes face aux patients qui présentent des S.B.I. Certaines rejoignent des pistes déjà formulées auparavant et les renforcent. Mais ces patients et cette prise en charge sont aussi comme « les révélateurs » des difficultés que les médecins généralistes éprouvent, et dévoilent nos manières de nous situer. Nous pensons donc que ces propositions intéressent notre prise en charge de chaque patient, bien au-delà de la question des S.B.I.

F. CONCLUSION.

Des patients se présentent avec des plaintes qui ne correspondent à aucune maladie répertoriée. C'est un problème de santé publique : en effet, cette situation, très fréquente en soins primaires, génère des coûts importants. Les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge de ces patients. Il est donc nécessaire aujourd'hui de s'arrêter davantage sur ce problème et de prendre des mesures pour améliorer cette prise en charge par les médecins généralistes.

Nous avons mené une étude descriptive à partir de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes lyonnais. Elle a permis de décrire les représentations que les médecins généralistes se font de ces patients qui présentent des « Symptômes Biomédicalement Inexpliqués » (S.B.I.). Elle a également montré comment ils se représentent cette question et leur attitude face à la prise en charge de ces patients.

A partir de cet état des lieux, nous avons laissé émerger ce qui détermine chez les médecins généralistes la prise en charge des patients qui présentent des S.B.I. :

- La prise en charge des patients qui présentent des S.B.I. met à mal l'image que les médecins se font de leur métier, de leur rôle, leur pouvoir, le goût qu'ils éprouvent dans leur pratique. Ce sentiment négatif détermine pour une part la représentation négative que les médecins se font de ces patients.

- Les médecins généralistes se représentent les S.B.I. comme un problème psychologique ou social, ce qui détermine une approche essentiellement psychologique ou plus largement psychosociale. Par contre, il manque une approche psycho-corporelle qui pourrait pourtant répondre à l'attente exprimée par les médecins de quitter une pensée médicale dualiste.

- L'absence de formation psychothérapique induit une prise en charge basée sur la personnalité du médecin, son bon sens et son intuition, souvent insuffisants.

- La communication et la relation médecin-malade, au cœur de la question de la prise en charge de ces patients, sont mises à mal. Il existe une impasse du fait de la contradiction entre les représentations que les médecins généralistes se font de la question des S.B.I., et ce qu'ils pensent ou non pouvoir dire à leurs patients. Un conflit d'attribution existe aussi entre le médecin et le patient, du fait de l'absence de consensus professionnel sur une vision plus large qu'uniquement psychologique de ce problème, mais aussi du fait de la difficulté à travailler à partir des représentations du patient plutôt qu'à partir de celles du médecin.

- La démarche diagnostique des médecins généralistes est déterminée pour une grande part sur la peur de passer à côté d'un diagnostic. Cette peur est elle-même déterminée par l'incertitude du diagnostic de S.B.I., mais aussi à l'insatisfaction qui existe encore aujourd'hui à faire un diagnostic psychologique.

En réponse à ces résultats, nous proposons plusieurs pistes de recherche et d'actions de formation, pour agir sur ce qui influence aujourd'hui la prise en charge de ces patients :

- Un enseignement sur cette question en troisième cycle de médecine générale.
- Rendre systématique l'exploration du champ psychologique dans toute consultation pour rendre moins suspecte cette approche.
- Promouvoir et valoriser dès le deuxième cycle une véritable formation à la psychologie médicale et à la psychothérapie. Pour cela, intégrer systématiquement à la formation des futurs médecins un entraînement à la communication médicale et à l'analyse de la pratique (type groupe Balint).
- Etudier l'intérêt pour la pratique des médecins généralistes d'une approche psycho-corporelle.
- Mettre en place des groupes de travail pluridisciplinaires pour unifier l'approche théorique et pratique des patients qui présentent des S.B.I.
- Etudier la prévalence des erreurs liées au diagnostic de S.B.I. Etudier ce qui détermine la peur d'une erreur diagnostique dans ce contexte, et travailler sur cet aspect.

La mise en route de ces mesures, simples et déjà connues pour certaines, demanderait une mobilisation des enseignants et des chercheurs. Elle marquerait ainsi la volonté de ne pas continuer à mettre de côté cette situation pourtant importante dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

Références bibliographiques

1. Janca A, Isaac M, Ventouras J. Towards better understanding and management of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry* 2006; 18 (1):5-12.
2. Moreau A, Girier P, Figon S, Le Goaziou M F. Symptômes biomédicalement inexpliqués, intérêt de l'approche globale en médecine générale. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2004; 643 (18):292-295.
3. Gay B. Les pathologies fonctionnelles existent-elles ? *Exercer* 1992; 17:4 -6.
4. Cathebras P. La somatisation. In : Rousset H, Vital Durand D. *Diagnosics difficiles en médecine interne, Vol 3*. Paris : Maloine, 1991. p 111-123.
- 5 Demondion B, Huguet A, Patrouillaut C. Les troubles somatoformes : de la nécessité d'une prise en charge médicale adaptée. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 2000; 1:7-13.
6. Winckler M. C'est grave, docteur ? Ce que disent les patients, ce qu'entendent les médecins. Paris: J'ai lu, 2002. 221pages. Récit 7303.
- 7 Nettleton S, Watt I, O'Malley L, Duffey P. Understanding the narratives of people who live with medically unexplained symptoms. *Patient Educ Couns* 2005; 56:205-210.
8. Lang F, Rousset H. Une consultation commune pour les « malades difficiles ». *Psychologie Médicale* 1992; 24:391-394.
9. Robert C...et al. Exploration of DSM-IV Criteria in Primary Care patients With Medically Unexplained Symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67:123-129.
10. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc sci med* 2005; 61:1505-1515.

11. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 3^{ème} édition. Paris : Payot, 1988. 419 pages.
12. Organisation Mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. (CIM 10). Dixième révision. OMS : Genève, 1993, Vol 1.
13. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. Aust N Z J psychiatry 2005; 39:772-781.
14. Cathebras P. Plaintes somatiques médicalement inexpliquées. Médecine 2006; 2:71-75.
15. Rosendal M, Fink P, Bro F, Olesen F. Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Scand J of prim Health Care 2005; 23:3-10.
16. Cathebras P, Rousset H. Des symptômes médicalement inexpliqués à la somatisation. Le Concours Médical 1995; 117(41):3393-3398.
17. DSM IV Soins primaires, Paris, Masson, 1998. p77-78.
18. Merskey H. Somatization, Hysteria or Incompletely Explained symptoms? Can J Psychiatry 2004; 49(10):649-651.
19. Sharpe M, Carson A. "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? Ann Intern Med 2001; 134:926-930.
20. Cathebras P. Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006. 240 pages.
21. Chew-Graham CA, May C, Perry M. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. Family practice 2002; 19:285-289.

22. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris, Nathan, 1992 (2001), 127 pages.
23. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311:251-253.
24. Mays N, Pope C. Qualitative Research: rigour and qualitative research. *BMJ* 1995; 311:109-112.
25. Chiffres de la démographie médicale en France métropolitaine au 1er janvier 2006. Conseil national de l'ordre des médecins. <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=rubrique.php&menu=DEMOGRAPHIE>.
26. Barbour S. Checklists for improving rigour in qualitative research. *BMJ* 2001; 322:1115-1117.
27. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000; 320:50-52.
28. Moliner P, Rateau P, Cohen-Scali V. Les représentations sociales. *Pratique des études de terrain*. Rennes 2002: Les Presses Universitaires de Rennes. 230 p. Didact psychologie sociale.
29. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45:293-296.
30. Woivalin T, Kranz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract* 2004; 21:199-203.
31. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms-GP's attitudes towards their cause and management. *Fam Pract* 2001; 18:519-523.
32. Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract* 2002; 19:178-182.

33. Balestrat R, Filloux Y, Jonquille C. Troubles somatoformes. Quelle attitude adopter ? La Revue du Praticien 2004; 18 (664/665):1137-1138.
34. Chew-Graham C, May C, Perry M, Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. Family Practice 2002; 19:285-289.
35. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale ? Mémoire de médecine générale. Avril 2004.
36. Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The “number needed to offend”. 2002; 325:1449-1450.
37. Rousset H. Plaintes somatiques chroniques sans explication médicale. Le concours médical 2003; 125(33):1910-1914.
38. Millette B. Les patients aux plaintes physiques inexplicées. In : Richard C, Lussier MT, La communication professionnelle en santé. Saint Laurent (Québec) : Editions du nouveau pédagogique, 2005. p530-555
39. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by GP: a functional typology. Br J Gen Pract 2004; 54:165-170.
40. Woivalin T, Krantz G, Mäntyranta T and Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. Fam Pract 2004; 21:199-203.
41. Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T and Oleson F. A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatization: effects on GPs' attitudes. Fam Pract 2005; 22 (4):419-427
42. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatization disorders: qualitative analysis. BMJ 1999; 318:372-376.

ANNEXES

Annexe 1

Argumentaire téléphonique.

Bonjour,

Isabelle Brabant, je suis interne en médecine générale en 5^{ème} semestre et. Je fais ma thèse. J'étudie la prise en charge par les médecins généralistes des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués.

Accepteriez-vous de me recevoir pour un entretien ?

Nous commencerions en discutant du dossier d'un patient qui évoque pour vous la question des symptômes biomédicalement inexpliqués.

Etes- vous d'accord pour penser à un dossier avant notre entretien?

Peut-être pourrions nous alors convenir d'un RDV, au lieu qui vous convient pour environ ¾ d'heures d'entretien soit le vendredi après-midi ou le mardi ou le jeudi en fin de matinée, début d'après-midi...

Annexe 2

Guide d'entretien avec les médecins généralistes.

1. Cadre de l'entretien :

- * Objectif : étudier les médecins généralistes face aux patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués.
- * Tirage au sort parmi des médecins généralistes du 8^{ème} arrondissement de Lyon.
- * Enregistrement, confidentialité.

2. Question générale ouverte :

- * Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?
- * Qu'est-ce que vous aimez dans votre travail ?
- * Qu'est-ce qui est plus difficile ?

3. Consigne initiale :

- * Pouvez-vous me parler du dossier que vous avez choisi pour évoquer ensemble la question des symptômes biomédicalement inexpliqués.
- * Si il n'ont pas apporté de dossier : Est-ce que ça vous évoque une situation particulière ; pouvez-vous m'en parler ?
- * Est-ce que vous rencontrez des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués ? Qu'est-ce que vous ressentez face à ces patients ?

4. Diagnostic :

- * Qu'est-ce qui vous permet d'évoquer ce diagnostic ?
- * Est-ce que vous trouvez que c'est fréquent ?
- * Quelles explorations médicales ?
- * Quels liens avec les spécialistes ?

5. Face au patient :

- * Vous arrive-t-il d'en parler avec le patient ? Comment ?
- * Qu'est-ce que cela provoque selon vous ?

6. Prise en charge :

- * Qu'est-ce que vous ressentez face à ces patients ?
- * Comment vous y prenez-vous avec ces patients ? Quelle prise en charge proposez-vous ?
- * De quoi vous aidez vous pour prendre en charge ces patients ?
- * Est-ce que votre prise en charge de ces patients a évolué au cours du temps?

7. Formation :

- * Comment vous sentez vous préparés, armés, formés pour cette prise en charge ?
- * Est-ce que vous pensez qu'une formation particulière soit nécessaire ?

8. Quelle place, quel rôle pour le médecin généraliste dans la prise en charge des patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexplicés ?

9. Penser à recueillir ces renseignements :

- Age
- Année d'installation
- Lieu d'exercice
- S'il y a modes d'exercices particuliers précisés sur la plaque.
- Nombre d'actes/jour
- Moyens de formation habituels ?

Annexe 3

Principes généraux de traitement de la somatisation et des symptômes fonctionnels.

1. Etablir une relation empathique et de confiance. Ne pas contester la réalité des symptômes (et de la détresse qu'ils entraînent). Accepter les symptômes comme une plainte a priori légitime.
2. Evaluer chaque symptôme en se gardant de le relier trop vite à une origine psychogène. Faire toujours un examen clinique. Faire une synthèse des constatations médicales (positives et négatives) incontestables.
3. limiter les investigations complémentaires. Centrer celles qui paraissent indispensables sur les craintes spécifiques du patient. Ne pas se débarrasser du malade en l'adressant à un nouveau spécialiste.
4. Mettre à jour les explications spontanées du patient pour ses symptômes, qui laissent souvent la porte ouverte à une part de psycho- ou sociogène. Etre attentif aux clés psychosociales fournies par les patients. Toujours faire expliciter au patient ses craintes, ses représentations du symptôme, et ses attentes vis-à-vis de la médecine.
5. S'intéresser aux symptômes. Centrer l'entretien sur la façon dont ils sont perçus et gérés, plutôt que sur les éventuelles maladies à découvrir. Glisser progressivement des symptômes au contexte psychosocial (personnalité, évènement contemporains de l'installation des symptômes, possibles bénéfices secondaires, conflits familiaux, professionnels, ou avec les organismes sociaux...)
6. Ne pas se contenter d'éliminer des maladies. Proposer des explications positives basées sur une causalité circulaire (mise à jour des cercles vicieux renforçant et entretenant les symptômes et la détresse). Eviter les diagnostics fallacieux.
7. Etablir (et négocier) des objectifs thérapeutiques raisonnables. Viser le soulagement des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie plutôt que la guérison .
8. Proposer un suivi régulier, indépendamment des symptômes et de leurs fluctuations. Eviter les consultations en urgence.
9. Dépister et traiter la dépression et l'anxiété si elles existent. Dans le cas contraire éviter les médicaments.

10. Aborder explicitement les conflits entre malade et médecin. Gérer les émotions pénibles (souffrance, hostilité) et être attentif à ses propres attitudes contre-transférentielles.
11. Ne jamais adresser le patient au psychiatre sans avoir discuté avec lui des motifs de cette consultation, et sans prévoir de le revoir ensuite. Eviter le dualisme (tout physique ou tout psychologique). Un seul praticien doit se sentir responsable de l'intégration des différentes prises en charge .

In Cathebras P. Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexplicés. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006. p 220

ENTRETIENS

Entretien A

-
- Est-ce que vous avez reçu mon mail ?
- Quand est-ce que vous l'avez envoyé ?
- Euh, Mercredi.
- Non, vous avez vu je n'ai pas d'unité centrale. Mon unité centrale a grillé avec la foudre lundi à midi.
- D'accord.
- Depuis lundi midi, je peux plus...
- OK, bon...
- Je suis vraiment désolé.
- Non, non, c'est simplement que. Vu que je commence par rapport à étudier la faisabilité de cet entretien.
- Mmm, mmm...
- Je n'ai pas réussi à dire au moment où je vous ai téléphoné que l'idée, c'était de partir d'un dossier que vous évoquait ce problème. Voilà, donc ça peut être par évocation, ce n'est pas un souci. Voilà, si je vous parle de « symptômes biomédicalement inexpliqués » est-ce que ça vous fait penser à un cas ?
- Un cas récent... Un cas récent dont je viens de recevoir la lettre, euh... ce matin... Une femme de 44 ans, qui a été opérée, kinésithérapeute, qui a été opérée en 99 d'une hernie discale L5-S1 gauche, donc elle était hyperalgique, qui depuis 99 va très bien et qui dans la nuit du 2 Mai 2005 à 4h du matin a fait une douleur type L5 hyperalgique, euh, tellement algique qu'au bout de 48 heures, j'ai été obligé de la mettre sous SKENAN. Elle avait un Lasègue à 25, un Lasègue sciatique à 25... une abolition des réflexes, bon, assez rapidement devant l'intensité de la douleur euh... on a fait faire une IRM. L'IRM montrait deux choses : une fibrose et une toute petite hernie. Je l'ai remontrée rapidement à son neurochirurgien, le Dr P. , qui n'était pas satisfait de l'IRM, qui a fait faire une IRM au gadolinium et qui a dit c'est une fibrose, moi je ne retiens pas le diagnostic de hernie, faites-vous faire une infiltration. Cette femme s'est fait faire 3 infiltrations par un rhumatologue. Et moi d'entrée de jeu j'étais frappé par la discordance, euh... Pour moi, il y avait quelque chose qui clochait dans le contact avec cette femme. Et donc là, le grand neurochirurgien me renvoie un courrier. Parce que je lui avais écrit en disant : ben on fait quoi pour cette dame. et il me dit : ben j'en sais rien parce que la douleur qu'elle a présenté ne peut pas s'expliquer. J'ai aucune explication à l'IRM. Et euh... et il se trouve quand même, alors c'est une femme qui est très agressive, très psychorigide, très... Et euh là, bon, le tableau douloureux s'est amendé mais elle garde paradoxalement un lasègue à 30° bon et puis euh..., moi qui suis médecin du village, je la croise dans le village, elle marche d'une manière complètement euh... et voilà quoi donc, on est en plein dans quelque chose qu'était biomédical : une récidive de hernie avec un fragment exclu, et puis y a rien, et le tableau clinique que présente la patiente ne peut pas être expliqué par l'imagerie. Euh..., mon sentiment, j'allais dire, mon intuition, est qu'il se passe quelque chose dans la tête de cette femme qu'on comprend pas, euh..., qu'elle utilise cette douleur pour un but qu'on n'arrive pas encore à cerner. Euh... Et on en est là.
- Et elle continue à travailler ?
- Non, non elle est en arrêt de travail depuis 1 mois et demi.
- C'est une patiente que vous suivez habituellement ?
- Oui.
- Et euh..., en fait, vous avez dit j'ai tout de suite eu l'impression que quelque chose...
- Ah oui, clochait... Sur sa présentation. Sa manière de s'asseoir, sa manière de raconter son histoire. Une certaine forme de labilité émotionnelle. Une certaine forme de mise en scène de ses symptômes. Euh..., elle a été extrêmement pressante. Elle appelait 2 fois par jour. Bon, ben y a des choses qui se passaient qui ne me paraissaient pas claires.

- D'accord, et euh..., à partir de là vous avez quand même été jusqu'...enfin vous avez quand même fait des explorations biomédicales.
- Ah ouais...
- Est-ce que sur euh..., là il y avait une présentation biomédicale évidente.
- Oui, trop évidente
- Trop évidente et euh..., est-ce que ça vous arrive en fait sur des cas où vous avez l'intuition comme ça qu'il y a quelque chose qui dépasse le biomédical... Enfin, comment vous gérez l'exploration biomédicale ?
- Alors, là c'est un cas spécifique d'une femme opérée, bon c'était vraiment difficile de ne pas refaire une IRM derrière.
- Mmm...
- Parce que... donc là j'ai refait l'IRM. N'importe comment moi le terme « dépasser le biomédical » ça m'évoque rien hein
- Mmm...
- Parce que pour moi on ne dépasse jamais le biomédical. Il y a du bio-médico-psychologique mélangé en permanence euh... Dépasser le biomédical pour moi, ça n'a pas de sens. C'est-à-dire que mon patient il est toujours bio-médico et il a des choses dans la tête. Donc personnellement bon..., je..., on est en paix par rapport à ces diagnostics organiques. Je fais mon travail de médecin, du moins j'essaie mais pour moi y a pas, je fais pas de différence. Pour moi il n'y a pas de coupure entre les deux. Y a certaines personnes qui expriment des choses ou qui ne peuvent pas exprimer des choses, soit qu'ils les expriment de manière très pathologique du point de vue psychique. Soit ils ne peuvent pas les exprimer, ce qu'ils sont en train de vivre ils sont obligés de sortir des symptômes organiques mais pour moi, c'est lié. Il n'y a pas de hiatus entre les deux. Il n'y a pas un cerveau et un corps de l'autre côté. Pour moi on est les deux mélangés. Je ne suis pas dualiste. Je suis moniste.
- D'accord. Et quand vous dites les gens n'arrivent pas forcément à verbaliser. Vous vous nommez ça comment ?
- Alors, le fait qu'il n'y ait pas de verbalisation ? Alors, c'est un peu plus compliqué que ça. C'est-à-dire euh..., les gens ne présentent pas les choses comme on voudrait qu'ils les présentent. Bonjour docteur j'ai une sarcoïdose. Bonjour docteur ma belle-mère me fait chier. Bonjour docteur mon gamin est caractériel. Voilà. On voudrait qu'ils le présentent comme ça et euh... vous quand vous êtes malades ou moi quand je suis malade on ne présente jamais les choses comme ça. On est affecté par un certain nombre de symptômes et ces symptômes on leur donne une interprétation, c'est-à-dire on les met dans une chaîne causale et cette chaîne causale elle dépend beaucoup de la manière dont on est équilibré, structuré psychologiquement. C'est-à-dire, un obsessionnel ne va pas présenter sa chaîne causale comme une hystérique, comme un parano ou comme un psychopathe ou comme un borderline, ou comme un pervers. Bon, donc la manière que les gens ont d'interpréter leur pathologie donc la manière de la présenter dépend beaucoup de la manière dont ils sont structurés mentalement. Donc, pas de mots ou des mots pour moi ça n'a pas de valeur...*Coupure par un appel téléphonique*Donc c'est essayer de... alors c'est là où ça devient compliqué parce que quand vous mettez un stent à un pervers, un psychopathe ou à une névrose obsessionnelle vous mettez un stent hein. Point. Vous passez votre désilet dans la fémorale vous remontez au machin, vous cathétérisez votre coronaire. Et vous posez votre stent. Bon. Après c'est les infirmières et les aides soignantes qui gèrent euh... Nous on gère les deux c'est-à-dire on gère un peu d'organique et on gère ce que les gens sont globalement. Donc là c'est compliqué.
- Et est-ce que pour vous si je vous parle de somatisation ou de pathologie fonctionnelle est-ce que ça correspond à quelque chose de... ?

- Oui bien sûr, bien sûr le colopathe, il y a plusieurs grands...mais fff euh... Oui non mais bien sûr que ça correspond à quelque chose, pathologie fonctionnelle. Mais moi ça ne me satisfait pas du tout c'est-à-dire que une fois qu'on a dit ça on n'a rien dit ou alors on a dit que c'est un emmerdeur, un chieur, on n'a rien dit. Donc, euh..., je veux dire un infarctus, une angine, c'est une somatisation hein. Euh..., n'importe quelle maladie est une somatisation. Toute notre vie, on passe notre vie, à somatiser et ces diverses somatisations sont liées à la fois à ce qu'on est par l'inné c'est-à-dire si Papa et Maman nous ont donné les gènes du diabète ou du choléra des poules mais aussi par ce qui est acquis c'est-à-dire par ce qu'on est, donc par la manière dont on a de se mettre en danger et par la manière dont on a de ne pas se faire donner des soins, par la manière dont on a de parler, de ne pas parler, d'être rongé par certaines choses ou pas. Donc, bon c'est là qu'il y a des grands tableaux fonctionnels : cystite à urines claires, le colopathe, le lombalgie chronique, mais quand on a dit ça on ne les aide pas.

- Et par exemple parler de dépression ou d'anxiété masquée ça vous satisfait plus ?

- Alors euh... oui mais c'est qu'une hypothèse c'est à dire que il y a des pervers qui ne sont pas du tout déprimés qui somatisent. La dépression, ça peut être un des items qui se rattache à des symptômes organiques mais un des items, euh... il y a par exemple des obsessionnels qui ne sont pas du tout déprimés. Ils ont des compulsions, des machins, des trucs, pour qu'ils se dépriment il faut qu'ils soient au bord de l'effondrement et pourtant ils arrêtent pas d'enculer les mouches avec des symptômes corporels. Ils nous amènent des listes, machin, mais ils ne sont pas déprimés. Donc effectivement, certains types de somatisation peuvent cacher un terrain dépressif mais là aussi ce terrain dépressif il n'a de valeur qu'en fonction de la structure qui est sous-jacente. La dépression c'est un mode d'expression psychopathologique mais y a des gens qui s'expriment par des rituels, y a des gens qui s'expriment par des passages à l'acte, y a des gens qui s'expriment... voilà, bon. C'est qu'un mode d'expression

- Et si on revient au concept de symptôme biomédicalement inexpliqué qui est un peu plus large justement...

- Oui

- Est-ce que vous seriez d'accord de dire que c'est plus lié à un fonctionnement psychique qu'une pathologie en tant que telle ?

- Alors il faut être très euh... moi je serais un petit peu plus...c'est-à-dire là aussi pour moi il y a pas de... Alors bon. J'entends bien symptôme biomédicalement inexpliqué. Donc premièrement c'est tant qu'on n'a pas d'explication. On se rend compte que de temps en temps on « psychologise » entre guillemets et puis que le patient il est en train de commencer une sclérose en plaques, on le trouvait totoche et puis 6 mois après il a une paraparésie spastique et il fait sa première poussée de SEP. On est vachement content. Donc ça joue aussi dans l'autre sens c'est-à-dire je pense que quand on s'installe comme jeune médecin on est dans l'organique pur, on fait faire des PCR coqueluche à tout le monde, on fait machin, bon...et puis au fur et à mesure qu'on vieillit on s'est rendu compte qu'effectivement il y a beaucoup de choses, qui bon...et là on peut faire des conneries dans l'autre sens. On dit putain mais qu'est-ce qui lui arrive il est pas bien, pourquoi il a ces symptômes, donc. Symptôme biomédical inexpliqué : pour moi c'est premièrement sous réserve qu'on ne trouve pas une explication biologique et de temps en temps on en trouve, on voit par exemple, moi j'ai été frappé de voir à quel point euh..., beaucoup de femmes avant de commencer un cancer du sein sont pas bien, ont des items un peu dépressifs ...classiquement il y a beaucoup de maladies neurologiques qui commencent par des troubles du comportement, des parkinsons, des SEP. Et puis y a rien et puis un jour y a quelque chose. On dit ah ah ah. Bon hein. Donc premièrement il faut être sûr que... et après ben c'est nous on est dans une médecine qui est horizontale

c'est-à-dire qu'est une médecine de la durée. Donc, dans le parcours de ce patient il y aura des rencontres avec lui qui seront strictement organiques, d'autres qui seront strictement psychiques, d'autres qui seront un mélange des deux. Mais voilà quoi. Je ne sais pas si ça répond à votre question ?

- En partie. Est-ce que à partir du moment où vous évoquez chez une personne la possibilité que l'explication biomédicale soit insuffisante est-ce que vous en parlez avec lui ? Ou comment vous l'abordez avec lui ?

- Ben là y a aucune règle. Y a aucune règle c'est à dire. Soit euh... ça peut aller du je te rentre dans le lard. Euh... voilà, ou ça peut aller... ou qu'on reste complice dans le « mensonge » entre guillemets...ou moi j'essaye d'évaluer ce que le patient peut entendre. Y a des gens qui ne peuvent rien entendre. Allez essayer de dire à un hypocondriaque qu'il ne présente QUE des symptômes biomédicaux inexpliqués, dont la vie tourne là autour ? Que c'est dans la tête. Ben vous aurez pas avancé d'un millimètre. Il faut ne pas faire d'examen mais en même temps l'accompagner, ne jamais dénier la souffrance mais donc, ça dépend. Y a des gens qu'on peut mobiliser psychiquement, qui sont mobilisables, qu'on peut faire bouger, qu'on peut faire s'interroger, y en d'autres on peut pas. Y en a on peut en laissant des questions ouvertes, en laissant traîner, voilà, euh... je dirais aussi quand même que la plupart le savent. Nos patients ne sont pas idiots. Ils savent très bien ce qu'ils ont, euh... Tout le problème d'aborder ça c'est très compliqué parce que. En plus on n'est pas dans une civilisation... on est dans un pays catholique, on n'est pas dans une civilisation, enfin...je pense que les pays protestants anglo-saxons ont beaucoup plus de facilité à aborder ce type de problèmes. Nous on est dans un vieux pays coincé, catho, con, machin... encore très cartésien avec ce qui dans la tête : « Docteur ne me dites pas que j'suis fou ». Vous vous êtes là pour serrer le bouton de 12 et faire que ma machine corps marche, voilà et donc euh..., très ardu, alors y a des moments où on est extrêmement brillant, y a des moments où on perd des patients, y a des moments où on reste des années dans la complicité avec des gens qui vont pas vraiment bien, qu'on n'arrive pas à sortir de là... Y a pas de réponse univoque, je peux pas vous dire ce que je fais, par ce que je fais tout le temps différent.

- Et est-ce que vous pensez que c'est parce que ça peut induire un changement de comportement, d'attitude ?

- Je pense que toute souffrance qu'elle quelle soit, physique ou psychique, va entraîner un réaménagement. donc y a beaucoup de gens qui sont comme ça mais parce qu'ils ont trouvé un aménagement à leur souffrance et que y en a certains par exemple qui ont pas du tout envie d'être dérangé de là dedans. C'est très confortable. Ils sont rhumatisants, ils ont l'intestin qui déconne, on leur a mis plein de tuyaux, ils sont bien contents, ils vont voir les docteurs, euh..., donc y a aussi l'idée que les gens s'aménagent là autour et qu'en ne voulant pas qu'ils s'aménagent là autour, c'est quelque chose de très dérangeant. Alors autant quand vous avez une minette de 20 ans qui fait ça, vous pouvez vous dire qu'elle est encore suffisamment mobilisable psychiquement pour que les choses s'arrangent. Quand c'est une dame de 67 ans vous voulez faire quoi ? Vous voulez lui montrer qu'elle a une vie de con, qu'elle s'est mariée avec un taré euh... qu'elle a pas su régler ses problèmes psychiques, que le seul petit aménagement minable qu'elle a trouvé c'était de devenir colopathe. Bon, on peut pas lui dire ça. Donc on l'accompagne dans sa colopathie, on essaye d'être suffisamment empathique, on essaye de ne pas tomber dans l'organique tout le temps, mais on reste en même temps vigilant. Y a des tas de gens qui sont pas mobilisables hein, qui sont installés là dedans euh..., j'allais dire que les seuls moments à mon avis où on peut agir, je pense que passé 30 ans c'est fini. A partir du moment où les gens ont des gosses, y a quelque chose qui est figé. Je pense qu'avant 30/40 ans on peut être actif, mobiliser les gens. On peut beaucoup mobiliser, les gens, les femmes au moment où

elles ont des enfants, petits. Là y a des choses qui peuvent se parler parce que leurs gamins viennent les bousculer un peu, les remettre un peu en cause. Donc là c'est un moment propice. Autrement, y a pas de moment. Les hommes s'aménagent autour de l'alcool, autour du tabac, du café, du foot. Et les femmes elles s'organisent autour du docteur. J'suis pas bien, j'vais chez l'docteur. Voilà.

- Et est-ce que du coup dans votre pratique quotidienne vous êtes attentifs à déceler ce genre de situation et... ?

- Mais. C'est pas attentif, ça fait partie de, ça fait partie du quotidien. C'est le travail de la médecine générale. C'est le... On est là dedans, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps... Y a pas à y être attentif. On ne peut pas être plus attentif à quelque chose que ce dont on... là où on vit. On est là-dedans sans arrêt, le biomédical inexpliqué, c'est notre pain quotidien.

- En même temps vous disiez, ça a évolué entre le moment où vous vous êtes installé et puis maintenant.

- J'crois quand on s'installe, surtout que nous on faisait pas de stage, machin, j'avais pas fait de remplacement. Moi je sortais de l'internat, j'étais une machine à tiroir, j'étais très brillant, on appuyait sur le tiroir diagnostique différentiel d'une douleur de la narine gauche et tout tout tout tout ça sortait mais euh ça m'a duré un an ou deux quoi. On se rend bien vite compte. On se dit ou là la, qu'est-ce qui se passe ? Et puis après on évolue. Ils sont contents en plus quand on leur fait plein d'examens inutiles, ils sont ravis, ils sont très contents. Y en a qui sont contents quand on leur fait des examens inutiles, quand vous leur expliquez qu'il ne faut pas faire d'examens, quoi qu'il arrive, quoi que vous fassiez ils sont contents parce que ce qui est important pour eux c'est que vous leur causiez. Parce qu'on leur cause pas. Leur mari leur cause pas, leur femme leur cause pas, leur mère leur a pas causé. Ils sont tellement contents d'avoir quelqu'un qui les écoute, et qui leur cause que quoique vous fassiez le patient, en général, il adhère. Mais le problème oui c'est celui du contre-transfert, c'est-à-dire, à cette pathologie posée sur le fauteuil noir en face de moi, y a ma propre pathologie posée sur le fauteuil noir derrière le bureau. Et comment moi ce biomédical non expliqué je l'interprète par rapport à ma formation initiale, ma formation continue, ma souffrance psychique interne, la manière dont je me suis structuré psychologiquement, dans mon travail et qu'est-ce que je renvoie et un médecin euh... complètement coincé du cul renvoie pas la même chose que... comme un garçon et une fille ne renvoient pas la même chose, un vieux renvoie pas la même chose qu'une jeune. Bon..., effectivement il y a une identité propre. On partage ça avec les patients. Des deux côtés du bureau y a des gens qui souffrent, y a des gens qui peuvent ne pas être bien, qui peuvent avoir des problèmes, qui peuvent être malades, qui peuvent être tristes, qui peuvent être fous, qui peuvent être alcooliques. On voit de tout en médecine. Y a quand même le taux de suicide chez les médecins qui est 3 fois le taux standard et 25% des médecins qui sont dans l'addiction, donc c'est quand même pas un phénomène marginal. Donc y a aussi ce qu'on est nous. Faut pas l'oublier, hein.

- Oui...Est-ce que pour répondre à cette problématique est-ce que vous pensez qu'il y a des médiations qui sont importantes, qui peuvent être les médicaments, le paramédical...

- Alors, le médicament c'est une aide, puisque n'importe comment dans ce métier on donne 95% de placebo. Donc là il faut être conscient quand on donne des médicaments qui sont placebo, il faut quand même s'en rendre compte. C'est pour ça que je ne pratique pas d'homéopathie, parce que j'ai horreur d'être dupe de ce que je fais, mais bon ça m'arrive de donner du placebo. L'arme quand même dans ce truc là c'est la parole quoi, on travaille avec la parole, avec les affects générés par la parole. C'est l'arme mais c'est une arme dangereuse hein. C'est une arme euh... la parole c'est terrible, il faut faire très attention à ce qu'on fait.

- Quand vous dites qu'il faut faire attention est-ce que vous pensez que c'est lié...ça demande à être formé soi-même, ou...

- Ah ben personnellement oui. J'ai fait une psychanalyse. J'ai fait... Je me suis très vite rendu compte que si je n'étais pas capable de prendre en charge ma propre souffrance, ce que j'étais moi-même et voir à peu près clair dans ce que j'étais, euh... j'aurais beaucoup de peine à donner des soins. Mais vraiment des soins, donc effectivement après j'ai fait une année de Balint et j'ai eu une formation personnelle qui est une formation analytique. Donc, je comprends pas comment les médecins qui font pas ça font ? Pour durer 40 ans en médecine générale. Moi ça fait 25 ans que je suis installé, c'est un métier qui est extrêmement difficile et euh... je plains sincèrement ceux qui ne se forment pas du côté de ... parce que on peut le faire 5 ans mais ça devient très vite un métier très dur, les gens renvoient des choses sans cesse, tous les jours, tous les jours, tous les jours...On est là. On est une espèce de réceptacle des plaintes, des merdes, des... Les gens viennent jamais nous voir en disant tiens je suis heureux, je vais bien je vais vous embrasser sur les deux joues. Il nous amènent leurs merdes, donc à force d'être un déversoir à caca, il faut beaucoup de vigilance vis-à-vis de soi-même pour... moi, très très vite... je crois que j'ai commencé mon analyse au bout d'un an et demi d'exercice. Oui, je me suis installé en 81, j'ai commencé mon analyse en 83, j'ai fini en 90. Donc j'ai commencé très vite. Moi ça m'a semblé essentiel. Absolument essentiel. Sans ça soit on fait une médecine organique. Soit alors après, il se passe des tas de choses qu'on ne comprend pas. On se fâche avec eux, on s'engueule ou au contraire on est dans la complexité, on leur lèche les bottes. On comprend rien. Parce que y a ce qu'ils amènent, ce que nous on amène. Ce que nous on amène ça se mélange et on dit ben putain là qu'est-ce qui se passe. Où on est ?

- Mmm...

- On arrive plus à comprendre. Ah oui bien sûr. Y a une formation. Y a une formation.

- Tout à l'heure vous parliez d'approche globale qui est à mon sens une des caractéristiques de la médecine générale. Est-ce que du coup ce qui semble aussi nécessaire pour prendre en charge ces patients c'est la connaissance du patient. Vous parliez est-ce qu'ils sont mobilisables. La question c'est la dimension de suivi dans la médecine générale et de connaître fait partie des choses indispensables ?

- Ah ben y a pas de médecine générale sans suivi.

- Du coup ; est-ce qu'on peut dire que la médecine générale comme médecine de premier recours, dans la dimension de suivi, c'est en soi un élément indispensable pour suivre ce genre de patients ?

- C'est l'élément de base. Sans ça on peut rien faire. Sans ça on voit des spés qui voient les gens verticalement. Coucou la crise de goutte, colchimax. Coucou...Non bien sûr, bien sûr. C'est la base de tout.

Entretien B

- L'idée c'était de pouvoir commencer l'entretien à partir d'un cas. Bon si ce n'est pas à partir d'un dossier, simplement pouvoir évoquer une situation si justement je vous parle de cette problématique, partir d'un cas que ça vous évoque.

- Euh.....long temps de silence. *Le Dr C. recherche dans son agenda ...*

- Non, bon d'accord, allons-y. On verra bien

- En fait si vous pouviez me parler de quelqu'un...

- Je cherche mais je ne trouve pas...

- La question c'est à partir de quel moment il vous arrive de penser qu'une plainte peut être biomédicalement inexpliquée ?

- Tout le temps.

- Tout le temps.

- Tout le temps, euh..., il y a à la fois énormément de choses à dire et c'est difficile quoi. Enormément de choses à dire parce qu'effectivement malgré tout c'est tout le temps. Euh..., je sais bien que ça c'est un peu décrié mais euh ..., ça suppose d'opposer le somatique et le psychique, le psychosomatique hein. Or ce n'est jamais opposé, c'est jamais l'un ou l'autre. C'est toujours l'un et l'autre. C'est, même, dans les maladies somatiques c'est, une maladie je veux dire purement somatique, il y a toujours le symptôme, la maladie, le problème et puis le vécu de tout ça donc il y a forcément une dimension purement personnelle pour le patient de ce qu'il est en train de vivre. Et notre boulot consiste à prendre en charge à la fois les aspects physiques de la maladie mais aussi le vécu de ces aspects physiques donc il me semble que c'est tout le temps. Alors, il y a d'autre part des patients qui viennent avec une plainte, au sens large du terme et pour lesquels à l'évidence cette plainte n'est, n'a rien de médical stricto sensu. On a coutume de dire y a plus de curé donc les gens viennent voir le médecin. Alors ils viennent avec une plainte et il s'agit en fait de les aider à faire un peu le ménage dans ce qu'ils sont en train de vivre, qu'ils ont du mal à vivre. Euh..., je dois dire personnellement c'est l'aspect du boulot qui m'intéresse. C'est ce qu'il me plaît de faire mais ce qui est effectivement assez difficile et dans la mesure où ce sont bien souvent des plaintes qui ne sont pas médicales ou qui n'ont pas de solutions purement médicales, qu'il s'agit éventuellement d'aller chercher d'autres formes de réponses. Et qui sont des réponses plutôt de type coaching. Voilà.

- Coaching, vous entendez...

- Coaching c'est...je sais pas si la définition est très juste, c'est une certaine façon d'aider les gens à voir leurs problèmes d'une autre façon, et à les aider à faire en sorte que ce soit eux qui aillent chercher la solution aux problèmes qu'ils ont, voilà. De les aider à cette démarche avec une certaine vision personnelle des choses.

- D'accord, en fait quand on fait un petit peu de bibliographie autour de la question des symptômes biomédicalement inexpliqués, il y a beaucoup de choses qui reviennent autour du fait que si on y pensait davantage on ferait moins d'explorations poussées. Qu'est-ce que vous avez comme expérience par rapport à ça ?

- Euh...c'est difficile ça, parce qu'on est, je veux dire, dans une situation où spontanément on sait quand même ce qui nous vient à l'esprit de part notre formation. Spontanément on sait ce qui vient à l'esprit du patient de par sa démarche. Il vient quand même voir le médecin. Et que même si il vient avec un problème qui n'est pas purement médical et pour lequel il n'y a pas de solution purement médicale, euh..., sa démarche consiste à venir voir le médecin c'est-à-dire à attendre une solution médicale. Et euh..., la difficulté consiste souvent à lui démontrer que la solution, elle est ailleurs. Alors euh..., bon, donc, nous nous sommes par la formation dans un système médical quand même, le patient y vient aussi. Et puis troisièmement il y a, même si moi ça ne me... je m'en fous un peu mais enfin...euh... nombre de mes confrères y sont très sensibles. Euh... c'est cette euh..., comment on dit, c'est une précaution médico-légale d'avoir fait tout ce qui doit être fait. Moyennant quoi on en arrive à devoir préalablement à toute prise en charge non... Comment vous dites là...

- *Rires* Biomédicalement inexpliqué

- De devoir préalablement éliminer un certain nombre de choses en particulier par les examens cliniques et paracliniques. Euh..., à l'inverse, il y a souvent une demande d'examen qui est sensée rassurer, hein, dont la normalité est sensée rassurer et en fait on s'aperçoit que ça ne rassure quasiment jamais le patient qui fait cet examen.

- Parce que la plainte persiste, ou le symptôme persiste ?

- Ben parce que probablement que ça n'amène rien et que le patient en arrive à dire : avant l'examen il dit oui, oui il faut faire, je sais pas, je dis n'importe quoi, un scanner ou une IRM encore mieux, parce que si c'est normal ça va me rassurer alors qu'en fait ça ne rassure

jamais personne et après l'examen il dit oui il était normal mais c'était peut-être pas le bon examen qu'il fallait faire. Donc il y a toujours une escalade dans les demandes d'examens paracliniques de la part du patient mais le médecin aussi est participant à ça... et que il importe euh..., quand on fait une démarche de ce type de cadrer les choses préalablement en disant OK mais cet examen sera...s'il est normal on en restera là parce que... en fait de verrouiller les choses préalablement. Alors est-ce que cette démarche risque de diminuer les examens paracliniques, j'avoue que j'en sais rien. J'en doute mais j'en sais rien.

- D'accord. Et en fait, quand vous avez, j'allais dire, diagnostiqué ou l'intuition qu'il y a une cause pas purement, puisque ce n'est pas forcément tout inexplicable, médicale. Est-ce que vous en parlez avec le patient ?

- Evidemment. Evidemment. Bien sûr. La question se pose même pas. Avec des mots qui sont, qui doivent être effectivement choisis, parce que ce n'est pas toujours très facile euh..., avec des, une progression dans le dialogue, en choisissant aussi son moment mais enfin, de principe, euh... il est souvent un petit peu bénéfique de bousculer les choses, de bousculer un peu les idées reçues. Alors il faut pas le faire n'importe comment. Encore une fois, il faut choisir ses mots mais de toute façon l'objectif c'est bien précisément d'aborder ça et d'aborder la possibilité de quelque chose de non médicalement euh...

- Expliqué.*rire*

- Voilà expliqué.

- Les patients réagissent comment ? Alors c'est sûrement difficile d'une manière générale de répondre mais est-ce que ça induit un changement d'attitude vis-à-vis de vous, ça doit pas être si simple ?

- Attendez, attendez, est-ce que ça induit un changement d'attitude ? Oui, c'est ce qu'on souhaite.

- Mmm, mmm...

- Alors pas toujours, il y en a qui effectivement à l'évidence ne réagissent pas, ne veulent pas entendre, ne veulent pas comprendre, bon. Ça n'a pas d'importance. En médecine générale, nous avons l'avantage, l'extrême avantage de fonctionner dans la durée. C'est-à-dire ce qu'on dit aujourd'hui va peut-être porter ses fruits dans X temps. On s'en fout, ça n'a pas d'importance. Euh... je ne sais plus où je voulais en venir, enfin l'objectif c'est bien de faire évoluer les choses et de faire que le patient puisse voir son problème sous un autre angle, c'est le même problème mais il le voit sous un autre angle, sous un autre éclairage. Donc l'une des façons d'arriver à ça c'est bien de le conduire à voir son problème de cette autre façon là et pour cela il faut effectivement l'accompagner et lui dire. C'est obligatoire.

- D'accord, est-ce que vous utilisez des termes particuliers dans ces cas-là pour les patients ?

- C'est éminemment, ça doit être éminemment personnalisé et fonction du moment, fonction de la personne, fonction de ce qu'on imagine de sa personnalité, de sa façon d'écouter, de sa perception des choses, etc. C'est, ça doit être parfaitement adapté et personnalisé. Y a pas de mots recettes.

- Est-ce qu'il y a des choses qui vous posent problèmes, que vous trouvez, que vous ressentez comme difficiles dans la prise en charge de ces patients, où j'allais dire ce symptôme là est mis en avant, puisque vous avez dit qu'il y avait quelque chose d'intriqué pour chaque patient mais quand c'est vraiment quelque chose ...

- Est-ce qu'il y a quelque chose qui est difficile... Non tout est difficile. Euh... Ceci dit il y a des choses qui sont bien plus difficiles que ça hein. C'est bien ça qu'est passionnant justement... Cet aspect, euh... jamais pareil, cet aspect d'être, ce que je trouve tout à fait passionnant c'est euh... d'adapter ce qu'on a à dire au patient et à sa capacité d'écoute, sa capacité de compréhension. C'est pas démagogique, hein, c'est pas il faut savoir s'abaisser pour que le patient puisse comprendre. Non c'est pas ça. C'est pas du tout ça. C'est d'arriver à adapter sa communication de telle sorte qu'on puisse se comprendre et fort de ça on peut commencer à faire du bon boulot ensemble.

- Pour prendre en charge ces patients est-ce que vous utilisez des médiations particulières, enfin, que ce soit certains médicaments, ou de l'homéopathie ou vous envoyez chez des confrères...
- Des médiations particulières pour arriver à se comprendre ?
- Ou à prendre en charge le symptôme, à essayer d'avancer.
- Euh...Sûrement beaucoup de métaphores, de comparaisons, de dessins, de croquis pour expliquer les choses, de bouquins sur lesquels il y a des dessins qui sont tous faits. Euh..., de... Ouais. Des médiations c'est ça, pour moi c'est ça. C'est... Je ne comprends pas très très bien, « l'utilisation de médiations sous forme de médicaments » ? Je ne comprends pas ça. Qu'est-ce que vous voulez dire ?
- Est-ce que quand vous sentez qu'il n'y a pas de ...
- Ah d'accord ça y est... la prescription de produits, euh..., comment on peut dire... par exemple les placebos vous voulez dire...
- Par exemple
- Oui, ça j'utilise ça, ça arrive, en particulier alors les... l'utilisation de temps en temps d'antidépresseurs, ...je souris par ce qu'on a trop régulièrement des labos qui viennent nous présenter des antidépresseurs et selon le DSM IV. *Bruit de tiroir*. Alors en soit les antidépresseurs pour nous ils sont utiles, ils sont indispensables, ils correspondent à l'AMM, allez, deux ou trois fois par an. Pas plus. Et quand on trouve un produit qui a une authentique maladie dépressive qui nécessite des antidépresseurs, alors il nous fait tellement peur qu'on se dépêche de l'envoyer chez le spécialiste. Alors que si on écoute les médecins installés en ville, des dépressions ils en voient plusieurs par semaine. Parce que justement c'est la différence entre la maladie dépressive et le syndrome dépressif réactionnel et le syndrome dépressif réactionnel c'est pile poil ce qu'on évoquait tout à l'heure c'est-à-dire des gens qui viennent avec un problème qu'ils n'arrivent pas à résoudre et pour lequel ils viennent demander un conseil. Alors le fait de ne pas arriver à résoudre un problème c'est assez désagréable et puis ils sont soucieux, du coup un peu tristes, du coup un peu avec la tête parasitée par ce problème euh... avec de la difficulté à faire autre chose, avec éventuellement des troubles du sommeil. Enfin, autant de symptômes qui sont, pour lesquels euh... la maladie dépressive est évoquée et on leur colle un antidépresseur. En leur disant ben avec ce produit vous allez voir la vie en rose, ça va aller beaucoup mieux. Alors que le problème c'est d'arriver à décortiquer le problème qu'ils ont dans la tête et à essayer de voir ce qu'il est possible de faire, ce qu'il est possible que EUX fassent, pour pouvoir voir le problème sous un autre angle, comme on le disait tout à l'heure et éventuellement pouvoir le résoudre. Ou le vivre mieux. Et à ce moment là il est vrai que il peut être intéressant, pas toujours, mais il peut être intéressant de leur dire ben je vais vous donner quelque chose qui va pas résoudre votre problème mais qui va vous mettre dans une disposition d'esprit pour pouvoir vous aider à le résoudre. Alors là on arrive à une médiation de prescription ou à une prescription de médiation. Euh... mais on est bien d'accord que l'antidépresseur n'a pas grand intérêt en tant que tel, si ce n'est que ben il illustre un peu. Mais si on écoute Jean Jacques Aulas, on peut donner ce qu'on veut. voire même de l'homéopathie. De toute façon ce qui importe c'est qu'il y ait une réponse médicamenteuse qui corresponde à l'attente et ce qui permet aussi d'aborder le problème d'une autre façon. En somme c'est un patient qui vient avec un besoin et en même temps avec un problème et il s'agit de résoudre... de répondre à l'attente du type besoin, et en même temps... pour pouvoir répondre à l'attente du type problème. D'ac ?
- D'accord, c'est clair. Du coup, c'est un atout en médecine générale d'avoir une approche plus globale du patient et de le connaître...
- Non madame.
- Dans son environnement.

- Non. C'est pas un atout. C'est la médecine générale. C'est pas quelque chose de plus. Si c'est pas vrillé dans la tête ça, je suis excessif dans mes propos. Mais c'est pas la peine de faire de la médecine générale. C'est ça l'une des caractéristiques de notre boulot de médecin généraliste. Les homéopathes se gaussent d'avoir justement une approche globale... de voir la personne dans sa totalité, je ne leur dénigre pas du tout ça. Ce que je conteste c'est qu'ils présentent les choses comme si c'était leur prérogative par rapport à n'importe quel autre exercice médical. Je suis désolé nous avons le même souci. Voilà.
- Entendu. **Rire**
- Et c'est pas quelque chose de plus.
- Je voulais savoir aussi du coup dans l'intérêt que vous portez à cette problématique que ça nécessite une formation particulière ?
- ...« Sans travail, le talent n'est qu'une sale manie ». Georges Brassens. Oui ça demande du boulot parce que ça demande, je suis pas sûr que ce soit le terme boulot, de travail soit le bon terme. Je crois que ça nécessite une réflexion, ça nécessite petit à petit d'aller chercher, d'aller rencontrer à droite et à gauche cette sensibilité et les outils qui peuvent être nécessaires pour mener à bien ça, cet aspect des choses. Ca se fait. Ca peut sûrement s'enseigner. Sûrement.
- Mais pour vous les outils par exemple vous les avez trouvés où ?
- Alors, à droite et à gauche. En, en euh... Ca a été la rencontre par exemple avec un ami qui fait du coaching et qui auprès duquel j'ai appris un certain nombre de choses qui me semblent utiles, dans l'exercice médical. Il n'est pas du tout médecin lui, il s'occupe de gens...A tel point que effectivement je lui envoie des patients pour une approche beaucoup plus pertinente que je ne sais pas faire, pour ça ! D'autres outils, c'est les techniques d'écoute donc de communication en général et puis par exemple les formations Balint. Et puis il y a plein d'outils et il faut se faire sa boîte à outils. En fonction de ce qu'on veut faire. A côté de ça c'est une formation complètement permanente pendant la totalité de l'exercice professionnel. D'avant l'installation jusqu'à après le départ à la retraite. Petit à petit.
- Très bien. Je vous remercie.

Entretien C

- Je rappelle juste, donc, l'objet de ma thèse c'est de... d'étudier la prise en charge en fait des symptômes biomédicalement inexplicables.
- Oui
- Et par les médecins généralistes. Voilà, en fait je voulais commencer un petit peu cet entretien un petit peu en vous demandant pourquoi vous aviez choisi la médecine générale, et voilà ce qui vous plait, ce qui est plus difficile dans votre travail.
- Ouais. Alors, euh... la médecine générale euh... parce que c'est varié et c'est vrai que je voyais pas quelle spécialité j'aurais pu choisir de toute façon. Euh...Y avait au départ aussi la localisation parce que quand j'ai commencé le concours de l'internat ben on prenait pas encore les médecins généralistes et du coup je voulais rester sur Lyon et j'avais déjà un bébé. Voilà, une autre bonne raison de rester sur Lyon et puis euh...j'ai pas passé le concours de l'internat. Autrement, ce qui est difficile euh... je ne sais pas ben pas difficile, c'est vrai que c'est varié que je... enfin difficile ici on est quand même dans un quartier populaire donc y a pas mal de problèmes sociaux et de choses comme ça mais qui moi m'intéressent et je trouve pas ça spécialement difficile même si je veux dire faut prendre du recul vis-à-vis des situations qu'on voit hein... sinon, voilà leurs situations font réfléchir quand même mais, autrement je sais pas c'est qu'est difficile euh... en terme de pathologies ? Ou de ...*interrogative*
- Non...

- L'organisation du cabinet ?
- Ce qui vous plaît. Ce que vous aimez aussi dans votre travail. Pas seulement ce qui est difficile.
- Ouais d'accord. *rire*. Parce que non autrement alors voilà ce côté varié, voilà, moi, d'être installée ici*appuie sur ici*, d'avoir de tout, de tous les styles de population, moi j'aime bien hein, d'être aussi bien en contact avec l'assistante sociale tous les jours que d'avoir des pathologies difficiles aussi quoi euh... je trouve que, même en ce moment où il n'y a pas beaucoup de viroses mais j'trouve qu'on voit beaucoup de..., enfin justement faut être attentif quoi, y a plein de choses de pas courantes quoi.
- Mmm...
- Mais c'est bien aussi. Ça fait partie des choses voilà des choses euh... Et puis le fait d'être quatre, j'trouve que ça, ... enfin, c'est bien...on s'entend bien aussi mais, c'est agréable et j'aurais pas pu m'installer toute seule, rien que pour le fait de pouvoir rediscuter des dossiers des uns des autres euh..., et puis pour l'organisation euh... voilà, on travaille tous à temps partiel tous les quatre. Donc c'est quand même drôlement intéressant. Moi je travaille 3 jours plus un samedi matin de temps en temps.
- D'accord
- Voilà. Toi tu veux... faire... tu sais ce que tu veux faire ?
- Oui, oui, j'veux m'installer j'sais pas encore où mais. *Rires*
- T'es en quel semestre ?
- 5^{ème} semestre.
- D'accord
- Donc il me reste 2 semestres. Voilà
- Il te reste le 6^{ème} semestre. Tu commences le 5^{ème} ?
- J'commence le 5^{ème}.
- D'accord. Tu voudrais t'installer de toute façon, fin t'aime bien...
- Oui oui *rires*. Voilà.
- D'accord.
- Donc. Voilà l'idée c'était de commencer donc : si vous pouviez me parler d'un dossier qui vous a, qui vous est venu quand je vous est présenté un peu l'objectif de mon travail.
- Oui, euh..., symptômes biomédicalement inexpliqués. Euh..., c'est vrai qu'j'ai en tête une patiente en tête que je connais pas forcément très, que je ne suis pas depuis très longtemps mais qui me pose presque problème puisque que je pense qu'elle a, voilà, parce que je pense que ce n'est pas forcément les médicaments qui vont tout traiter chez elle mais *elle cherche sur son ordinateur*. Alors euh.....Voilà. Je ?...
- Voilà...
- C'est une patiente donc qui a 54 ans qui fait beaucoup plus que son âge, euh... qui vient tout le temps avec mais plein plein de multiples plaintes. Je crois pas qu'elle ait de problèmes de santé particulier jusqu'à présent si ce n'est plein de problèmes de dépression, de moral, de anxio-dépressive et cætera depuis quelques temps. Elle change de médecin assez fréquemment, moi je la suis depuis seulement 1 mois et j'ai du la voir, j'ai cru que ça faisait plus longtemps que je la suivais *rires* j'ai du la voir j'sais pas 5 ou 6 fois depuis... *Elle compte sur le dossier : 3, 4, 5*. Elle me rappelle quasiment tous les jours, euh... voilà ce matin, mardi, elle m'a rappelé, voilà. Et euh...j'crois qu'on ne peut pas tout traiter par les médicaments parce qu'elle se plaint de tout. Donc, elle a mal partout : euh... au ventre, enfin à l'estomac, aux intestins, elle a de la diarrhée, elle a mal aux épaules, elle a, elle peut plus... elle trouve qu'elle a mal aux jambes, elle marche bien quand même hein parce qu'elle habite loin et elle vient à pied donc euh... qu'est-ce qu'elle a encore, elle dort pas la nuit, bon elle a un problème de moral évident
- Mmm...
- Voilà, donc je sais pas si c'est, si ça rentre dans le cadre de ...enfin.
- Ben en tout cas enfin, justement la question c'est pas forcément les cadres,*recentrer*.
- Ouais

- C'est de voir ce que ça vous a évoqué comme patient et en fait par exemple sur ce cas est-ce qu'elle a déjà bénéficié d'explorations biomédicales...
- Donc elle a eu une prise de sang dans les premiers jours où je l'ai vue. Je, pour justement ne pas mettre tout cela sur le compte de, d'un problème psychologique sans avoir avant vu autre chose. Donc elle a eu une prise de sang, un bilan hépatique euh..., qu'était normal, elle a eu euh..., *cherche dans dossier* elle a eu une échographie abdominale, c'est pareil c'était, l'échographie ne montre pas grand-chose si ce n'est une colite peut-être, suspecterait une colite. Sinon parce que quand même ce dont elle se plaint le plus c'est ça : le ventre, les diarrhées, que elle n'arrive pas à bien manger. Aucune perte de poids hein depuis, apparemment son poids est stable depuis plusieurs années et j'ai pas encore récupéré son dossier, de son ancien médecin. Elle doit me le ramener. J'ai encore re-marqué : doit ramener son ancien dossier. Elle ne me l'a pas encore ramené. Je pense qu'elle est un peu réticente à le demander. Euh..., autrement comme exploration, c'est tout ce qu'elle a eu. En un mois, c'est déjà pas mal. (Rires)
- En fait qu'elle explication vous donnez, vous à...
- Alors je lui dis que euh... elle a sûrement mal que ça je la crois qu'elle ait mal mais par contre que c'est probablement ses problèmes d'angoisse qui euh... qui font qu'elle ne peut plus supporter ces douleurs là. Et que, donc qu'il faut d'abord que l'on traite l'angoisse. Alors en plus elle prend très mal ses médicaments, donc elle veut changer sans arrêt de médicaments et elle les prend pas tous. Donc je lui dis que je peux pas lui en donner pour tout ce dont elle se plaint sinon elle les prendra mal donc on a ciblé. Donc je lui donne quand même de l'oméprazole parce qu'elle en a depuis très longtemps et ça je peux pas euh... voilà, donc je lui donne de l'oméprazole, du xanax et puis pour le reste, on a essayé le gaviscon mais elle aime pas donc elle l'a arrêté, et débridat. Voilà, donc elle prend ça pour l'instant.
- D'accord, *sourires*et...
- L'explication c'est ça, je lui dis qu'on ne peut pas tout traiter parce que sinon elle aura trop de médicaments et elle va être encore plus malade. *Rires*
- Est-ce que vous avez l'impression que vous rencontrez beaucoup de patients comme ça ?
- Oui, quand même. Euh... quand même. Alors l'angoisse d'être malade probablement et puis l'angoisse des gens qui ont déjà eu une grave maladie, un cancer du sein ou...et alors du coup qui ont de multiples plaintes et là on a plus de mal encore à dire euh...on fait pas d'explorations, ils veulent des explorations sans arrêt et du coup ...
- Mmm... Et vous vous en sortez comment, face à cette demande?
- En disant que les explorations ce n'est pas anodin. Une échographie j'la donne assez volontiers et enfin, j'la fais faire sans trop trop m'poser de questions et quand même on ne peut pas tout mettre non plus sur le compte des problèmes psychologiques ou des angoisses, hein donc. Mais après le reste j'leur dis qu'est pas anodin, que passer des radios ben c'est aussi, on peut pas en faire tout le temps parce que y a des rayons. Que de faire des gastroscopies, des coloscopies que, c'est pas rien, que c'est sous anesthésie et que...Généralement déjà comme ça on en élimine un petit peu et puis après euh... Voilà, en leur redonnant un peu des cadres sur, quand faut faire des examens. Moi les scanners j'leur dis ben voilà on fait un scanner dans tel et tel cas, du coup vous ne faites pas partie de ces gens là, donc on ne peut pas en faire pour l'instant, on en fera si on voit que les choses s'aggravent, ou qu'elles continuent. Mais je dis pas non quand même d'emblée quoi.
- Et, face à ces patients qu'est-ce que vous ressentez par rapport à la prise en charge?
- Alors euh..., par exemple, elle, elle qui me rappelle sans arrêt donc c'est bien qu'il y a quelque chose qui ne lui va pas quand même dans ma façon de faire parce que j'la connais encore pas trop trop bien mais manifestement si

elle était moins angoissée elle rappellerait pas tout le temps, donc y a quand même encore l'angoisse qui persiste hein. Donc si elle rappelle pour savoir si elle peut en prendre deux au lieu de un, si elle peut prendre, j'sais plus ce qu'elle voulait prendre, c'matin elle m'a appelé pour savoir si elle pouvait prendre la titoréine parce qu'elle avait des hémorroïdes*sourire* en même temps que tout ce que je lui avais donné. Je lui ai dit oui. Donc je sais pas si la réponse... En même temps je pense qu'il faut garder un cadre dans le sens où faut pas prescrire de médicament pour tout...Elle a envie de vomir, elle a plein de choses, mais on va pas mettre quelque chose pour la diarrhée, quelque chose pour...Voilà j'sais pas si ça lui satisfait vraiment hein mais... Et puis pour les gens qui demandent beaucoup d'exams, j'vois une patiente par exemple, elle redemande au cours, au fil des consultations, quand même mais j'pense que voilà, que on peut pas faire des exams sans arrêt...

- Et vous disiez j'sais pas si ça la satisfait et vous, vous le vivez comment ?

- Euh..., ils reviennent donc je me dis que ça doit quand même leur convenir,*sourire* après euh.....non j'pense qu'ils me font confiance quand même...enfin, ils ont confiance en vous...j'leur dis d'ailleurs que si ça va pas mieux, si ça continue, on ira plus loin.

- Mais vous par exemple, ça ne vous gêne pas justement qu'ils reviennent sans avoir cette impression d'être guéri.

- Non, j'pense qu'on peut pas les guérir de tout, on peut les soul... enfin voilà les soulager peut-être que... On ne peut pas les guérir de tous les symptômes. Non, je ne sais pas... j'sais pas ce que vous en pensez ?*rires*

- J'pourrais vous le dire après, mais là c'est pas...*gène pour rebondir dans l'entretien*

- Ouais...

- Et euh...donc vous me l'avez dit un petit peu, mais vous en parlez de manière assez systématique avec les patients quand vous pensez que la cause n'est pas euh... justement euh... déterminée de manière un peu organique. Vous arrivez à en parler ?...

- Si, j'arrive à en parler. Souvent j'fais quand même un minimum de bilan avant, enfin de bilan, même si c'est pour fatigue ou pour des choses voilà, ça m'arrive quand même de faire une prise de sang et de me dire bon ben après on arrêtera de faire trente six exams et de donner trente six médicaments et je leur dirai qu'effectivement il faut d'abord que ils dorment mieux, que et puis peut-être que le reste ira mieux avec le temps. On arrive quand même à en parler.

- Est-ce que vous pensez que ça provoque des choses chez eux. Ils le reçoivent comment ?

- Alors, il faut pas, j'leur dis jamais directement que c'est psychologique par exemple. J'vais pas leur dire ça, parce que je...et euh... j'crois qu'il faut déjà leur dire qu'on comprend qu'ils aient mal, et que ils ont réellement mal en plus je pense réellement qu'ils ont mal, enfin ils se plaignent réellement pour quelque chose quoi

- Mmm...

- Même si c'est psychologique ils ont réellement leur plainte. Donc même si derrière ça ne nécessite pas de traitement ou d'examen donc ça je, voilà, j'commence par les comprendre, par leur dire, oui, vous avez raison vous avez ceci mais voilà nous en tant que médecin on juge nécessaire de faire tel examen mais pas celui-là ou de faire...nous ça nous évoque ben rien de dangereux pour votre euh... intestin ou rien de dangereux pour votre cerveau parce que ceux qu'on mal à la tête ils veulent des scanners, non non ben non, l'examen neurologique était normal donc j'pense que c'est pas, ça vient pas d'votre cerveau par contre ça vient de euh... voilà. Donc en fait quand on les rassure en disant ben on a fait tel examen celui là était normal c'est pas la peine d'aller d'en faire un autre, généralement, enfin j'pense que ça les, ils sont suffisamment rassuré. Quand ils sortent je les sens pas euh...

- Donc vous disiez là euh... vous leur dites ça vient..., c'est pas quelque chose de grave, ça vient de...Et pour vous ça vient d'où ?

- Alors euh..., ça vient d'où, on le sait pas forcément. Après nous ce qu'on sait, c'est éliminer des choses enfin j'pense que notre devoir c'est d'éliminer quelque chose d'important. Quelque chose qui pourrait être d'organique justement ou quelque chose d'organique en tout cas.

- Mmm...

- Après si ça ne l'est pas, par l'examen clinique qu'on vient de faire ou par la biologie ou l'échographie bon ben. J'me dit j'leur dit ça vient probablement soit du manque de sommeil soit de...parce que des gens qui dorment mal la nuit y en a énormément donc euh... ben ça peut engendrer tout un tas d'autres choses la journée hein, des vertiges probablement, des gens qui dorment deux heures la nuit, qu'ont des rythmes complètement... Ca peut venir, je ne sais pas d'une mauvaise alimentation, ça peut venir de problèmes d'angoisse, probablement pour certaines personnes pour cette personne là probablement ça a un lien sûrement avec un problème d'angoisse, de dépression. Après j'connais pas suffisamment sa personnalité pour en... je lui ai proposé, j'lui ai demandé si elle voulait parler euh... avec d'autres gens que moi parce que j'la connais pas très bien et je sais d'ailleurs pas pourquoi elle a ces problèmes d'anxiété et y a probablement une origine hein à tout ça, elle veut pas du tout aller voir quelqu'un un psychologue ou quelqu'un comme ça. J'lui reproposerai dans quelques temps...

- Mais vous arrivez à dire aux gens que ça peut avoir une origine psychologique, tout à l'heure j'ai cru comprendre que vous n'aimez pas trop euh... leur dire ça, de cette manière là...

- Mais en tout cas je peux le leur dire mais en leur disant ben avant de vous dire que ça vient de votre moral euh..., je vais d'abord, on va d'abord éliminer d'autres problèmes, voilà, on fait la prise de sang etc. et quand on a fait ça, par exemple elle c'est tout à fait...et puis y en a plein d'autres, c'est comme ça que je fais, voilà. Et elles reviennent avec leurs résultats et je leur dis bon ben voilà, on a pu éliminer quelque chose d'important qui nécessitait un médicament spécifique ou euh... de voir un spécialiste, non, y a pas besoin donc on peut essayer déjà effectivement essayer de calmer les angoisses et de voir si quand le moral ira mieux si ça continue quoi. J'leur dis peut-être pas directement c'est le fa...j'leur dis pas c'est psychologique votre problème quoi quand même, enfin...En plus je sais pas bien ce que c'est psychologique... *Rire*...Quand on leur dit c'est du à vos angoisses, ou à vos problèmes de moral ou tout ça, ils se disent souvent euh _____.

- Et ils l'entendent ?

- Je sais pas. Probablement, puisque ils enfin, par exemple elle on n'a pas refait d'examen et elle n'en a pas redemandé. Donc euh... au début elle voulait un scanner, une échographie tout un tas de truc pour son ventre. On a fait l'échographie et on s'en est arrêté là et on a fait la prise de sang quand même, mais on n'a pas refait de... pour son cerveau parce qu'elle avait mal à la tête elle voulait un scanner. Elle avait un examen neurologique parfaitement normal, j'vois pas l'intérêt de faire un scanner et bon apparemment ça lui a s... ça lui va quoi et puis elle est bien d'accord qu'elle a des problèmes d'angoisse donc.

- Là vous parlez par exemple justement de médicaments pour les angoisses, pour aider à traiter ça. Est-ce que vous vous avez, vous sentez important qu'il y ait des médiations pour prendre en charge ces patients là ?

- Autre chose que les médicaments ?

- Ben, les médicaments ou autre chose oui.

- Alors euh... Les prises en charge par les psychologues ou les psychiatres j'pense que c'est indispensable pour certains patients,_____je ne suis pas compétente... Donc oui. Après euh..., les médicaments, certains, j'pense que c'est aussi important. Moi j'fais un peu plus de somnifère pour les aider, pour certains en tout cas qui ne dorment pas la nuit, je suis plus somnifère que de donner des anxiolytiques euh... voilà j'suis, j'préfère recadrer souvent

leur rythme de sommeil et après euh... si y a besoin ben autre chose quoi.

- D'accord. Et euh..., je n'sais pas depuis combien de temps vous êtes installée ?

- Ça fait pas très longtemps, deux ans et demi.

- Du coup est-ce que vous vous sentez préparée, formée à prendre en charge ce type de patients.

- Euh..., non pas vraiment. C'est vrai que j' pense qu'on est quand même formé à ne pas faire trop trop d'exams et trop de prise de sang. Après euh... prendre en charge les problèmes psychologiques, pas vraiment...

- Pour vous c'est un manque du coup ?

- Euh... C'est quelque chose que j'aime bien quand même. Donc, je m'y suis intéressée donc c'est vrai que j'ai... Bon, j'vois bien qu'il y a des gens qui reviennent qui vont pas bien par exemple... qu'entre associés on n'est pas tous intéressés par la même chose et moi je récupère plus de patients qui ont des problèmes psychologiques ou sociaux ou des choses comme ça. Je m'y suis intéressée.

- Et formée ?

- Formée, euh... j'avais fait une FMC euh... mais euh... voilà un séminaires sur 2 jours. C'était un des premiers que j'ai fait. J'en fais trois par an. C'était un des tout premiers, c'était avec Mgform. C'était un peu ça quoi : prise en charge euh..., je ne sais plus comment c'était intitulé, mais prise en charge psychologique...

- Et euh... finalement si je vous parle de symptômes biomédicalement inexpliqués. Vous est-ce que c'est un terme que vous utilisez, un concept que vous utilisez ?

- Alors un terme que j'utilise, non. *Rire*. Euh... après, concept je sais pas, du coup je me disais que c'était des gens qui venaient avec des symptômes sans que ce soit expliqué ni par la biologie ni par euh... les pathologies organiques quoi.

- Et spontanément vous utiliseriez quoi comme nom pour parler de ces gens-là, de ces patients ?

- Euh... C'est vrai qu'on vient peut-être à dire que c'est des problèmes psychologiques. Même si euh..., c'est pas péjoratif pour moi. Hein

- Vous ne parlez pas de pathologies fonctionnelles euh... ..

- Ah si oui si. Pour le ventre par exemple. D'ailleurs c'est comme ça que c'est codifié notre ordinateur quand les gens ont des troubles fonctionnels de l'intestin pas très organiques justement. On utilise ...

- D'accord et si je vous parle de troubles somatoformes, ça vous parle plus.

- Euh..., non. Somatique. Non. Pas spécialement.

- C'était par rapport à la terminologie.

- Troubles fonctionnels, oui.*blanc*

- D'accord. En fait, ma dernière question.*sourire* Est-ce que, quelle place, quel rôle vous pensez qu'un médecin généraliste a pour ce genre de patients ? La place qu'il tient ?

- Alors, j' pense qu'il est important parce qu'en même temps il y a une demande même si c'est pas une réponse qui est forcément de médicament, une demande qui est pour nous on peut l'estimer justifiée ou pas mais pour eux de toute façon elle est justifiée, ils ont mal quelque part ou ils sont pas bien de toute façon donc euh... si j' pense on a... j' sais pas qui ils iraient voir autrement sinon peut-être pour certains psychologue ou psychiatre mais euh... pour d'autres ben c'est pas nécessaire puis ça peut simplement être calmer leur angoisse, et puis calmer leur angoisse peut suffire de nous voir pour parler de j' sais pas, de leur maux de tête, et ils ont envie qu'on leur dise qu'on les rassure en leur disant voilà...c'est des migraines liées à rien de plus. Alors ça peut les rassurer pendant, pendant...pour quelque temps.

- Et euh... vous disiez tout à l'heure que justement il y avait dans, là où vous exercez tout un contexte aussi social, enfin que vous connaissez. Est-ce que vous pensez que cet aspect spécifique justement de la médecine générale ça aide à prendre en charge ces patients-là ?

- Le fait de tenir compte de leur...

- Alors de tenir compte de leur...niveau social, enfin de leur cadre de vie quoi. Ben c'est sûr que, c'est sûr qu'il y a des gros problèmes quand même soit avec les enfants soit avec plein de choses, le logement, c'est indispensable de prendre en compte tout ça parce c'est sûr qu'ils n'ont pas la même demande que, que d'autres. Ils n'ont peut-être personne qui puisse les rassurer autour d'eux ou à qui ils puissent demander quoique ce soit euh...J' pense que c'est indispensable de tenir compte de leur cadre de vie quoi. D'ailleurs y en a qui parlent pas très peu français donc ils ne peuvent pas lire sur une boîte de médicaments donc ils ne pourront pas en prendre tout seul. Il faut prendre en compte ce genre de choses. J'n'ai plus en tête ce qui peut être différent selon le contexte social mais...

- Ce n'sont pas les différences, le fait de...

Téléphone : interruption de quelques minutes

- Ma question c'était sans parler forcément de différences, en fonction du niveau social, c'était plutôt l'idée de connaître l'histoire, l'environnement des gens, qui est une particularité quand même de la médecine générale euh..., est-ce que vous sentez que c'est une aide ?

- Oui quand même, ben par exemple cette dame que je ne connais que depuis un mois, j'aimerais connaître, enfin savoir pourquoi elle va pas bien, pourquoi elle revient sans arrêt, doit bien y avoir une raison. Pour l'instant j'arrive pas et c'est vrai que je, j'essaye de lui poser des...enfin, de savoir pourquoi ça va pas, peut-être bien que je vais y arriver*rire* mais euh..., oui c'est important en fait.

- Très bien, merci de m'avoir reçu.

Entretien D

- Je rappelle juste l'objectif de mon étude, c'est de réfléchir à comment les médecins généralistes prennent en charge les patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués.

- D'accord.

- Voilà, et en fait euh... l'idée, enfin, pour commencer l'entretien j'aurais bien aimé que vous me disiez pourquoi vous avez choisi la médecine générale et ce qui vous plaît dans ce travail, euh..., aujourd'hui.

- Euh..., alors, *rire*, la méd... j'ai déjà choisi la médecine je pense sincèrement euh... par, pour deux raisons, euh... probablement quand même une vocation, parce que je vais vous dire qu'à 3 ans je crois que j'ai demandé pour Noël un petit hôpital, pas la panoplie du médecin mais l'hôpital complet, et euh... ensuite j'étais malade depuis toute petite, j'ai un asthme, un asthme d'enfant, donc en plus j'étais souvent dans le milieu médical. Je pense que ça a beaucoup joué aussi à peu près dans le choix d'une carrière. Et la médecine générale en particulier parce que quand je suis arrivée au moment de l'internat, c'est-à-dire de choisir une spécialité, y en avait pas franchement qui me plaisaient et surtout je ne supportais plus le milieu hospitalier. Donc je ne voulais plus faire 4 ans d'internat.

- Mmm, mmm.

- Voilà. Et honnêtement moi je ne me voyais pas faire une spécialité dans laquelle j'allais voir des patients atteints de la même maladie tous les jours euh 365 jours par an. Donc, voilà.

- Et aujourd'hui, par rapport à ce choix...

- Ben je pense que je referais le même choix. Franchement. C'est sûr, je me dis qu'il y a des spécialités qui en fin de compte m'auraient bien plu, notamment la chirurgie, la chirurgie générale entre autre, parce que justement on ne fait pas toujours la même chose et que c'est intéressant et puis on a des résultats rapides et tout de suite quoi hein, visibles tout de suite, euh...

- Pas en médecine générale ?...*sourire*

- Si. Faut pas...en médecine générale on a des résultats aussi rapides. On soigne une angine, on soigne une grippe, euh bon ben quatre jours après ils sont guéris hein, une gastro c'est pareil hein. Bien sûr on ne les revoie pas certes, sauf qu'on les revoie pour autre chose et qu'ils nous

disent que le traitement a bien marché. Euh voilà, donc c'est quand même très valorisant de faire de la médecine générale. C'est très valorisant parce qu'on s'aperçoit que les gens après nous amènent, euh, euh, ben leur mari, leur père, leur grand-père et qu'au bout d'un moment on ne fait plus de la médecine générale on fait de la médecine de famille et qu'on a 2, 3, 4 générations.

- Et ça c'est quelque chose qui vous plaît justement ?
- Oui, c'est très intéressant. Ça rend plus facile euh le diagnostic, ça rend plus facile pour aussi notre traitement, la prise en charge des patients, parce qu'on connaît le contexte, que c'est une prise en charge globale et que ben par exemple la famille dont on sait que le mari est au chômage, qu'elle a 4 enfants, qu'elle travaille pas, on va peut-être pas lui prescrire des médicaments non remboursés. Hein, on sait, euh on sait aussi que si elle va pas bien en ce moment c'est parce que sa mère est à l'hôpital en train de mourir, euh. On connaît sa maman, et y a plein de choses comme ça qui entrent en compte et on sait pourquoi elle va pas bien en ce moment et c'est pas forcément une dépression endogène ou un truc comme ça, donc on traitera pas pareil. Voilà. Non, non la seule chose qui nous fait dire qu'on n'a plus envie de faire de la médecine générale c'est plutôt au niveau administratif, c'est vrai que la sécurité sociale franchement nous aide pas, hein, nous met des bâtons dans les roues sans arrêt, surtout en ce moment, pour des questions d'argent hein, bon c'est évident, mais du coup on a l'impression qu'on est plus totalement libres de faire ce qu'on veut, et c'est la réalité. Et puis du côté des patients aussi qui deviennent souvent très exigeants, euh... voire même menaçants, voire agressifs, euh pour des urgences qui sont pas des urgences quoi, qui sont jamais des urgences et simplement faut les prendre tout de suite, parce que c'est le moment où ils ont décidé qu'il fallait qu'on les voie. Donc ça, il faut gérer ça mais pour moi, dans mon cabinet personnellement euh, je gère assez bien et euh, moi je je dis à mes patients, ben non vous avez raté le dernier RDV donc là je vous prend pas.
- D'accord. C'est une exigence plutôt en terme de consommation de soins.
- Tout à fait. Et c'est régulièrement hein, qu'on est menacé, euh, parce qu'on est non assistance à personne en danger. Alors moi je leur réponds, vous savez vous n'êtes pas vraiment en danger*rire*et en plus si vraiment vous le sentez vous avez un arrêt de tram à 100 mètres ; et 2 stations et vous êtes à Grange Blanche, et vous allez aux urgences. Et voilà, donc, j'les reçois pas. Donc, j' dirai qu'on est plus, par contre on est un peu déçus aussi parce que euh on travaille trop et on a pas le temps souvent de faire de la bonne médecine générale. Donc, comme ce matin voyez il est trois heures, j'suis arrivée là il était huit heures J'ai pas arrêté et j'ai vu en moyenne, j'ai du voir, j'ai du prendre 10 minutes par patient. J'ai pas pu faire autrement.
- Mmm
- Parce que j'étais en consultation libre hein, ce matin. Donc euh, dans ces cas là on n'a pas le choix, quoi. Y en a trente qui attendent dans la salle d'attente, donc on a pas le choix, à peine si on les examine et forcément j'pense que à ce rythme là on va pas passer à côté de trucs, hein, c'est obligé. On passe à côté de choses parce que bon on trouve une tension à 15, on s'dit bon allez, ça va pour cette fois, on va pas se battre pour arriver à 14 ni à 13, bon pareil, on trouve une glycémie pas très bonne mais il est déjà traité, on va pas changer le traitement. Euh, et, parce qu'on n'a pas le temps, on n'a pas le temps ni d'expliquer, ni de chercher le nouveau traitement, ni d'expliquer au patient pourquoi on va lui changer son traitement qu'il prend depuis 10 ans, donc on s'dit ben on l'fera la prochaine fois.
- Mmm
- Et puis, la prochaine fois ça va être, on est en Novembre, la prochaine fois ça va être encore en Février, donc ce sera encore en pleine période d'épidémie, donc ce sera encore pareil. Des fois on a l'impression qu'on ne fait pas de la très bonne médecine.

- A cause de la gestion du temps. Du temps et de l'argent du coup...
- Du temps et de l'argent, mais c'est plus du temps, parce que franchement on verrait euh, moi j'vois j'ai des collègues qui gèrent très bien leur temps parce qu'ils ont des secrétaires, par exemple, donc elles laissent pas rentrer hein, c'est comme ça, et ils sont uniquement sur rendez-vous, ils prennent un RDV par demi-heure, ils ont 15 patients par jour et euh du coup, euh, bon c'est sur que ses enfants sont grands et qu'il a décidé en tout cas que tant d'argent par mois ça lui suffit quoi.
- Mmm
- Voilà.
- Vous vous travaillez combien par, vous travaillez les 5 jours de la semaine.
- Alors je travaille plus le mercredi mais du coup comme j'ai rallongé mes consultations de 2 heures par jour, tous les autres jours de la semaine, ça revient au même. Et j'travaille le samedi.
- D'accord et à peu près combien de consultations par jour ça vous fait du coup ?
- Ça fait 120 consultations par semaine à peu près.
- OK
- Pour en revenir au sujet de mon étude, du coup, quand je vous ai parlé de symptômes biomédicalement inexpliqués ça vous a fait penser à un patient ?
- Oui*sourire*
- J'me souviens...*sourire*.Ca n'vous était pas étranger...*ironique*
- Alors, on en a plusieurs. Euh, j'en ai une autre ce matin d'ailleurs qui est venue, elle avait un truc. J'en ai plusieurs comme ça euh, euh, alors y en a qui sont pas gênants. J'ai une dame par exemple elle a un écoulement mamelonnaire d'un liquide noir. Bon, qu'on a fait analyser. Elle est allée voir un gynécologue, elle a fait des mammographies, euh, c'est inexpliqué. Hein, le liquide c'est un liquide séromuqueux, y a rien dedans, il a une coloration noire, c'est comme ça. Donc c'est inexpliqué mais a priori c'est sans danger et euh ça n'la gêne pas plus spécialement donc on a laissé tomber. On n'en parle plus.
- Mmm
- A l'occasion j'lui demande est-ce que votre sein coule toujours ? Elle me dit oui, donc ce symptôme là on ne s'en occupe plus, on ne l'a expliqué, mais il gêne pas la patiente, apparemment il est pas dangereux, il a pas évolué, et a priori il ne va pas évoluer, parce que ça fait quand même plus de dix ans qu'elle a ça. Donc ce symptôme là il ne gêne...on ...enfin, on l'a mis aux oubliettes.
- Mmm
- Par contre les symptômes qui ne sont pas expliqués mais...*sonnerie de l'interphone*. Les symptômes par contre qui ne sont pas expliqués. Donc j'ai une jeune fille, j'vais vous sortir son dossier.*cherche sur son ordinateur*. Elle a 29 ans euh et qui a eu au début une lombalgie on va dire avec sciatralgie classique, hein. Euh, donc elle est traitée comme ça. En plus elle était hyper stressée, elle avait un boulot très prenant, elle travaille dans un laboratoire chez Merck. Et euh, donc, y avait pas mal d'explications comme quoi elle avait effectivement très mal. On a fait, on est allé jusqu'au scanner, elle avait effectivement une petite hernie qui n'est pas opérable, on a fait de la kiné et tout. Le problème c'est que maintenant, elle a développé effectivement des symptômes douloureux, au niveau des articulations des coudes, des épaules, des myalgies et là par contre, on sait pas, on sait pas. Les antalgiques ne marchent pas, les anti-inflammatoires ne marchent pas, euh elle est devenue insomniaque parce qu'elle a mal. Et puis parce que ...elle est jeune, elle a 29 ans donc à son âge elle comprend pas pourquoi elle est malade et pourquoi elle a mal comme ça. Et ben là on est très embêtés.
- Mmm
- Voilà
- Et sur cette phase là vous avez fait des explorations euh...
- On a tout fait. On a tout fait...

- J'imagine...

- Bien sûr on a fait...la biologie est strictement normale. Elle a vu un rhumato.

- Mmm

- Il n'a rien trouvé. Euh...son père est neurologue, en plus donc, qui ne veut pas la soigner d'ailleurs, donc il va la...alors y a quelqu'un qu'a émis le diagnostic de fibromyalgie. Evidemment

- Et vous vous en pensez quoi ?

- Je n'y crois absolument pas. Parce qu'en fin de compte je pense que cette fille euh, alors en plus quand on cherche un peu on voit que c'est quelqu'un qu'a des antécédents de boulimie, d'anorexie. Euh, qui en fait a des antécédents de dépression, qui a été sous Zoloft pendant très longtemps et euh *sonnerie d'entrée*qu'est suivie au niveau psychiatrique. Donc en fait je pense que ces symptômes là sont des expressions psycho...on va dire psychologiques de son mal-être qu'est antérieur hein.

- Et vous avez pu en parler avec elle ?

- Alors oui, mais elle, alors oui tout à fait donc du coup elle a repris un suivi psychiatrique avec un nouveau psychiatre parce qu'en fait elle a changé de ville hein.

- Mmm

- Donc avec un psychiatre que j'lui, qu'j'lui est adressé hein. Le problème c'est qu'pour l'instant ben la psychothérapie n'marche pas très bien. On l'a remis sous Zoloft, elle se sent mieux, elle dort mieux, mais enfin elle a toujours mal. Donc elle va quand même aller voir, comment il s'appelle euh, le professeur qui est spécialiste de la fibromyalgie sur Lyon, et qu'est psychiatre d'ailleurs*rire*, et donc bon ben on va attendre, on va voir c'qu'il nous dit mais euh.

- Et vous ce type de diagnostic : fibromyalgie, vous en pensez quoi ?

- J'y crois pas.

- Quand vous dites, vous y croyez pas, vous...

- Je ne crois pas à cette maladie. Je pense que cette maladie est un fourre tout, et euh qu'on met les gens, effectivement, j'ai une autre dame hein, à qui on a dit qu'elle avait une fibromyalgie, qu'est pareille hein, qu'a eu mal partout à un moment donné de sa vie, elle c'était à la cinquantaine quand elle s'est retrouvée seule, ses enfants partis, divorcée, et tout d'un coup cette femme hyperactive, c'était une femme de ménage et elle s'occupait en plus...euh concierge, euh, à avoir mal partout ne plus pouvoir travailler, ne plus pouvoir rien assumer avec une prise de poids importante, avec un syndrome de mal-être*bon*, pas de...donc bon, elle par contre elle est persuadée qu'elle a vraiment une fibromyalgie, elle a fait partie d'une association, elle s'est lancée à fond là dedans, elle est allée à Montpellier pour consulter des supers spécialistes, le problème c'est qu'on n'a pas de traitement à lui proposer donc euh elle a toujours mal et puis maintenant en plus elle a perdu son travail et puis la sécu veut plus lui payer ses indemnités d'arrêt de maladie, donc euh, je ne pense pas que ce soit une bonne idée euh, de mettre ces symptômes douloureux dans ce sac là, parce que on met une étiquette mais on propose aucun traitement.

- Et justement, vous quand vous avez ce type de patient, qu'est-ce que vous proposez habituellement ?

- Alors moi je suis classique, hein. Je vais déjà leur proposer effectivement une prise en charge médicamenteuse, antalgiques classiques, voire antidépresseurs, voire euh, euh, anxiolytiques hein parce que c'est généralement, y a quand même une partie psychique tout le temps, tout le temps. Et puis, euh, alors je fais souvent appel à des médecines douces, qui sont euh alors je sais pas quoi, hein, j'ai des confrères qui sont là pour ça, je fais souvent de l'ostéopathie, euh, de la sophrologie et puis alors moi par contre je prends en charge mais sur très très peu de patients parce que, pour l'instant je suis j'veux dire j'ai pas assez de pratique pour le faire, en hypnothérapie. Et euh, le peu que j'ai fait, on va dire, euh, on a des bons résultats. Oui. Donc c'est pour ça que je dis, il faut pas, une fois qu'on a testé toute la batterie habituelle hein, de l'allopathie classique, euh, y a

des gens d'ailleurs eux-mêmes qui vont aller voir un acupuncteur, qui vont aller voir euh, euh. Mais moi je leur dis, peu importe la médecine, c'qui fait c'est que ce soit un bon thérapeute

- Mmm

- Hein et ...

- Un bon thérapeute ?

- Ouais, un bon thérapeute *rire* c'est-à-dire en fait quelque soit la thérapeutique, que ce soit l'homéopathie, que ce soit l'acupuncture, la sophrologie ou même euh j'veux dire j'ai un ami euh, bon qui se dit manipulateur, il manipule, il n'a pas de diplôme, il a rien. Le fait est que y a des gens qui ont mal au dos, qui vont le voir, ils sortent de chez lui ils n'ont plus mal au dos hein. Euh, donc j'pense que effectivement il doit avoir des capacités effectivement à sentir bien les à être tout à fait capable, en faisant ses massages, ses manipulations comme il...à dénouer, à décoincer, p't'être en parlant, en faisant une espèce de ce qu'on appelle de l'hypnose conversationnelle, c'qui fait que les gens sortent de chez lui ils vont bien.

- Mmm

- Donc à partir du moment où le résultat est là, euh, on peut pas critiquer la personne.

- Et par exemple vous... l'hypnose conversationnelle, c'est vrai que je ne connais pas...

- Alors, l'hypnose conversationnelle c'est très simple, c'est de dire tout simplement à une personne qui est là, complètement crispée, complètement affolée, ne sachant pas du tout c'qui lui arrive, pourquoi elle a mal, de lui dire mais au fait vous faites quoi dans la vie, et votre mari il fait quoi ? Et vous avez combien d'enfants et ils vont bien vos enfants ? Et ben oui ils vont bien mes enfants, et tout d'un coup ben le problème n'est plus tout à fait : oui moi je suis là avec ma douleur, moi je suis là mais j'ai aussi une famille, bon qui va pas mal, et puis quand j'suis avec eux, ben en fin de compte oui j'vais pas mal et on...d'une part on dédramatise et d'autre part quand ils parlent ils ont plus mal.

- Quand ils parlent ils ont plus mal.

- Ouais.

- Et tout à l'heure vous parliez aussi d'hypnose enfin que...vous avez été formée ?

- Oui oui bien sûr.

- Parce que c'est quelque chose en fait, qu'on connaît mal nous comme...

- Oui, alors y a une association à Lyon qui s'appelle IMEL*sonnerie porte* Institut euh, j'me rappelle plus, bon !Euh M...Mickaël Erickson euh...

- A c'est ...

- Lyon, voilà.

- Ah oui c'est l'hypnose Ericksonienne.

- L'hypnose Ericksonienne classique, donc on dit aux gens euh, on les met en état de transe hypnotique et à ce moment là euh on leur demande d'abord s'ils ont envie de parler, c'est pas obligé hein, d'abord, et s'ils ont envie, de nous décrire leur douleur, et puis, on leur demande par exemple bon, euh, cette douleur elle est comment, l'important c'est d'abord de la décrire, si elle est chaude, si c'est une flamme, si c'est au contraire un coup de couteau, un glaçon enfin bon, on peut avoir des images très très très différentes et puis ensuite on leur dit et vous, vous avez des outils pour, pour la faire partir ? Donc j'ai une dame une fois qu'avait très mal au dos qui m'a dit c'est un volcan, c'est un volcan et à côté y a un tas de terre. Et j'lui ai dit, bon et comment on va éteindre alors ce volcan ? Est-ce que vous vous l'éteindre d'abord ?

- Mmm

- Et si vous voulez l'éteindre, comment vous voulez, est-ce que comment vous voulez le faire ? Elle me dit ben c'est évident, hein, j'lui dis ah bon comment on fait ? Et ben on prend une pelle et on bouche le volcan avec le tas de terre. Depuis c'jour là elle a plus mal au dos. Alors je sais pas elle c'qu'elle a fait comme chemin dans son inconscient, parce que l'hypnose c'est simplement on laisse la porte ouverte à l'inconscient, l'inconscient il a toutes les clés et il trouve une serrure, il trouve les clés

adaptées aux serrures, et il ouvre et il ferme les bonnes clés et les bonnes portes. Nous on fait rien en tant que thérapeute hein, on accompagne, donc on va dire grosso modo là le patient il guérit tout seul. Le problème c'est qu'il faut quand même avoir des patients extrêmement confiants si ils ont pas confiance ça marche pas. Et que n'importe qui n'est pas prêt à, il faut qu'il comprenne, d'ailleurs la première séance d'hypnose on hypnotise pas les gens on leur explique. En plus ça coûte cher parce que c'est, c'est hors AMM hein, ils sont pas remboursés et puis euh, par contre alors on a les deux cas, soit ça marche en deux, trois séances soit ça ne marche pas puis ça marchera jamais et on ne sait pas pourquoi

- Mmm

- Mais je pense que y a des gens qui ont besoin d'avoir un symptôme pour qu'ils, pour être équilibrés dans leur vie et faut pas leur enlever.

- Et votre rôle dans, dans ce cas-là, comme médecin ?

- Et ben j'crois qu'faut pas s'acharner justement, il faut pas s'acharner, ben justement. C'matin j'ai une dame qu'est venue pour un symptôme de fatigue, c'qui est, alors là, du tous les jours hein, euh, et c'était une nouvelle patiente mais elle m'a dit que ça f'sait deux ans qu'elle est fatiguée, trois ans même mais qu'elle mettait ça sur le compte de son travail. Maintenant qu'elle est à la retraite, elle peut plus mettre ça sur le compte de son travail et que son médecin généraliste veut la traiter pour dépression. Et elle, elle veut pas, elle veut pas d'antidépresseurs elle se dit qu'elle n'est pas dépressive, elle dit qu'elle est simplement fatiguée. Je pense que cette dame en fait elle n'est pas simplement fatiguée, parce que si on pioche dans son histoire clinique euh, dans son histoire personnelle elle vous dit que tout d'un coup ben elle a une fille handicapée, IMC, que son autre fille divorcée, deux enfants, remariée avec un mari deux enfants, le nouveau mari vient d'avoir un accident et a tué ses deux enfants dans l'accident. Donc, voilà, elle a toutes les raisons pour ne pas être bien cette dame, et euh, c'est pas de la médecine, elle est pas malade, c'est normal qu'elle soit pas bien, comme il est normal d'être triste quand on est en deuil, c'est pas une maladie, c'est pas une dépression, c'est un deuil. La tristesse n'est pas une maladie. Donc il faut pas guérir ces symptômes, il faut pas y toucher. Il faut les laisser évoluer.

- Mmm

- Il faut qu'la personne s'adapte, et si elle s'adapte pas, là ça devient une maladie

- -Et du coup en même temps ces gens viennent voir un médecin, donc c'est peut-être le rôle du médecin qui s'élargit ?

- Mmm, tout à fait. Là on n'est plus médecin généraliste de base, là on devient euh... le confident j'allais dire, parce qu'elle voulait pas de traitement cette dame, au contraire puisque son médecin lui en proposait elle a refusé. Donc elle voulait surtout pas, elle voulait surtout qu'j'lui dise mais non, vous avez pas besoin de traitement*sourire*donc c'est ce que j'lui ai dit. C'est exactement c'qu'elle voulait entendre et c'qu'elle voulait entendre c'est qu'elle n'était pas dépressive, qu'elle avait toutes les raisons du monde d'être pas bien, donc de se sentir fatiguée le matin en s'levant parce que la vie lui paraissait être un fardeau en ce moment et que ben que avec le temps les choses allaient aller s'améliorant et que bon après tout bon ben oui c'est la vie hein c'est les accidents d'la vie et ils sont pas facile à vivre, pour personne, et que elle va les surmonter. Et elle est repartie en étant satisfaite parce que euh probablement moins fatiguée qu'en arrivant parce que effectivement on l'avait pas mise, on lui avait pas collé l'étiquette de dépressive à qui on allait donner des antidépresseurs et qui allait aller m... et qui allait guérir comme ça.j'avais simplement écouté pourquoi elle était pas bien. Et ça suffit...

- Donc c'est votre rôle aujourd'hui pour cette dame là.

- Voilà...

- Et dans un suivi du coup euh...

- Ah ben forcément elle va, elle va revenir, hein, et ce s'ra toujours pareil mais j'ai énormément de gens euh, et

j'pense que tous les généralistes ont ça parce que comme de toute façon y a plus de psychiatres ou du moins y en a plus beaucoup, euh... y a plus beaucoup de gens qui sont là pour écouter parce que la famille n'est pas prête à écouter, les amis non plus, ils aiment pas quand vous allez pas bien hein, le moral, ça va bien cinq minutes mais bon euh, une fois ça va mais après c'est bon hein. Donc euh on est là hein pour écouter les gens. Alors ils viennent nous voir en se disant malades, puisqu'ils viennent chez un médecin donc ils expriment un symptôme mais euh voilà, moi je, c'est pareil j'ai une autre dame assez âgée qui elle a bon a des symptômes et une maladie grave hein, elle a vingt de tension, c'est une hypertension sévère mais elle ne veut pas la soigner. Bon. Euh, ben écoutez, vu qu'elle a quatre-vingt cinq ans

- Elle a le droit ?

- Elle a le droit, puis ça fait bien vingt ans qu'elle a ses vingt de tension donc on s'dit peut-être elle fait partie peut-être quand même des cinq pour cent de la population qui sont pas dans les normes hein. Parce que apparemment ça l'a pas gênée, elle est suivie par son cardio d'ailleurs qui a renoncé aussi hein à la soigner. Donc, je lui donne rien et elle vient uniquement pour que je lui dise qu'elle n'a pas de traitement à prendre. Par contre elle pleure beaucoup pendant la consultation, parce que c'est pareil c'est une dame donc qu'a eu neuf enfants, euh, qu'a eu de gros problèmes familiaux avec un... donc le décès de son mari, quand les enfants étaient petits bon y a plein de choses comme ça donc voilà ! et euh à chaque fois je lui fais une prescription de séjour à l'océan*rire*

- Et elle y va ?

- Et elle y va, pas toutes les fois mais elle y va et elle est ravie parce que elle est persuadée que l'océan la revigore, ce que je pense vrai d'ailleurs et quand elle revient, pendant six mois j'la vois pas elle va très bien. Donc là y a pas de prescriptions c'est pareil.

- Est-ce que vous pensez du coup, tout à l'heure vous disiez ils viennent avec un symptôme parce qu'ils viennent voir un médecin. Du coup

- Voilà

- Pour venir consulter mais en fait s'ils viennent consulter c'est pour parler, point.

- Donc c'est beaucoup un travail d'écoute dans cette prise ne charge

- Oui, l'essentiel c'est ça hein, c'est que, enfin, je pense hein, euh je crois qu'à partir du moment où ils se sont sentis écoutés, 90% de la guérison est en route hein. Voilà. Mais même dans toutes les maladies hein. Dans toutes les maladies hein. Même dans une bronchite ou dans une angine, c'est pareil hein. C'est pour ça que quand on est fatigué comme aujourd'hui, que la dernière personne on lui demande quatre fois alors vous venez parce que vous toussiez et que quatre fois de suite elle vous répond non j'viens parce que j'ai de la fièvre, là on est pas bon, là on fait pas de la bonne médecine.

- Mmm

- Voilà.*rire*

- Silence

- Oui, une question aussi. Est-ce que votre prise en charge de cette affaire là elle a évolué au cours du temps entre le début de votre installation et maintenant ?

- Alors au début j'crois que quand on est jeune médecin installé, euh, on est un peu beaucoup plus incisif et on veut avoir des résultats tangibles. C'est-à-dire qu'on veut faire le disparaître ce symptôme, hein, y a pas de mystère. Donc on va mettre tous les moyens en route et j'vois c'que j'faisais au début euh effectivement; j'envoyais très rapidement au spécia...d'abord j'faisais des bilans biologiques, des bilans radios euh de l'imagerie euh assez poussée. J'envoyais systématiquement, à un voire deux spécialistes différents euh et puis, mais très vite hein c'qu'j'fais toujours parce qu'il faut quand même éliminer une cause vraie organique qu'on peut soigner, qu'on peut soulager par des médicaments, par une intervention donc il faut quand même le faire mais euh d'abord j'me précipite moins et puis parce que les gens se sentaient probablement agressés

aussi hein, quand on leur dit euh, quand ils viennent pour un mal de tête et qu'on leur dit et qu'ils sortent avec une ordonnance de scanner euh, bon ça peut, c'est un peu lourd. Par contre j'le fais toujours parce qu'il m'est arrivé de trouver des adénomes de l'hypophyse, sur un monsieur qu'avait des céphalées chroniques donc euh, je garde en arrière pensée de ne pas oublier qu'il y a quand même de vraies maladies qui se déclarent alors qu'elles ont pas l'air évidentes d'emblée, parce que ce monsieur qui est venu avec ces céphalées un peu bizarres qui avait d'ailleurs d'autres pathologies par ailleurs hein, il était diabétique, insulinodépendant, très jeune, trente ans, obèse hein et quand il est venu et assez fainéant j'dois dire, c'est-à-dire qu'il aime bien s'faire arrêter et quand il est venu avec ses céphalées j'me suis dit bon d'accord, il veut une semaine d'arrêt de travail et puis quand même bon, je sais pas, après j'pense qu'on agit...alors c'est pas d'intuition, j'pense vraiment qu'ça c'est pas d'intuition, c'est vraiment de l'expérience. C'est que ce type de céphalées on l'a jamais vu comme ça chez quelqu'un qui fabule et on sait par expérience qu'il faut aller plus loin. Et ça ça s'acquiert pas la première année, ça c'est clair, ni la deuxième. Il faut pratiquer, faut pratiquer tous les jours, faut pratiquer beaucoup, euh et euh il faut bien connaître son patient parce que ce jour là par exemple il m'a dit non, non mais j'vais au boulot. Donc j'me suis dit, donc il est pas venu pour ça donc il a vraiment mal à la tête et, et ça a fait tilt. Donc il a eu son scanner et il a vraiment un adénome de la de l'hypophyse. Bon, mais il s'rait passé peut-être aujourd'hui, il aurait eu du doliprane hein. C'est pour ça que voilà, il faut les revoir les patients et en même temps on s'dit on n'a pas l'temps de les revoir, c'est un peu, c'est un peu paradoxal en ce moment la médecine

- Donc ça dépend un peu de son contexte, du contexte du patient et du nôtre. Finalement la prise en charge...

- Tout à fait.

- On peut pas...

- On peut pas être bon tous les jours, à 100% c'est pas possible euh mais moi j'le dis à mes patients, ça, j'crois par contre c'qui faut être c'est être honnête à 100% tout le temps. C'est-à-dire quand j'me trompe c'qui m'arrive j'leur dis hein. J'leur dis franchement, j'leur dis moi j'me suis trompée. C'était pas ça qu'vous avez. Et le médecin que vous êtes allés voir après moi ben lui s'est pas trompé et a trouvé c'que vous avez, oui et c'est vrai euh j'leur dis ben j'suis pas infailible et ils sont près à l'entendre. Et je pense qu'il vaut mieux leur dire ça que rien leur dire ou faire semblant que en fait on a fait le bon traitement mais c'est eux qu'ont mal répondu, comme font certaines personnes parce que du coup les gens se sentent euh en faute, donc agressés, mis en cause et euh c'est comme ça d'ailleurs que les chirurgiens ont tous leurs procès sur le dos. Puisqu'ils prennent pas cinq minutes pour expliquer à leur patient que ben effectivement lors de l'opération ben ouais ils ont oublié des compresses, ben ouais c'était ils ont opéré en urgence, ils avaient pas dormi de la nuit, ils étaient de garde depuis 24 heures et qua voilà ! Et si ils disent ça les gens sont près à entendre hein, eux-mêmes ils se trompent hein dans leur boulot, eux-mêmes ils ont un patron qu'est là qui surveille et quand ils se trompent ben il les loupe pas, donc euh, c'est pareil, si on s'excuse et qu'on dit ouais j'étais fatiguée ce jour là, excusez-moi, j'ai eu tort, j'ai pas regardé, j'ai pas vu que vous aviez ça, ils l'entendent hein...

- Mmm, et là vous parliez du coup euh comme changement entre le début de votre installation, y a l'expérience et euh du coup, est-ce que il y a d'autres choses que vous sentez qui vous ont fait évoluer dans votre prise en charge de ces personnes ?

- Alors, y a la confiance en soi, hein. Parce que plus on en soigne, plus on se dit, bon, et puis plus ils reviennent et plus ils nous amènent des gens, plus on se dit tout compte fait on ne doit pas être un mauvais médecin. Déjà. Euh, et puis, après on se pose plus la question de savoir si on est bon ou pas. On est persuadé qu'on est bon*rire* donc c'est

déjà très rassurant. On est persuadé qu'on l'est, ou du moins moi dans mon cas. Au début on doute hein, c'qu

- Mmm

- C'qu'j'pense qu'est à peu près normal, j'pense que ce s'rait même grave si on doutait pas. Après euh...euh, on pense qu'on est bon, parce qu'on fait le mieux qu'on peut, c'est tout, euh, j'pense pas qu'on devient vraiment meilleur, j'pense pas qu'j'ai plus de connaissances maintenant, mais j'ai plus de pratique. J'connais plus de petits trucs, euh, on connaît mieux les médicaments, on connaît mieux nos patients, on connaît mieux leurs réactions aux médicaments, on sait qu'on va pas donner tel type de médicament à telle personne, ainsi de suite. On connaît beaucoup mieux, on est beaucoup plus à l'aise pour manier aussi les médicaments, les mélanges des médicaments, et ça on a chacun un peu nos recettes, hein, de médicaments qu'on utilise, hein, euh, euh et puis euh, de traitements, les façons de les présenter, de façon d'en parler. Par exemple les antibiotiques ça a été flagrant, j'veux dire au début, on sait tout le monde sous antibiotique, toutes les angines, toutes les rhino, tous les bébés, euh, on les met tous, on se dit mon dieu au cas où...

- Mmm, mais par rapport à ce type de patient -là particulièrement en fait.

- Alors, pareil ceux-là c'est pareil au début on va forcément leur mettre les plus gros antalgiques, on va aller jusqu'à la morphine, hein aux patients qu'on des douleurs inexplicables, oui on va aller jusqu'à leur mettre des patchs de Durogésic.

- Mmm

- Ou de la morphine orale et tout. Après euh, on peut y arriver, des fois j'essaie encore, parce que j'me dis ça vaut quand même le coup hein, au moins d'faire un essai parce qu'on n'sait jamais si le symptôme disparaît, si ils ont plus mal, euh, ça vaut l'coup. J'm'aperçois de plus en plus que ça ne marche pas. Que si les paliers deux n'ont pas marché, la morphine ne marche pas. Donc, le symptôme douloureux, il a besoin d'être là, euh, j'pense qu'il fait partie de la personne et euh, elle exprime, je sais pas quoi, enfin en tout cas quelque chose qui lui permet de vivre à peu près bien dans son cadre de vie avec cette douleur.

- Et cette, cette conviction vous l'avez acquise...

- Avec l'expérience

- Avec l'expérience

- Voilà, donc...

- C'est pas quelque chose qu'on vous apprend...

- Non, non parce que nous justement ce qu'on nous apprend c'est de faire disparaître la douleur, alors autant il faut être très incisifs dans la douleur aiguë hein c'est-à-dire euh, comme on fait maintenant dans les hôpitaux, c'est-à-dire que les gens en post-opératoire ils ont plus mal, et on s'aperçoit qu'ils guérissent plus vite, hein

- Mmm

- Parce que là on passe de la morphine, on passe des choses comme ça et c'est très bien. Mais par contre en chronique, euh, dans les douleurs inexplicables, donc qui n'ont pas de support organique, qu'ont pas d'explications, non, nos traitements médicamenteux habituels ne marchent pas, euh, je pense que c'est les symptômes qui vont. La douleur, et en plus la douleur c'est très vague hein, puisque chaque personne a un seuil douloureux qui est très différent et euh, et aucune personne ne va l'exprimer pareil. Par exemple la dame que vous avez vu sortir elle a une colonne lombaire écrasée de haut en bas et elle vit très bien avec ses douleurs et on s'en occupe pas, on s'en occupe plus. Elle a un corset, parce que sinon elle tombe mais euh, elle s'occupe de ses petits enfants, et tout, euh. Là elle a une douleur expliquée elle hein.

- Mmm

- Mais on la traite plus parce que elle la gère. Donc j'pense que, par contre les autres là, ceux, plusieurs patients là qu'ont ces symptômes inexplicables, mais j'ai dit, il faut quand même aller loin hein, j'vais quand même loin dans les explorations. Par exemple j'ai une dame qui avait un symptôme alors totalement inexplicable qu'était un tremblement de la langue. Alors honnêtement*sourire*elle

vient m'dire ça un jour, j'ai envie de rigoler. Elle aussi en même temps parce que euh, ça la faisait un peu marrer donc c'était pas dramatique, c'était pas...bon, donc c'est une dame qu'est jeune qu' a 44 ans, qu'est diabétique insulinodépendante et euh, j'me suis dit tiens c'est peut-être une conséquence de son diabète, j'sais pas c'est p't'être un truc comme ça, donc euh, j'lui ai donné un peu de magnésium, j'me suis dit ça doit faire un peu...Et puis j'suis pas allée plus loin. Puis trois mois après elle est revenue et elle me dit, non, mais vraiment maintenant ça me gêne. Et effectivement sa langue vibrait et donc là, et c'est là quand même où faut pas laisser passer. Donc là j'l'ai quand même envoyée chez un neurologue et j'ai eu la réponse. Elle a un début de Parkinson. Donc, faut quand même pas*sourire* quand j'dis j'fais de l'hypnothérapie, de la sophrologie. OK. Mais j'suis quand ce leur symptôme et qu'on a rien fait pour et surtout qu'on sent, que vraiment ça les gêne pour vivre bien. Euh, là, là il faut faire toutes les investigations. Voilà, par contre le monsieur que j'attendais, qu'est pas venu, qui lui a mal au dos, ça fait deux fois qu'il annule son RDV. Lui il a été opéré du dos. On a été jusqu'à l'opérer. C'est pas moi hein qu'ait décidé de l'opération. Il a autant mal avant, qu'après, sinon un peu plus. Donc on s'est loupé.

- Mais il est quand même gêné aussi dans sa vie lui.
- Bien sûr. Il est très gêné dans sa vie mais euh, on s'est loupé parce qu'on l'a opéré de son hernie, il avait une hernie discale hein, euh, le problème c'est qu'il n'a plus de hernie discale
- Et il a quand même...
- Et il a plus mal...
- Plus mal, avant qu'après. Et là les traitements ne font plus rien. Donc là c'est devenu inexplicable, et il ose plus trop venir parce que ça fait deux fois que la dernière fois il annulé son RDV, il l'a déplacé à aujourd'hui et aujourd'hui il est carrément pas venu. Donc y a autre chose.
- Mmm
- J'attends, j'attends que...de savoir ce qu'il y a, bon en sachant que c'est pareil hein, c'est un monsieur qui passe la cinquantaine, qu'a un boulot à mon avis qu'il peut plus faire, parce qu'il est commercial, il couvre toute la région Est de la France, hein, donc il va de Strasbourg, à Toulouse, à Marseille. Il fait ça toutes les semaines hein, donc il peut plus le faire, donc j'pense qu'il y a beaucoup de choses qui sont derrière euh...et puis, là alors on voit ces symptômes, et ça c'est l'expérience apparaît chez les gens aux âges clés de la vie. Et c'est typique à la quarantaine et à la cinquantaine. Après, beaucoup moins, avant aussi, mais autour des 40 ans et autour des 50 ans. Autour des 50 ans c'est typique alors chez l'homme hein, on a beau dire que chez la femme chez l'âge de la ménopause, bon ça c'est vrai, c'est une chose, mais les hommes de la cinquantaine se découvrent plein de maladies à la cinquantaine*sourire* et qu'ils n'ont pas, hein, qu'ils n'ont pas et moi c'est pareil j'ai un monsieur donc pareil qu'à cinquante ans cette année et qui est en arrêt de travail depuis un an, euh...parce que soit disant il est tombé d'un escabeau et qu'il a mal au dos et qu'il peut plus marcher et il peut plus bouger, et en plus alors lui on dire, sa femme va divorcer à cause de ça.
- Parce que il se lève la nuit, il la réveille et il lui dit j'ai mal. Et, en plus il a pris 30 kgs en l'espace de, 35 kgs en l'espace de 18 mois...
- Mmm, et dans ces cas là vous arrivez à aborder la question d'une origine autre à leur...
- Bien sûr, alors lui pareil, alors en plus c'est des gens quand même, au bout d'un moment, parce que quand même, j'les connais bien hein, c'est des gens qu'je vois depuis 7, 8 ans, des fois plus longtemps donc euh, j'lui dis mais euh, vous voudriez pas aller voir peut-être un psychiatre ou...Là je l'ai adressé carrément à un psychiatre. Euh, parce que votre douleur elle me paraît pas...en plus vous avez d'autres symptômes, vous avez, vous êtes hyper énervé, vous, vous êtes hyper stressé alors que, bon, donc, vous croyez pas que en parler un peu, ça irait...euh alors manque de pot il est tombé chez un

psychiatre très freudien, et lui quand on a voulu le faire parler de sa petite enfance, ce monsieur, ça n'a pas passé du tout, euh, et donc, il a envoyé paître le psychiatre, du coup ben il a laissé tombé, donc euh...

- Mais il avait entendu...
- Oui, mais le problème c'est qu'il entend très bien que si il mange trop c'est parce que sa maman le gavait de bonbons. Chaque fois qu'il tombait sa maman lui donnait un bonbon quand il était petit, donc, ça il a bien fait la liaison, le problème c'est qu'il continue*sourire*à manger, n'importe quand, n'importe comment et là on en est quand même à 125 kgs et euh je sais pas comment, où on va s'arrêter. Et son problème de dos donc s'aggrave...
- Bien sûr
- Et en plus, il a aussi un problème de pouce, il a eu un accident de travail, il s'est écrasé le pouce et c'est pareil. Il me dit avoir extrêmement mal à son pouce, alors qu'y a rien, et du coup il va être encore opéré du pouce.
- Le même qui a été opéré du dos déjà...
- Et là, alors là dans un, voilà on est dans une échelle thérapeutique parce que c'est des gens qui passent euh, euh, par des spécialistes et notamment par les chirurgiens, et les chirurgiens ne voient pas d'autre solution que la chirurgie au traitement des symptômes, donc ils opèrent. Bon pas tous hein, y en a quand même qui refusent hein mais si le premier refuse de toute façon ils vont en voir un autre. Jusqu'à ce qu'il y en ait un qui accepte de les opérer, et même si ont leur dit euh, ben vous savez ça va peut-être pas arranger les choses hein, et ils tentent quand même et alors après bon ça va de plus en plus mal. Ca c'est typique aussi dans les gens qui ont très mal à l'estomac, qu'ont des reflux, enfin, qu'on dit avoir des reflux, hein, on fait pas les manométries, donc on sait pas si ils ont un reflux. En tout cas ils ont des brûlures d'estomac avec les symptômes d'un reflux et pas par du coup une hernie hiatale...j'ai un patient dans ce cas. J'ai le compte-rendu du chirurgien qui me dit : opération magnifiquement réussie, résultat parfait. Le monsieur est tortu de douleur quand il vient me voir. Il ne peut plus rien avaler et lui c'est pareil il a décollé, il ne mange plus rien. Aucun IPP ne marche, aucun gaviscon et autre ne marche, il a toujours, toujours, mal à l'estomac. Donc c'est pareil. J'pense que cette brûlure exprime, exprime un feu, alors là on peut être un peu lacanien hein *sourire* et parler du mot et euh quand on voit comment est sa femme avec lui, on se dit que peut-être effectivement, elle entretient un peu ce feu quoi.
- Mmm
- Elle souffle dessus. Et que donc là euh, alors là c'est vrai qu'on a envie de les mettre en thérapie de couple mais on peut pas parce que. Pff. Parce qu'ils ont soixante ans et que, et que ça fait trente ans qu'ils sont mariés, que leur couple s'est organisé là-dessus. Donc, euh, on va pas, je vais pas leur proposer, c'est clair.
- Mais il vient vous voir, en fait...
- Il vient me voir voilà avec sa femme.
- Avec sa femme...
- Avec sa femme
- Mmm
- Euh, pour me dire qu'il a toujours mal. Donc moi j'lui prescrit toujours son omeprazole parce que c'est le seul qu'arrive à peu près à le soulager même alors qu'a priori c'est quand même pas le plus puissant Et euh, avec ça, on va cahin-caha, voilà, mais je pense qu'avec lui on ira toujours comme ça. Et quand on les voit marcher d'ailleurs tous les deux, en se tenant le coude, on se dit qu'ils sont exactement comme ça. C'est un couple qui va cahin-caha, et que ce monsieur il est comme ça. Et je pense que l'opérer a été une grosse erreur. Euh, mais en même temps, on s'dit c'est facile de dire a posteriori*sonnette*.Mais bon, mais même sur le moment, il était près à le faire donc il fallait le faire.
- Mmm
- Vous parliez une fois de « lacanien », vous avez une formation, par rapport à?
- Non
- La psychanalyse, euh ?

- Non
- Non, pas du tout.
- J'ai aucune formation psychiatrique mais alors je pense que par contre il faudrait que les médecins généralistes en aient une. C'est pour ça que euh, j'en ai pas, mais du coup j'ai beaucoup, j'me suis mais alors là c'est purement, euh, j'ai beaucoup lu moi-même sur euh Lacan, sur Freud, sur Yung, et euh, alors je fais ce que j'appelle une psychothérapie de soutien avec mes patients, sans aucune prétention. Euh, où je mélange allègrement les trois *rire*non mais je crois que, voilà, ce que j'avais disais j'pense que chaque médecin fait sa p'tite cuisine. Et euh pour, c'qu'on veut c'est globalement que le patient aille mieux, hein, et peu importe la manière dont on va y arriver euh, si ils ont besoin d'un petit comprimé rose pour aller mieux et ben on va leur donner euh, même si on n', moi j'suis convaincue et les psychiatres d'ailleurs nous l'disent hein, que souvent quand ils donnent l'ordonnance, c'est pour clore l'entretien, et peu importe c'qu'il y a marqué dessus hein, euh, en fait l'entretien a fait le travail. Et ben, en médecine générale c'est un peu pareil, dans le cadre de ces symptômes là.
- Mmm. Du coup qu'est-ce que vous pensez de la place particulière justement du médecin généraliste pour la prise en charge de ces symptômes.
- Alors je pense qu'elle est primordiale, justement, pour éviter l'échelon thérapeutique, parce que, euh, si, ça m'est arrivé, ça m'arrive encore, d'envoyer par exemple quelqu'un à un rhumato, pour une douleur lombaire parce que c'est souvent quand même c'est souvent des douleurs au niveau du dos qu'on a ça ou articulaire alors du coup ça passe par le rhumato et si ça passe par un mauvais rhumato, pas forcément mauvais, mais enfin un qui croit bien faire et puis qui, qui, qui se trompe et qui l'envoie ensuite, il va dire, non, faut aller voir un neurologue, et le neurologue va dire, non mais c'est pas moi, il faut aller voir un neurochirurgien et là le neurochirurgien va dire oui on va vous opérer et là comme on a été déconnecté de ce parcours, on ne voit plus les gens et euh ils reviennent vous voir après avoir eu leur convalescence, donc après avoir été opéré, après être resté trois mois en maison de repos, et avec exactement le même symptôme que avant, donc euh là on se dit que euh on a loupé le coche, qu'on aurait dû les récupérer au moins entre deux spécialistes, mais le problème c'est que les gens nous le disent pas forcément hein. Ou alors le radiologue hein, c'est pareil hein, un radiologue, on a des radiologues dans le quartier qui font beaucoup de mal comme ça, qui disent euh à nos patients, ce que vous avez là, c'est très très grave, il faut absolument absolument vous opérer, donc quand on passe derrière ça, euh, on très embêté hein. Moi j'ai un patient qui a une colopathie euh, qui a, alors à qui j'ai fait quand même faire par acquis de conscience une *sonnerie*. Manque de pot il est pas allé chez le bon radiologue, donc le bon, le radiologue n'a pas vu grand-chose à l'écho, mais du coup il a conclu qu'il fallait faire un entérosscanner. Mais une fois qu'il a, au lieu du scanner simple*rire*, une fois qu'il l'a marqué sur son compte-rendu.
- C'est difficile
- On peut plus, on n'a plus le, on a plus l'argument de dire, et puis surtout si on se loupe. Là on est bien embêté. Donc, là il a eu son entérosscanner...
- Qui montrait...
- Rien. Comme prévu, hein, heureusement d'ailleurs. Enfin, là on est allé un peu trop loin. Donc ça fait ça, c'est souvent quand, c'est pour ça que dans euh, le métier de généraliste c'est vraiment primordial, euh, parce que et alors du coup, moi je, par exemple ce radiologue en question, je le connais, c'est un bon radiologue*sonnerie* il est très pessimiste. Donc chaque fois qu'il v., qu'il a un petit doute, c'est vrai, il dit aux gens ben mon Dieu, mon pauvre, ma brave dame, mais c'est p't'être un cancer que vous avez là et donc*sourire* les gens reviennent, on est obligé d'aller plus loin. Alors moi maintenant j'dis à mes patients, ben faut plus aller dans ce cabinet.
- Oui

- Ben oui, je dis pas parce que alors j'leur dis bien c'est pas du tout que c'est un mauvais radiologue, mais j'leur dis vous savez il est très pessimiste, et il va vous faire peur, donc si vous le connaissez bien, allez-y, si vous savez comment il est allez-y, mais sinon, n'y allez pas, et à ce moment-là je les adresse ailleurs.
- Mmm
- Et ça, et j'ai as eu de soucis.
- Et du coup vous arrivez à reprendre derrière, euh, dans ces cas-là, vous déviez sur autre chose dans la prise en charge?
- Oui, ouais, ouais. Mais c'est très difficile, hein, parce que quand même euh, euh, on est obligé, à partir du moment où y a, quand cette jeune femme à qui on a dit fibromyalgie, on va quand même être obligé d'aller jusqu'à la consultation spécialisée, bon, c'est qu'une consultation vous allez me dire qu'il est pas trop grave, mais même bon on va pas coller une étiquette de fibromyalgie à une fille qui a 29 ans euh, surtout que voilà hein, on va pas, après elle va dire maintenant que vous m'avez dit ce que j'avais, faut me dire comment on va le soigner. Et là on va lui dire ben on a on a rien.*silence*
- En tout cas je vous remercie.

Entretien E

- Donc euh,
- Vous avez des questions particulières ?
- En fait c'est euh, j'avais juste l'étude de ma thèse ?
- Ouais, ouais
- En fait j'étudie les médecins généralistes face aux patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués. Voilà, donc euh l'idée c'est euh, donc vous avez été tiré au sort parmi certains médecins enfin parmi les médecins du 8^{ème} arrondissement, et l'idée en fait c'est de partir un peu au départ du dossier d'un patient qui vous évoquerait cette situation. Mais pour commencer l'entretien j'aurais voulu vous demander pourquoi vous avez choisi la médecine générale, c'que vous aimez dans votre travail aujourd'hui et c'qu'est plus difficile.
- Euh, pourquoi j'ai choisi ? j'pense c'est plutôt, c'est deux euh, j'dirais deux « modèles » entre guillemets. C'est euh, la connaissance que j'avais du, du médecin généraliste, d'un médecin généraliste du village où j'habitais. Une sorte de, de l'extérieur, une sorte de dynamisme que je voyais chez lui enfin, c'est pas quelqu'un qu'était derrière un bureau etc....c'que j'suis p't'être maintenant *sourire* euh, p't'être une variété de, une variété du travail. Le fait de pouvoir aller chez les gens, l'aspect relationnel. Et puis j'avais, j'avais entendu parler aussi un étudiant en médecine quand j'étais lycéen, qui m'avait donné envie, voilà, de faire ce métier...Pourquoi médecin généraliste, euh, j'pense effectivement y a l'aspect relationnel, y a l'aspect un peu prise en charge globale du patient. Euh. Qu'à l'époque j'avais pas envie de passer l'internat aussi. Mais bon, depuis le départ j'pense que j'avais quand même plutôt envie de faire de la médecine générale. Voilà. Euh. Qu'est ce qui me plaît ?
- Oui, aujourd'hui qu'est-ce que vous aimez dans votre travail ?
- C'que j'aime bien, c'est de, de pouvoir, décoder la demande initiale et éventuellement donner une réponse décalée par rapport à la demande de départ. C'est-à-dire des gens qui viennent pour un symptôme pouvoir le resituer dans, dans un contexte plus global, qu'ils puissent euh éventuellement euh voir les choses d'une autre manière et leur proposer euh éventuellement d'autres réponses que celles qu'ils avaient envie d'avoir au départ, qui pouvait être un médicament ou une analyse, de pouvoir apporter des réponses un peu décalées, oui ça j'aime bien. Euh...
- Une réponse décalée, c'est euh, ça donne quoi ?*rire*
- Réponse décalée bon ça peut être éventuellement euh, la proposition que j'peux faire dans la mesure où j'me suis

formé à ça, avec l'haptonomie qui, on propose une approche à des gens qui ne connaissent pas du tout, ça me paraît intéressant. Par exemple, j'ai en tête une patiente qui venait vraiment pour des troubles multiples, douleurs abdominales, maux de tête euh, euh, qui avait quatre petits enfants en bas âge, enfin qui, qui était revenue plusieurs fois, elle avait aussi mal au dos euh et qui venait parce qu'elle voulait des examens complémentaires pour se rassurer, etc. Et euh, en une ou deux séances avec l'haptonomie sa demande elle avait changé quoi. Elle avait découvert que c'était plus, qu'elle avait besoin de retrouver une vitalité qui, qui était perdue avec ses grossesses répétées, qu'elle n'était pas tellement la demande enfin les examens complémentaires c'était pas forcément la réponse, quoi.

- Ca c'est une prise en charge qui vous plaît dans...
- Ouais...
- Un aspect de votre travail que vous ...
- Ouais, tout à fait, oui.
- C'est qui m'a plu c'est de pouvoir aussi proposer euh par exemple des dépistages à des gens qui sont très en dehors des populations touchées par la prévention, par exemple, des femmes qui ont la cinquantaine, qu'ont pas de suivi gynéco depuis des années, de pouvoir leur proposer pour ce type de dépistage, j'trouve ça intéressant. J'trouve, y a ça, y a aussi de pouvoir aller de temps en temps euh pour des suivis euh de fin de vie c'est aussi, j'pense y a aussi quelque chose qu'est spécifique de notre métier, pouvoir aller à domicile euh, accompagner les gens, dans cette phase de vie. Qu'est-ce qu'il y aurait d'autre...Oui, et le suivi des nourrissons aussi j'aime bien, les femmes enceintes. Les gens qui sont pas malades, j'aime bien aussi.*rire*
- D'accord*sourire*
- Voilà c'est qui m'pèse aujourd'hui c'est les évolutions actuelles euh, qui j'pense sont assez liées à la réforme récente euh, des demandes de courrier pour aller voir l'dermato, pour être un peu une chambre d'enregistrement de c'qu'ont fait les gens c'est assez pénible.
- Plus le côté en fait, le système de soin...
- Ouais, ouais l'administratif, et tout c'qu'est gestion aussi de des demandes d'arrêt de travail, des demandes des gens qui sont en arrêt prolongé, qu'on arrive pas à remettre dans le circuit du travail. C'est pesant. Les contacts avec l'hôpital, j'trouve qu'ils ne sont pas faciles, même quand on veut être dans un partenariat c'est très dur, très compliqué à vivre. Parce qu'on appelle des heures, on a pas les gens. Récemment en fait j'ai découvert en faisant un renouvellement d'un patient que donc il était suivi pour une bradyendoesophage...des lésions qui sont à surveiller tous les 18 mois, et donc il a fait un contrôle en Juin, j'me suis rendu compte en fait euh, en voyant son dossier en Septembre, en voyant les biopsies, manifestement y a avait des lésions cancéreuses. Il n'a pas été recontacté et donc on m'la envoyé comme ça mais sans...du coup j'ai pas fait attention non plus parce que y avait marqué, euh, y avait pas d'alerte particulière et pourtant en fait, j'ai pas eu un deuxième courrier, c'est-à-dire que dans le même courrier on me dit, euh ben cliniquement ça a l'air d'aller, euh, on vous adressera secondairement les résultats d'anapath. En fait ils ont été, finalement ils me disent dans les courriers, ça a été : voilà je les ai, j'vous les joint. En fait c'étaient des résultats très pathologiques. Et euh, donc manifestement j'ai pas fait attention euh quand j'l'ai vu ou j'l'ai peut-être pas regardé attentivement, j'm'en suis rendu compte en septembre en voyant le dossier du patient sinon j'ai mis, j'ai cherché à contacter le service pendant une semaine, j'ai essayé par le secrétariat. Ils m'ont jamais rappelé quoi. Donc j'ai été obligé de faire un courrier en disant la situation, en faisant une copie du courrier. Et en fait, ils m'ont même pas rappelé, ils ont rappelé le patient chez lui, sans, en lui disant dans un premier temps un jour euh, ben on n'a pas de place donc on vous commande dans 3 mois et puis, le lendemain ben euh vous venez aujourd'hui, quoi. Enfin, c'est des trucs complètement loufoques quoi. Prise en charge, enfin, sans m'contacter

moi, alors qu'j'aurais pu faire l'intermédiaire, euh, donc c'est vrai que déjà le patient était hyper flippé, et puis... un peu bizarre quoi. Enfin, c'est un exemple.

- Ca reste difficile ce lien entre...
- Moi j'trouve quand même
- L'hôpital
- Ouais, ouais...
- Malgré les efforts qui sont faits *sourire*en tout cas on en parle beaucoup de ce lien à faire.
- Ouais, ouais. Alors peut-être qu'au niveau courrier y a des efforts qui sont faits mais euh, mais euh, dans la pratique quand il faut avoir un service enfin j'trouve que c'est, avoir des personnes au téléphone c'est compliqué quand même.. Voilà, les aspects qui me pèsent actuellement. Et puis comment gérer aussi les gens qui viennent pour pas grand-chose au départ, comment aider les gens à gérer leur rhume tout seul euh, enfin, y a quand même un certain nombre de gens qui, qui viennent pour des symptômes au départ qui sont très banaux alors euh, est-ce que justement il y a une réponse décalée à leur donner ou est-ce qu'il y a aussi une information à faire, je sais pas. Pour qu'ils puissent gérer en automédication, y a des.
- Une espèce d'éducation.
- D'éducation, des gens assistés. Voilà...
- D'accord. Et donc pour revenir au sujet.
- Ouais
- Quand moi j'vous parle de symptômes biomédicalement inexpliqués, ça vous évoque des patients ?
- Alors ça m'a fait penser à un patient, euh, j'sais... il est un peu à la frontière mais j'pense que, que son histoire n'est pas complètement élucidée. C'est à dire, c'est un patient qui faisait des, qu'a fait plusieurs épisodes de parésie du membre inférieur gauche euh, qui duraient tout le temps la même période à peu près, 20 minutes. Donc, en fait plusieurs mois avant il avait fait un trouble sensitif au niveau du membre supérieur gauche et de la face, et donc à l'époque on avait quand même suspecté un problème vasculaire donc d'accident ischémique transitoire. J'l'avais adressé à un neurologue, il avait eu tout un bilan finalement qui était négatif. Euh, mais on avait quand même retenu ce diagnostic d'AIT quoi, donc il avait été mis sous aspirine, et puis, alors ça c'était au mois de...au printemps j'crois de c't'année et puis cette euh, à la fin de l'année il m'a appelé en visite en urgences parce qu'il avait fait un épisode, quoi qu'il a même failli tombé enfin une paralysie du membre inférieur gauche, au moins une paralysie, quand j'suis arrivé euh, il avait pratiqué...enfin il avait récupéré. Donc j'l'ai fait hospitalisé en neurologie y a eu tout un bilan qu'était négatif...et puis de nouveau après il a refait euh le même, les mêmes épisodes sans, moins de façon moins prolongée mais euh, mais euh de façon répétée donc ça, il, on a j'ai rappelé le neurologue, il a conseillé de le faire réhospitalisé, on a refait un bilan et finalement il est sorti avec un traitement euh par antiépileptique alors que a priori sur les EEG y a pas grand-chose, il a l'air d'aller mieux alors est-ce que c'est de fait est-ce que c'est une épilepsie, il était quand même assez question que ça pouvait être quand même euh un peu inexplicable quoi comme affaire. Voilà, j'ai en tête...bon la seule réserve que j'ai c'est que le traitement euh, alors pourquoi le traitement neurol euh antiépileptique marcherait en plus ils ont pas été de main morte puisqu'ils lui ont donné du Neurontin d'emblée quoi. C'est Monsieur...voilà, à moins que je retrouve, ça me revient j'vais retrouver son dossier...*il cherche sur son ordinateur* Y a une autre, y a une autre patiente que j'ai en tête qui avait euh, suite à un accident de travail que j'ai vue, qui est venue me voir pour l'haptonomie, euh, parce qu'elle a entendu parler par d'autres gens et en fait elle a une espèce de, de rétraction, enfin des douleurs importantes au niveau de la main avec un, un espèce de contracture du dernier doigt euh, bon elle a été, tous les examens normaux, euh, des EMG normaux etc. C'est vrai que le travail qu'on a fait avec l'haptonomie l'a bien... moi j'suis pas du tout parti dans, dans

l'approche que j'ai eu d'elle après euh dans, dans le, j' dirais dans le registre biomédical parce qu'elle avait déjà eu plein de bilans, j' suis parti vraiment dans une approche avec l'haptonomie et euh, et c'est vrai qu'elle a, y avait une amélioration après elle, elle a été vue aussi par un neurologue qui lui faisait des stimulations neurologiques enfin de ...nerveuses avec un électrostimulateur j' crois, et les deux choses combinées ça avait l'air d'aller mieux mais c'est vrai c'est complètement, ça faisait plutôt euh, comme ça de l'extérieur, un peu hystérique quoi. Hein, j' sais pas si c'est, c'est un peu dans votre registre ?

- Oui, ben, la question justement des symptômes biomédicalement inexpliqués c'est comment on en parle ?

- Comment on en parle après oui...

- C'est euh, parce que justement ces patients est-ce que vous..., est-ce que vous arrivez à en parler avec eux que peut-être l'origine n'est pas biomédicale. Enfin, ces patients-là dont vous citiez l'exemple mais de manière plus générale avec les patients qui, dont les symptômes ne se rapportent pas à une maladie précise.

- Mmm...C' qui est, c' qui m' semble un piège c'est de de leur renvoyer c'est dans votre tête, quoi, moi j' trouve c'est euh, c'est assez euh..., enfin moi j' essaye de pas, de ne pas, de ne pas renvoyer de cette manière là parce que j' pense déjà faut être très prudent, parce qu' on sait jamais, y a eu quand même des histoires comme ça, un peu, un peu déplorables, et puis après euh oui moi j' essaye de resituer dans un contexte, éventuellement une difficulté ou autre etc. ... mais envoyer directement une caricature c'est dans votre tête ou c'est, c'est les nerfs, ou c'est psychologique, j' trouve c'est un peu, c'est un petit peu euh bloquant j' dirais quelque part...

- Eviter les catégories...

- Voilà, ouais, trop, trop tranché et en même temps bon c'est pas très simple hein. Par exemple, c'est marrant j' arrive plus à me rappeler là, ce ce patient dont je parlais tout à l'heure euh j' ai évoqué, j' l' ai évoqué avec le neurologue mais j' lui en ai jamais parlé directement que ça pouvait être d'origine psychologique. J' lui ai jamais dit explicitement. Par contre c'est vrai qu' il avait une période de de fatigue importante, il a quand même un terrain psychologique particulier. Très anxieux, très...Donc euh, moi je pense que j' essaye plus de, de l' présenter comme quelque chose qui survient dans un contexte plus large de, éventuellement de soucis, de stress, de difficultés personnelles, de le resituer comme ça, plutôt que de les renvoyer à...

- Vous suscitez chez eux du coup...

- Voilà

- De parler

- Et éventuellement une parole là-dessus quoi. Plus que de les renvoyer à des choses trop, trop directes quoi. Trop, comment j' vais dire, trop enfermantes peut-être.

- Et, vous sentez que ça permet d'aller, enfin de bouger, quand vous resituez justement dans le contexte, dans un contexte comme ça.

- Ouais, j' pense ouais? Ca...j' pense à cette femme-là dont je parlais là, qu' était venue pour différents troubles somatiques qu' étaient, à qui on avait déjà donné plein de traitements symptomatiques je pense que, j' pense qu' elle a aperçu que, que son trouble il venait d' ailleurs, hein c' était plus, après elle me l' a dit que ça allait mieux, qu' elle avait retrouvé l' énergie pour retrouver un travail, enfin qu' elle avait, que c' était plus euh, c' qu' elle avait vécu, elle avait aussi euh euh une fausse couche, enfin, pas mal de choses quoi.

- Ca avait ouvert euh finalement, un peu justement au lieu d' enfermer, plutôt ouvert un espace de parler du coup...

- Ouais, ouais c'est vrai. Puis ça l' avait euh, ça l' avait oui dynamisé par rapport à une vie personnelle enfin de recherche de travail, euh, c'est pas mal j' trouve...

- Et du coup, l' haptonomie pour vous ça apporte quoi dans la prise en charge, qu' est-ce que ça vient toucher?

- Euh. Dans son cas déjà, c'est que je pense que c'est de percevoir assez rapidement dans une expérience qui est vécue concrètement qu' on peut déjà aller mieux quoi. Et c'est, c'est à travers un, ouais à travers un contact, qu' on a pendant la séance qu' elle retrouve une autre, peut-être une plus grande sécurité aussi à l' intérieur d' elle-même qui...ah c'est dur à expliquer juste par des mots mais...oui c'est déjà faire l' expérience au cours de d' une séance qu' on peut ressentir un mieux en soi quoi déjà hein et puis y compris au niveau corporel. Un mieux être global quoi. Même si c'est pas, même si c'est pas, c'est pas de la magie mais de sentir euh le temps d' une séance que y a quelque chose qui se passe de concret qu' on expérimente, quelque chose qui va mieux quoi, qu' on sent qui va mieux.

- Mmm...Ca touche le corps justement enfin...

- Ca touche euh, ça touche pas que le corps, ça touche le euh, j' dirais le lien qui peut exister entre le corps, le psychique, l' affectif. Ca, c'est un peu une prise en compte de cette unité un peu de, de la personne quoi, qui est pas d' un côté un corps de l' autre côté un, un psychisme, de l' autre côté euh, une vie affective. C'est un peu un ensemble qui interagit euh. J' pense qu' avec l' haptonomie on cherche à contacter la personne globale qui qui du coup... J' crois, que c' est oui... On travaille beaucoup à permettre aux gens de retrouver une plus grande sécurité quoi. Et euh, ça passe effectivement par une démarche qui n' est pas juste de l' ordre verbal mais qui est, qui concerne aussi le corps, quoi...

- Justement ça fait le lien, d' une certaine manière...

- Ca fait le lien ouais, oui...

- Et quand vous avez des patients qui viennent comme ça avec des plaintes répétées

- Mmm

- Est-ce que vous, vous allez facilement vers des explorations biomédicales, comment vous...vous situez...Alors quand c'est des patients qu' ont déjà eu un certain nombre de bilans sans doute que c'est plus facile de, de passer directement j' allais dire à cette prise en charge un peu décalée, que j' entends. Si c'est un patient que vous voyez pour la premi...enfin, qui commence à venir avec plusieurs fois avec le même type de plaintes comment vous vous y prenez ?

- Pff, c'est pas facile, hein...j' pense à un autre patient là, euh, qui a une soixantaine d' années, un peu plus, qui est à la retraite depuis deux trois ans, qu' était maçon, d' origine algérienne, euh, qui manifestement euh, n' a aucun projet à part quand il est en Algérie de faire sa maison, mais dans son appartement à Lyon, il s' ennuie manifestement, il est capable de prendre 10 kilos en deux mois là, à la sortie de l' été parce qu' il fait plus rien. Et c'est vrai que à chaque fois qu' il vient il se plaint toujours de la même chose, de ses pieds qui le brûlent, euh, de, de douleurs dans les jambes etc. C'est vrai qu' on a fait quand même pas mal d' explorations euh, parce qu' après y a des gens qui sont pas mal en demande de ça et puis on, on sait jamais vraiment, euh...peut-être qu' on n' est pas sûr soi-même...ou j' sais pas *sonnerie du téléphone*.Après y a l' interaction, pardon *il répond au téléphone, interruption*

- Oui, et justement, alors là ce patient vous avez fait des explorations biomédicales, à un moment vous avez arrêté. *rire* c'est la question ! où vous en êtes avec lui par exemple ?

- Euh, qu' est-ce que j' ai fait avec lui*regarde dans le dossier*...*sourire*. Non j' ai pas complètement arrêté parce que d' habitude il venait plus pour un problème au niveau du genou et des brûlures au niveau de la plante des pieds et puis là, il se plaignait de ça mais aussi euh de ses oreilles, donc *sourire* et donc euh manifestement il avait une baisse de l' acuité auditive donc j' l' ai adressé à un O.R.L. Mais c'est un peu décalé de ce fait...

- Oui

- Mais euh...

- Et il vient régulièrement vous voir ?

- Ouais, lui, y a des périodes, bon là il est venu deux fois dans le mois de novembre, toujours un peu pour les mêmes symptômes. C'est-à-dire il a...A si quand même, ouais

donc au début novembre, j'l'ai, j'lui ai quand même fait un courrier aussi pour aller faire un EMG quoi...Il a déjà eu plusieurs, plusieurs prises en charge. Alors qu'est-ce qu'il a déjà eu ? *regarde le dossier*. Non, j'arrive pas bien à m'arrêter pour lui, hein, parce que...

- Justement, qu'est-ce que vous ressentez face à ce genre de patient qui revient et finalement on n'arrive pas...

- Non, j'trouve c'est pénible hein, y a des gens comme ça on a du mal à voir où, sur le planning quoi. Vraiment, qu'est-ce que, avec quelle demande ils vont venir et qu'est-ce qu'on va pouvoir faire pour eux, quoi ? Parce que là, moi, moi je sens ça que, que finalement il s'ennuie dans son appartement, il fait rien, il marche pas, il a aucun projet, il regarde la télé quoi. C'est vrai que, oui il a soixante trois ans donc euh, de fait, il s'occupe en voyant des médecins, j'pense c'est un peu ça, doit y avoir un peu...

- Et du coup est-ce que vous pensez que parce que vous êtes médecin il vient avec un symptôme parce que c'est un moyen pour vous voir...

- Euh, je sais pas dans son cas...C'est-à-dire je pense que je pense que y a un certain nombre de personnes qui viennent euh avec effectivement des plaintes et que euh, euh, de toute façon je pense qu'ils viennent parce que euh, parce que ils ont envie de se plaindre et que de toute manière euh, si ils viennent c'est qu'ils ne vont pas bien quoi et que euh, j'pense qu'on a pas toujours assez de recul sur ça et euh, et qu'à la limite ils ne demandent pas forcément...Est-ce qu'ils demandent vraiment à aller mieux je ne sais pas quelque part...C'est une question hein...j'sais pas euh...Dans son cas, euh...c'est vrai qu'ils nous mettent un peu en échec, hein, c'est pas très plaisant donc euh...je trouve rien d'autre sur lui mais...C'est vrai que lui par exemple, depuis un an il a...

- Du coup vous vous ressentez quand même comme un échec le fait de, qu'il vient régulièrement toujours avec la même plainte quoi...sans qu'on avance vraiment...

- Oui c'est vrai, c'est quand même, oui, oui c'est une sorte d'échec quand même...Oui j'pense oui...

- Par rapport à la prise en charge aussi, est-ce que vous pensez que votre prise en charge de ce genre de patients elle a évolué au cours du temps entre le début de votre installation et maintenant ?

- Sûrement oui...

- Parce que vous parliez de l'haptonomie comme j' imagine que c'est une médiation qui vous aide pour ces patients...

- Oui, oui c'est vrai que ça peut...pour un certain nombre de patients ça a été pour moi une aide, je pense aussi qu'en début d'installation on est plus quand même dans une démarche euh, euh, j'dirais entre guillemet de « séduction » par rapport aux patients c'est-à-dire qu'on a, on a à constituer sa clientèle, donc on, on, on essaye de j'dirais pas forcément d'aller tout le temps dans le sens des gens ça j'pense que c'est pas forcément ce qu'j'ai fait mais je pense que je demandais plus d'exams quand j'étais plus près de mon installation, hein...

- Et vous en êtes venu à l'haptonomie par, de quelle manière, c'était quelque chose que vs...

- En fait euh, en fait moi, c'qui m'a pas mal frappé c'est le quand même la fréquence des gens qui venaient en médecine générale pour des problèmes de dos et puis le, quand même les limitations de ce qu'on peut leur apporter quoi, les anti-inflammatoires...C'est un peu frustrant quoi comme prise en charge. Donc j'avais, euh, j'ai commencé une formation en médecine manuelle que j'ai pas, que j'ai pas continué, que j'ai fait un an, parce que je, je pense que j'étais pas tombé dans un groupe très, très sympa, euh, enfin on travaillait, c'était sur des week-end et on travaillait les uns sur les autres c'est-à-dire qu'on était un peu cobaye et j'avais le sentiment des fois qu'on était un peu des mannequins euh, enfin y avait quelque chose de l'ordre justement de l'approche du euh, du corps de l'autre qu'était pas bien intégré dans cette formation parce que je pense que quand même, c'est quand même pas rien enfin, ce type d', ce type d'approche. C'est vrai que pour ça l'haptonomie

c'est, j'ai trouvé que c'était quand même plus respectueux de la personne euh, dans l'approche qu'on avait et euh. Bon c'est vrai que j'en avais une petite expérience pour euh avoir fait des accompagnements pour des certaines grossesses de mes enfants mais euh donc j'en avais une petite expérience personnelle à ce niveau là quoi. C'est surtout par rapport effectivement à c'qu'est rhumato en fait...

- Mmm

- Beaucoup de gens qui viennent j'trouve, j'trouve qu'on a des réponses qui sont pas très satisfaisantes et puis c'est vrai que, avant de, j'm'étais posé la question effectivement d'être kiné à une époque, peut-être que ça me revient sous cette forme là quoi.

- Et du coup est-ce que vous pensez effectivement que pour ces patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués c'est une aide quand même d'avoir une médiation euh, d'avoir euh quelque chose...

- D'avoir des outils un peu, ouais, ouais, j'pense ouais...Ouais, j'pense. Je pense que, ouais pour moi c'est plus de replacer euh un trouble dans un cadre plus large je pense que c'est ça que je trouve intéressant. Et euh, j'trouve que ça fait partie de notre métier aussi hein la prise en compte de, du contexte de vie, du contexte familial, et j'pense pour moi effectivement l'haptonomie c'est une médiation pour ça...

- Et euh, est-ce que du coup à l'heure actuelle vous pouvez dire que vous vous sentez préparé, ou suffisamment armé pour la prise en charge de ce type de patients ?

- Je pense, j'ai fait des progrès dans, dans, une manière de questionner qui permette aux gens de dire un certain nombre de choses, euh, après, je pense que l'envie que j'avais c'était de, de faire un travail spécifique justement sur euh, sur euh, alors par exemple sous la forme d'une supervision avec un psy par exemple, j'avais un peu c't'envie de, de voir un peu ces patients qui sont pénibles ou lourds euh, euh, comment les gère, est-ce qu'il y a pas quelque chose qui pourrait être mieux fait, qui pourrait être plus... Je m'demande si je pose, est-ce que je pose assez, assez de limites par exemple, enfin est-ce que le cadre, est-ce que j'leur donne suffisamment euh, est-ce que j'leur dis suffisamment c'que j'pense, est-ce que j'leur donne suffisamment de limites en disant, oui j'pense, j'pense qu'il y a, il faut, enfin au niveau par exemple des explorations on a fait c'qu'il fallait faire euh j'pense c'est pas la peine d'aller plus loin, voilà des choses comme ça,

- Mmm

- J'pense que, j'pense que j'ai un travail à faire là-dessus...

- Et euh est-ce que justement est-ce que vous sentez aujourd'hui, ou est-ce que vous avez senti que, que par rapport à ces patients on a besoin d'une formation particulière ?

- Ouais, peut-être...Parce que en plus ça a un côté euh, c'est le côté un peu, c'est quand même des personnes qui sont assez dénigrées en fait, c'est le côté un peu, moi j'avais, y avait c't'appellation des gens qui sont « totoches » ou euh, des gens qui ouais ou ça peut être étiquetés psy ou...et c'est vrai qu'en plus euh, j'pense pas que ce soit spécifique à la médecine générale parce que j'pense qu'il doit y en avoir dans toutes les spécialités et que les j'pense que les médecins sentent assez vite que c'est sur ce registre là mais après est-ce qu'ils savent bien euh, bien les gérer, c'est vrai qu'c'est autre chose quoi...Donc qu'il y ait une approche spécifique euh pour gérer des...cette réalité-là, ouais j'pense ce serait pas mal. Que ce soit, que ce soit abordé en tant que tel. Je pense pas que ce soit abordé en tant que tel, euh, c'est vrai ce serait intéressant...

- Parce que apparemment on en voit, par exemple, comme futur médecin généraliste on en voit quand même pas mal

- Mmm

- Comme futur médecin généraliste j'me pose la question mais j'ai l'impression quand même qu'ils existent quoi on peut pas ce type de personnes...

- Ouais ouais...J'pense que ce sera intéressant de resituer, que c'est pas spécifique à la médecine générale. Parce que après c'était un peu aussi euh, une manière de dévaloriser un peu notre profession de dire, qu'on voit finalement pas mal de gens comme ça et que finalement c'est pas de la médecine quoi...
- Et pour vous c'est de la médecine ou pas ?
- *rire* Oui j'pense que c'est, oui ça fait partie effectivement de la médecine, mais c'est une bonne question, est-ce que c'est de la médecine, ouais...
- Est-ce que vous vous sentez médecin quand vous prenez en charge ces patients-là, qui ne présentent pas forcément de symptômes biomédicalement expliqués?
- Oui, j'pense que je, oui parce que je, j'suis assez à l'aise avec cette dimension là donc euh, j'pense que j'ai intégré dans mon métier mais je pense que c'est vécu souvent de l'extérieur ou par euh ou par des internes qui viennent en stage chez nous comme un peu euh, de la « bobologie »ou... Oui j'pense que c'est un peu dénigré, dénigrant, quoi comme type de pratique finalement. Mais c'est pour ça j'pense ce serait intéressant, j'pense il faudrait le, le resituer dans l'ensemble des spécialités, enfin j'suis sûr qu'y a plein de gens euh, qui ont ce type de symptômes qui vont voir des spécialistes, c'est pas spécifique à notre métier, quoi.
- Mmm, et du coup être médecin généraliste qu'est ce que ça peut apporter de plus à ces patients là ?
- Ouais...*silence* euh, ouais, je pense quand même qu'on est plus spontanément euh j'dis pas que y a des spécialistes qu'ils le sont pas mais on est quand même plus spontanément formés à, à analyser enfin c'qu'on appelle euh, moi j'ai fait un peu des formations là-dessus aussi, tout c'qu'on appelle la systémique c'est-à-dire le, le contexte, le contexte extérieur enfin j'pense qu'on est plus, on est quand même parce qu'on connaît souvent les familles enfin, j'pense c'est plus naturel quand même de, on a plus de connaissance du cadre dans lequel évolue les gens que, qu'à mon avis euh un médecin qui évolue dans le cadre euh de l'hôpital ou dans le cadre d'un d'une technique assez spécialisée, quoi.
- Donc ça c'est une aide pour vous ?
- Oui, j'pense que c'est une aide, ouais, tout à fait. Et puis que euh, oui que, j'sais pas...on peut pas dire que ce soit spécifique mais j'pense qu'on, j'pense quand même qu'on fait euh, de fait, on fait probablement plus de, de « relation d'aide » entre guillemet que le médecin spécialiste. J'dis pas qu'y en a qui en font pas mais euh plus fréquemment à mon avis on est dans le registre d'une relation de soutien euh psychothérapique que d'autre type de médecins, il me semble hein...
- Donc finalement c'est pas incompatible de penser que ce type de patients, ça fait partie des patients qu'on a à prendre en charge euh « pour de vrai » j'allais dire.
- Oui, et moi j'pense qu'y a un enjeu à les prendre en charge pour que ils évitent après de, de, enfin moi c'est un peu l'optique que j'ai, c'est-à-dire que pour qu'ils évitent après d'aller dans le système de soin, dans tous les sens. Alors c'est un peu lourd, j'pense que c'est quand même des patients un peu lourds, quoi, euh, au niveau, j'dirais. C'est un peu des patients épuisants quoi, mais euh, j'pense que si on arrive à, si on arrive quand même à les, oui à les écouter, à les, à les prendre en compte par rapport à ça, j'pense que effectivement ça leur évitera d'aller euh, d'appeler le médecin de garde, d'aller dans un service d'urgences euh...Ouais, j'pense qu'y a un enjeu aussi là...
- Merci, j'pense qu'on a fait l'tour

Entretien F

- Je rappelle juste l'objet de mon étude, c'est d'étudier les médecins généralistes face aux patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués, voilà. En commençant cet entretien je voulais vous demander pourquoi vous aviez choisi la médecine générale, ce qui

vous plaisait aujourd'hui dans votre travail * sourire * et ce que vous trouviez plus difficile.

- Pourquoi j'ai choisi la médecine générale, j'pense tout simplement parce que j'étais un peu fainéant.*sourire* Tout bêtement. Euh, c'qui m'plait le plus actuellement ben c'est la variété hein, des patients. On ne voit pas deux fois la même chose et ça c'est très bien. C'qui m'déplait c'est d'avoir la sécurité sociale maintenant sur le dos en permanence et d'avoir des patients qui sont de plus en plus exigeants et méfiants sur ce qu'on leur dit.
- L'idée c'était de commencer à partir de, du cas d'un patient qui vous viendrait quand je vous parle de symptômes biomédicalement inexpliqués.
- Oui
- Si vous pouviez me parler d'un patient ...
- Euh, bon j'ai à la rigueur une patiente en tête. Oui
- Mmm
- Euh, donc c'est une femme qui se plaint de douleurs digestives, qui subit toutes les investigations possibles et imaginables et qui se plaint toujours, euh malgré tous les traitements qu'on a pu lui faire, jusqu'à des...l'ablation d'adhérences chirurgicale qui n'ont rien changé au problème, on lui a enlevé la vésicule mais elle a toujours les mêmes douleurs.
- D'accord, et c'est une patiente que vous suivez depuis...
- Très longtemps.
- Donc, euh, comment vous vous y prenez avec cette patiente maintenant que vous avez déjà fait beaucoup d'explorations, qu'il y a eu des choses au niveau chirurgical...
- On essaye de lui faire admettre que ça puisse venir euh d'un état un peu anxio-dépressif surtout qu'ça c'est nettement aggravé au décès de son mari il y a deux trois ans en arrière
- D'accord
- Donc maladie psychosomatique qu'il est toujours très difficile à faire admettre au patient.
- D'accord, donc vous lui en avez parlé, vous en parlez facilement ?
- Bien sûr tout le monde lui en parle. Oui
- D'accord et elle l'entend, enfin...
- Elle l'entend difficilement, difficilement puisqu'elle est toujours demandeuse de consultations spécialisées supplémentaires, l'autre jour j'ai enregistré une lettre que j'avais reçu de l'orthopédiste qu'elle a voulu aller voir, indépendamment de son problème digestif, euh, qui écrivait lui-même que la malade se plaignait qu'on ne s'occupait pas correctement d'elle, voilà alors qu'effectivement on avait fait tout ce qu'on pouvait lui faire, donc...
- Et pourtant...
- Il n'y a pas de solution.
- Elle continue à venir vous voir, régulièrement
- Oui bien sûr, bien sûr
- Donc elle doit attendre quelque, enfin, elle doit en même temps euh, être satisfaite d'une certaine manière, si elle continue à venir vous voir.
- Oui, c'est-à-dire que je suis peut-être encore plus patient que les spécialistes. Qui au bout d'un moment la renvoie euh assez vertement et donc elle vient entre guillemets « pleurnicher » chez moi.
- D'accord.
- Donc, on rediscute de tout ça et elle repart un petit peu requinquée, jusqu' à la prochaine consultation qui peut avoir lieu 8 jours ou 15 jours après.
- D'accord, donc elle vient assez souvent en plus.
- Oui*insistant*. Ca s'est un peu calmé ces derniers temps. Je suppose qu'on a réussi quand même à la persuader que, pendant un petit moment qu'elle n'a rien de grave.
- D'accord, et vous lui avez éventuellement proposé un suivi chez, autre...
- Non
- Non

- Non, parce que c'est une dame qui a plus de quatre-vingts ans, pff, j' pense qu'une psychothérapie, quelque chose comme ça, n'a pas grand intérêt. Elle a autant confiance en moi qu'un psychothérapeute.

- Et par rapport à ce type de patient, vous, comment vous le ressentez enfin, ce genre de prise en charge...

- C'est difficile, puisque on n'arrive pas à lui faire entendre c'qu'on veut lui dire, à savoir qu'on a fait tous les examens possibles et imaginables et que donc on est sûr que ce sont des troubles fonctionnels. Bon, c'est très difficile à exprimer ça. Quand on parle de troubles fonctionnels, nous entre médecins, le malade lui il sait pas ce que ça veut dire. Je peux lui dire qu'elle n'a rien dans ses organes, elle reste persuadée qu'on n'a pas trouvé ce qu'elle avait. Même avec tous les scanners qu'on a pu lui faire, les coloscopies, gastroscopies, tout ce qu'on a pu faire, elle pense qu'on est à côté de la plaque.

- Et vous de la revoir venir aussi souvent alors que vous lui avez dit ça...

- Ben au bout d'un moment ça me barbe carrément hein, quand je la vois venir, ça me dérange. Alors heureusement des fois elle revient quand même pour des renouvellements d'ordonnance, des choses plus simples, mais très souvent j'essaye donc de ne plus aborder son problème, puisque ça ne sert à rien de lui demander comment ça va. Mais elle y revient très, très souvent.*silence*

- Est-ce que vous pensez que l'on peut s'aider de médiations pour ces patients là, de choses qui pourraient...

- de médiations ?

- médiations

- C'est-à-dire ? Quel type de médiations *rire*

- Qui peuvent être variées selon les médecins, mais que ce soient des médicaments particuliers, ou des techniques de euh psychothérapie, enfin ça dépend un petit peu...Est-ce que vous pensez vous que ça peut aider ?

- Pour certains oui, dans le cas précis, euh, l'âge est réhibitoire pour quoique ce soit en dehors des traitements médicamenteux.

- Et vous parliez de syndrome anxio-dépressif, ce syndrome là vous avez essayé de le traiter chez cette patiente ?

- Mmm. Elle n'est pas très observante. C'est la première chose qu'elle arrête, son traitement antidépresseur. Bon il faut dire, elle a quand même pas mal de pathologies à côté, donc elle prend beaucoup de médicaments, donc il y en a certains dont elle est consciente qu'ils sont indispensables, et le premier qu'elle fait sauter en général c'est l'antidépresseur, donc elle fait pas de traitement suivi, il faudrait qu'elle soit traitée à mon avis sur du très long terme, et en général quand elle a fait deux, trois mois c'est le maximum. Et elle décide d'arrêter, et en plus elle dit ce qu'elle veut, je suis même pas sûr qu'elle fasse les trois mois.

- D'accord, est-ce que vous pensez que votre prise en charge elle a évolué entre le moment où vous vous êtes installé et maintenant, pour ce type de patient là ?

- Oui, bien sûr, j'suis beaucoup moins patient.

- Beaucoup moins patient.

- Bien sûr. En prenant de l'âge c'est évident que on supporte moins ce genre de pathologies, puisqu'en plus c'est ce que je faisais, c'est ce à quoi je faisais allusion au départ, c'est que maintenant les patients euh, il faut pratiquement tout négocier pour leur faire admettre les choses, rien ne se fait de façon simple. Parce que l'image du médecin a faibli énormément.

- Et euh est-ce que vous trou, enfin, selon vous est-ce que vous avez beaucoup de patients de ce type dans votre clientèle ?

- De ce type précisément ?

- Ben des patients qui viennent avec des plaintes inex...

- J'en ai, j'en avais une autre en tête.

- Mmm

- Qui bon, qui a peu près le même type de comportement même si c'est deux personnalités...Mais j'en ai pas des milliers comme ça. Y a quand même des gens qu'on arrive à, à canaliser, à leur faire comprendre

que en ayant fait tous les examens, bon, si il n'y a rien, il faut traiter le problème entre guillemets « à sa source », à savoir au niveau psychique, on arrive parfois à obtenir des résultats, j'ai revu ce matin aussi une de mes patientes aussi qui avait des troubles psychosomatiques typiques qui avec du Dogmatil, se porte très bien, qui vient le faire renouveler régulièrement.

- Mmm

- Elle s'est rendu compte que si elle arrête son traitement elle retombait dans les mêmes travers. Donc y en a quelques uns qu'on arrive par des méthodes simples, et lorsqu'ils ont quand même un petit peu plus confiance en nous, à les sortir de là.

- Donc vous arrivez à les sortir de là mais j'veux dire, c'est quand même au départ des patients qui présentent ce type de symptômes, donc c'est quand même quelque chose qu'on voit régulièrement ?

- Oui, on en voit régulièrement, oui. Bien sûr. Mais beaucoup moins, Y a des gens qui ont un petit trait de caractère de ce type là, y en a d'autres, c'est franchement, franchement maladif. C'est des névrosés en fait.

- Et euh, est-ce que vous pensez à l'heure actuelle que vous êtes vous, ou que les médecins sont suffisamment formés ou préparés à prendre en charge ce type de patients ?

- Non, pas moi, ma génération, non. J'ai jamais, jamais je n'ai appris à prendre ce genre de patients en charge.

- Et euh...

- Je ne sais pas ce qui se fait en fac de médecine actuellement.

- Et euh,

- Moi, ça fait quand même 28 ans que j'en suis sorti.*sourire*. Donc, ça fait quelques années.

- Est-ce que euh, ne vous sentant pas forcément préparé pour ce genre de patient, vous avez eu envie de faire des formations particulières sur ce point ?

- Non, parce que je pense que on se forme sur le tas. Ce qui est une chance. C'est-à-dire que je pense que l'expérience permet quand même d'améliorer à peu près vingt-cinq pour cent des cas le problème ; mais par contre les premières années c'est plus difficile, mais précisément, on n'a pas non plus des patients comme ça les premières années, puisque précisément, moi c'est une patiente que je vois depuis 25 ans, donc, j'la connais par cœur. Donc je sais quand même un petit peu comment la prendre et c'est parce que j'la connais par cœur qu'elle vient chez moi parce qu'elle se rend bien compte que je suis le seul à vraiment la connaître à fond.

- Mmm

- Donc de temps en temps j'arrive à lui faire entendre des choses, qu'elle veut bien entendre. Donc je sais pas enfin, je, on n'a pas été, nous, éduqués avec des techniques relationnelles, donc je sais pas, enfin, j'y crois pas trop moi, personnellement. Je pense plus que c'est la personnalité du médecin qui va, qui va avoir une influence sur ses malades et puis la clientèle s'adapte au médecin et réciproquement euh, ça j'pense que ça se fait comme ça avec le temps. Y a des médecins très directifs, y en a d'autres qui le sont beaucoup moins, moi j'fais partie de la deuxième catégorie, j'préfère essayer de convaincre les gens plutôt que de leur asséner des choses très dogmatiques. Et ça ça se fait en fonction de sa personnalité. Et j'pense pas que des techniques absolument servent à quelque chose là-dedans. Mais bon d'avoir quelques notions par contre en fac pourquoi pas.

- D'accord et est-ce que vous pensez que du coup le médecin généraliste dans son, dans le rôle qu'il a, a une place particulière pour la prise en charge de ces patients ?

- Ben oui, absolument, de toute façon on est le premier niveau hein, auxquels les patients accèdent. Et quand ils ont effectivement été un petit peu rejetés à droite, à gauche de chez les spécialistes, ils reviennent chez nous pour faire un peu la synthèse de tout ce qu'ils ont pu glaner à droite à gauche, pour essayer d'y voir un peu plus clair, parce que souvent ils sont noyés. Euh, quand on a accès à la médecine très technique, euh, les gens reçoivent parfois des

courriers hallucinants, de spécialistes de l'hôpital où y a des termes techniques incroyables. Ils viennent faire traduire les lettres, en quelque sorte, un peu comme un émigré qui serait perdu à l'étranger, donc euh, on est absolument indispensables, et en plus ça permet parfois d'éviter les redondances de traitement, les gens qui ont trois fois le même traitement par trois spécialistes différents. C'est, c'est absolument indispensable.

- Mmm

- Et puis en fait, on connaît mieux les gens qu'un spécialiste, que les collègues puisqu'ils les voient au pire, trois, quatre fois de suite alors que, elle par exemple, ça fait vingt-cinq ans que je la vois à raison de minimum 5 à 6 consultations quand c'est pas 10 consultations par an, dans les bonnes années. J'ai suivi son mari, j'ai suivi sa mère qui est morte très âgée enfin voilà. Il se noue des liens euh, c'est pas des liens affectifs, mais y a des choses bon qu'on a vécu ensemble, qui fait que finalement le généraliste est quand même le plus près du malade. Y a rien de plus près.*rire* Et on est moins techniques quand même que les spécialistes, qui font leur boulot aussi, mais qui devraient de temps en temps aussi redescendre au niveau du malade.

- Donc, sans parler de techniques de relation, comme vous le disiez tout à l'heure, en même temps y a quelque chose qui est en jeu de la relation dans ce qui...

- Oui, bien sûr, bien sûr mais ça ça se fait naturellement. Quand y a un malade qu'est paumé avec ses examens, qui arrive avec des examens hyper sophistiqués, où finalement on lui a expliqué entre deux portes, ce qu'il avait, parce que c'est souvent comme ça que ça se passe, ou le malade a passé dix jours à l'hôpital, il ressort, on l'a reçu dix minutes, vite fait, bien fait pour lui dire trois mots, et que lui enfin nous on reçoit un courrier circonstancié, à nous de voir après ce qu'il en est, voir donc une traduction de ce qu'on a pu leur faire et de ce qui s'est passé.

- Très bien, donc je vous remercie.

Entretien G

- Voilà

- Alors redites-moi un petit peu le sujet parce que ...

- Oui, oui, j'veus rappelle l'objectif de mon travail. En fait l'idée c'est de, d'étudier comment les médecins généralistes se situent face aux patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués.

- Mmm

- Voilà, donc, juste pour situer un petit peu, donc vous avez été tirés au sort parmi des médecins du 8^{ème} arrondissement.

- *rire*

- Donc, et puis rappeler quand même que j'enregistre les entretiens donc

- J'aurais préféré être tiré au sort au loto*sourire*

- *rire* oui, j'comprends, qu'il y a une confidentialité par rapport à ...

- OK

- Euh, donc vous m'aviez dit comme ça de regarder un petit peu. Euh... Des symptômes...moi j'crois que si on ess... j'ai essayé de réfléchir un peu à votre sujet. Et euh, d'emblée comme ça, ça m'inspirait pas puis après j'me suis dit j'vais essayé de classer un peu ces gens, donc, euh, et après en les classant on arrive à retrouver des cas, c'est-à-dire des gens qui, enfin je sais pas si ça rentrera dans le cadre de votre thèse, mais je trouve des gens qui, qui veulent tirer des bénéfices d'abord le plus simple c'est celui qui veut tirer un bénéfice euh matériel de décrire des symptômes au niveau des assurances, d'un arrêt de travail, d'avantages sociaux. Donc, ça c'est la première catégorie avec souvent une simulation d'un certain nombre de symptômes. Deux, euh, les hystériques. C'est sûr que...Ca, la pathologie psychiatrique. Et trois, y a un syndrome, j'ai pas eu le temps de révérier tout à fait, c'est le syndrome de Munchausen, j'sais pas si vous avez entendu parler...

- Ah, oui

- Hein, donc les mères qui vont décrire des symptômes chez leurs enfants, ou des fois, je l'ai vu, pour le mari. C'est-à-dire que la plupart du temps c'est quand même des gens qui ont une approche médicalisée des choses. C'est-à-dire c'est des gens qui travaillent dans le milieu médical mais qui sont euh au bas de l'échelle formation médicale, quoi, donc ils arrivent à regrouper un certain nombre de symptômes pour leur enfant ou pour le mari, de telle sorte qu'on dit, mais c'est ça il a cette maladie c'est pas possible.

- Mmm

- Et en même temps elle revendique des examens pour éliminer la maladie mais c'est quand même assez fréquent. Enfin, moi j'l'ai vu plusieurs fois.

- Mmm

- Autrement le reste, pas d'idée précise*sourire*

- Est-ce que, donc j'entends bien, c'est pas étranger à cette question. Est-ce que vous ça vous fait penser à une personne particulière par exemple que vous suivez en ce moment ?

- Si on rentre par exemple en milieu psychiatrique, euh, oui, si on rentre dans une catégorie, une hystérique, oui. Mais autrement d'emblée je, d'emblée quand on connaît bien les gens, euh, la première fois effectivement on peut, on peut s'interroger sur la validité du symptôme mais quand on a des patients qu'on connaît depuis longtemps, on pourrait être surpris à la première consultation mais après on arrive quand même assez rapidement à voir le truc. Donc, dans les catégories des hystériques, des choses comme ça qu'ont quand même nécessité des bilans !

- Mmm

- Hein, à savoir que l'hystérique qui vient me voir, et qui, le soir, j'la connais bien, et j'lui dis non. Si elle s'est mis dans la tête qu'elle avait des symptômes*sonnerie du téléphone*. Dans la nuit elle se retrouve aux urgences

- Mmm

- Avec rien du tout quoi.

- *quelques secondes d'interruption, il transfère la ligne à sa secrétaire*

- Oui

- Donc en fait euh

- Moi j'peux vous décrire des, des, des, cas cliniques à travers ces symptômes...

- Mmm

- Ces catégories de patients que je vous ai cités, mais dire d'emblée j'ai eu des gros problèmes avec une patiente qui derrière n'avait...

- Non, mais sans parler, en fait forcément en terme de problème hein, mais simplement.

- Oui, non mais même de rencontrer euh, qu'a pu poser...

- Si par exemple je vous parle

- Allez-y

- De pathologies fonctionnelles, euh...

- Ah les pathologies fonctionnelles, oui, mais y a quand même toujours une prédisposition, euh, celui qui fait de l'asthme parce que il est comparé par certaines p... Y a des enfants qui font de l'asthme parce qu'il y a des situations familiales par exemple qui ne leur conviennent pas, euh des trucs comme ça, mais y a quand même un terrain quand on regarde bien. Ils avaient un eczéma atopique quand ils étaient nourrissons, des trucs comme ça sans forcément qu'il y ait de l'asthme après ...ou bien, j'sais pas un gamin qui se remet à pisser au lit, ou*rire* des trucs comme ça.

- Mmm

- Bon ça c'est autre chose, après les autres pathologies fonctionnelles. Après on se demande quand même si ce n'est pas une conversion hystérique d'un certain nombre de problèmes. Les gens qu'ont mal au dos et qui...et pff qu'on explique pas bien, y a quand même des fois des pathologies psychiatriques un peu sous-jacentes hein, des personnalités un petit peu...

- Des pathologies psychiatriques, vous les ...

- Ben, des gens qui sont

- Vous faites...

- Souvent c'est des gens, ben sans parler de troubles psychotiques, mais des des histoires euh, soit petites

névroses soit soit au contraire des gens qui sont anxieux quoi, des choses relativement simples, hein, euh, qui sont un peu phobiques, anxieux.

- Et vous confiez dans ces cas-là à un spécialiste, quand vous ?

- De toute façon c'est sûr qu'il faut quand même toujours euh écouter les gens et et quand même essayer d'y voir clair, on ne peut pas d'emblée dire celle-là c'est une hystérique ou n'importe quoi. Donc malgré tout, euh, j'm'entoure d'un certain nombre d'examens. Ca c'est sûr que ces gens-là on s'contente pas de les cataloguer mais il faut quand même faire un certain nombre d'examens pour, sauf quand on les connaît bien, là j'en ai une là, quand elle a une idée en tête celle-là, c'est sûr que ça va mal se passer, euh, mais ça j'peux l'prévoir à l'avance, par ex...elle devait s'faire opérer d'une jambe, j'me suis dit oh ben attend, une hystérique comme ça elle va jamais, y aura toujours un problème. La veille de de se faire opérer comme par hasard, elle a présenté un grand malaise qui l'a emmené aux urgences. Mais c'était*sourire*, ça je...j'le prévoyais que, que ça allait s'passer comme ça, alors aux urgences : alors attendez qu'est-ce qui se passe ? Elle simulait de la fièvre alors que finalement elle avait pas de fièvre, enfin bref, c'était ça. Un mois avant j'm'étais dit elle sera pas encore opérée celle-là, parce que c'est sûr que la connaissant depuis longtemps ça va mal se passer, donc finalement, ils ont fait tout un tas d'examens, ils ont rien vu : ben madame vous pouvez vous faire opérer, point barre...

- Disons que, votre place d'après vous, pour ce genre de patients comme médecin généraliste ?

- L'importance ? Oh, j'dirais ...vous voulez dire ?

- Votre place ? Comment vous considérez du coup, pour une personne...

- Ah ben ça fait partie

- Que vous connaissez depuis longtemps ?

- Ca fait partie...On est des thérapeutes. On est à l'écoute quand même, on peut pas, on peut pas lui dire, euh, attendez, arrêtez, euh, votre délire, ou votre hyst...votre conversion hystérique, mais, mais malgré tout si vous voulez, d'emblée c'est sûr que de temps en temps il peut y avoir un piège, hein, si, si quand on connaît bien les gens, quand ça fait trente ans ça ça dure, et que*rire* le jour où ils nous font une véritable pathologie. Moi je sais que jusqu'à présent, ma grosse angoisse c'était euh, l'exemple précis, de cette femme. Pour vous donner un exemple. Un truc très précis.

- Mmm

- Elle a, elle, elle soit disant qu'elle avait mal au ventre. Mal au ventre. Elle vient me voir, il fallait que je lui fasse faire un scanner sur le champ. Sur le champ. J'aurais du l'envoyer aux urgences pour qu'elle est son scanner le soir même.*coupure enregistrement 1/2 sec* J'arrivais pas à comprendre. Et alors après son mari il me dit oui, ben j'vais vous expliquer. Elle a très peur, alors, mais au bout de la discussion alors, je cherche tout ça.

- Mmm

- Au bout de la discussion il me dit, c'est peut-être possible parce que je vais changer de mutuelle, j'vais changer de mutuelle et pendant un certain temps j'vais pas avoir de complémentaire y a un délai de stage. Alors elle a peur d'avoir une maladie, alors euh, il faut répondre à la demande. Bon, alors tout de suite j'ai, ben ça y est j'ai compris pourquoi elle faisait ça. J'voyais pas pourquoi elle voulait son scanner pour des douleurs abdominales. Alors ça a duré quand même un examen, vingt minutes, quoi, avant que le mari m'explique ça. J'lui dit écoutez, on va pas s'affoler, euh, même si on change de mutuelle y aura toujours moyen d'faire un scanner euh, tout ça. Et bien, j'refuse de faire le scanner, le soir même, elle était aux urgences. Aux urgences. Et elle avait son scanner. J'me suis dit pétard, euh... le lendemain matin, le mari m'dit ben il a fallu que j'rentre mon mari...ma femme en urgence. J'dis ben il s'est passé quelque chose ?

- Mmm

- On a rien trouvé.

- Mmm... Et en même temps c'est une patiente, même si vous répondez pas directement, qui continue à venir vous voir.

- Oui, parce qu'elle, elle sait qu'j'approche euh, ça la rassure en même temps, parce que d'autre part elle veut si vous voulez à travers ça, euh, elle veut pas non plus, elle a peur de la maladie. Donc, comme, comme elle sait que j'lui annonce non d'emblée, en même temps j'lui dit pas ou la la vous avez p't'être un cancer, ça la rassure, d'une autre façon ça la rassure, quand même*rire*

- Mmm

- Oh, attendez, oui on va faire un scanner, vous avez peut-être un cancer, comme y en a qu'annoncent euh d'emblée aux gens. Oui, oh, oui oui vous avez ça.

- Mmm

- Donc, euh, j'pense que par rapport à ça, la relation qu'j'ai avec elle doit lui convenir puisqu'elle est ...

- Euh, j'vais voir les labos, ça dure pas...*arrêt de l'enregistrement *

- Et ces patients justement finalement qui reviennent avec des plaintes répétées, vous ressentez quoi de les revoir euh revenir comme ça ?

- Ah ben de toute façon, on sait très bien que ça fait partie de, de notre travail, euh, d'être à l'écoute de ces gens qui ont des manifestations fonctionnelles, qui ont une sorte de conversion un peu psychologique d'un certain nombre de problèmes somatiques. Mais, mais euh souvent c'est quand même des pièges aussi ce que j'vous disais, surtout quand on les connaît depuis longtemps, on s'dit un jour ou l'autre ils vont bien finir par nous faire une maladie puis on va passer à côté quoi.*sourire*

- Mmm

- Euh, donc, c'est toujours quand même, c'est toujours un petit peu, euh, impressionnant comme...

- Mmm

- Pas impressionnant mais euh, si si vous voulez c'est un petit peu ennuyeux dans la durée. Dans la durée, parce que euh, souvent malgré tout ces gens des fois avec le recul, bon ça fait trente-trois ans que j'fais ce métier finissent un jour ou l'autre par vraiment vous faire des maladies, mais enfin ça, et...

- Comme les autres...

- Comme les autres, voilà, alors en réalité*rire* ça y est elle a son cancer ou elle a son truc. Alors que ça fait trente ans que qu'on le cherchait quoi.

- Mmm

- Hein, donc y a toujours un moment. Et alors là, ça va être dur à gérer parce que y a toujours un moment où elle vous dit : vous savez bien*sourire*

- Mmm

- Ca fait dix ans qu'j'vous en parlais*rire*

- Mmm

- Donc, alors malgré tout, il faut quand même, maintenant avec le recul, j'ai toujours pris l'habitude de de bien considérer ces gens, et alors je n'hésite pas mais alors vraiment pas hésiter une seconde à envoyer à un confrère, un deuxième avis des trucs comme ça quoi. Faut pas se prendre la tête. Parce qu'après faut gérer tout ça. Souvent après faut gérer ça avec la famille, parce que y a la cousine, la mère, qui me téléphonent, bon vous avez vu ma fille, elle est quand même très inquiète, vous avez pas demandé tel examen, patati pataqués, et pourquoi. Problème : avis, deuxième avis.*rire*

- Mmm

- Et je l'fais maintenant systématiquement pour les gens qui sont plus lourds pour lesquels...je vais pas demander un deuxième avis toutes les secondes mais de toute façon c'est une façon de s'en sortir. Et en gériatrie, en gériatrie, euh, je fais faire beaucoup de, d'évaluations gériatriques. C'est sûr que quelqu'un que vous connaissez... Si vous voulez ce qu'il y a de dur dans la médecine par rapport aux fonctionnels qui n'ont pas de symptômes, et ça j'trouve que ça peut être intéressant peut-être à développer pour vous, j'sais pas si si ça vous intéressera, c'est quand on s'inscrit dans la durée, c'est à dire que quand des gens nous font confiance depuis très longtemps c'que je vous disais

tout à l'heure y a toujours un moment où même ces gens qui n'ont pas de symptômes risquent de faire une maladie y compris les personnes âgées qui sont des pleurnichards, et puis là ça fait trente ans qu'elle me raconte les mêmes histoires y a toujours un moment où finalement elle va finir par me faire un truc. Et alors à ce moment-là, des fois c'est un peu difficile à gérer parce que y a une sorte de relation de confiance qui s'est installée depuis très longtemps et comment ça se fait, j'vous disais ça, gna gna gna *sonnerie de la porte*. Alors maintenant j'ai pris l'habitude de faire facilement à partir d'un certain âge quand j'vois la famille est inquiète une évaluation gériatrique.

- Mmm

- Et comme ça au moins on est OK

- On repart...

- On repart sur un truc. Hein.

- Mmm

- Et alors maintenant quand les gens sont trop lourds, j'ai même une deuxième technique. *sourire* Une deuxième technique. Evaluation gériatrique, et quand ils rentrent en résidence derrière, je refuse de les soigner. En disant, euh non, là je ne peux plus les suivre. J'peux pas, j'peux pas. Je me dégage comme ça en disant bon c'est loin, euh moi je vous soignais quand vous étiez dans mon quartier, à proximité. J'fais plus de visites à domicile même si c'est pas tout à fait vrai mais maintenant je, comme ça je passe à mon confrère, un dossier bien clean. Evaluation gériatrique à telle date, j'vous passe la main, voilà c'qu'il en est.

- Mmm

- Et après terminé. Deux trois fois j'ai quand même eu des, des problèmes avec des familles. Pas, alors les problèmes avec les familles c'est jamais euh, souvent les enfants parce que les enfants sont, sont au courant un peu du travail et des relations. Mais souvent c'est les petits enfants qu'on connaît pas, qu'on n'a jamais vu, mais qu'ont entendu ça qu'en ont parlé à leur copain qui fait des études de médecine et truc et qui dit *hausse le ton* si la grand-mère elle a fait ça c'est que ton médecin n'a pas fait ça. Voilà point barre.*rire*

- Mmm. Et euh, face à des patients, j'allais dire plutôt au début de...*sourire* quand vous les prenez en charge, euh, si vous vous évoquez le fait qu'il n'y ait pas forcément d'explication biomédicale, après avoir fait des explorations, euh, vous en parlez au patient qu'il peut y avoir une autre origine ?

- On peut dire des fois certaines problématiques personnelles qui peut influencer sur le fonctionnement des organes vitaux : le cœur, la digestion, euh. J'leur explique souvent, j'leur dis regardez : vous avez une frayer, bon maintenant, vous n'avez pas de diarrhée. Bon, vous avez une très grosse frayer, ce soir vous avez de la diarrhée. Et bien vous voyez notre organisme est capable de réagir à dans sollicitations extérieures. J'leur donne un peu cet exemple.

- Mmm. Et vous trouvez que...

- Le message passe ?... Oh, pff, oh, oui ça peut, c'est une façon d'expliquer les choses, moi j'pense de toute façon il faut écouter et expliquer quand même on peut pas, hein. J'crois qu'j'ai jamais. Par contre j'leur dis jamais euh, vous êtes un peu totoche ou c'est dans la tête hein. Ca jamais. Parce que il faut toujours se méfier euh...Moi j'ai j'ai toujours appris euh en sachant qu'un rien du tout pouvait se transformer en catastrophe. Donc je ne dis jamais aux gens que ce n'est pas grave. J'leur dis voilà j'pense que c'est ça, je s'il y a lieu on fera d'autres examens mais bon euh, voilà comment ça se passe. Mais faut jamais leur dire allez vous inquiétez pas euh, ça c'est pas grave tac tac. Moi j'me souviens euh d'un remplaçant. Vous êtes remplaçante ?

- Mmm

- C'était pour les fêtes de Noël, il me remplaçait. Et...la voisine qu'habitait deux allées à côté vient le voir, son gamin qu'a mal à la tête. Le remplaçant lui dit c'est les fêtes de Noël, t'as mangé beaucoup de chocolat. Le gamin oui, oui j'les aime bien, la mère oui oui. Ben écoutez ma

p'tite dame c'est pas grave, il a mangé trop de chocolats. Le lendemain matin, il terminait son remplacement le soir même, le lendemain matin j'arrive c'était deux allées à côté, j'vois la voiture du SAMU. J'dis tiens y a quelqu'un... et après j'vois la mère et elle me dit mon fils a fait une hémorragie cérébrale cette nuit. Et donc le gamin il était en train de commencer une hémorragie cérébrale. Donc si vous voulez, même si le diagnostic ne pouvait pas être fait.

- Mmm

- Moi, par rapport au diagnostic j'aurais fait pareil. Moi quand j'vois des trucs comme ça j'lui dis,écoutez, à l'instant T j'pense que ce n'est pas grave, malgré tout les maux de tête faut toujours être très vigilants et si dans la nuit y a quoi que ce soit n'hésitez pas à appeler le SAMU ou faites le 15 ou des trucs comme ça. Voyez, je ne dis jamais ça n'est pas grave point barre.

- Mmm. Et est-ce que, bon là c'était un exemple précis, mais est-ce que quand vous leur évoquez la possibilité qu'il y ait d'autres causes associées à leurs symptômes, euh est-ce que vous pensez que ça les aide ? Qu'est-ce que vous avez comme expérience ?

- Ah, euh vous voulez dire quand on pense...oui, oui bien sûr.

- Mmm, ça a permis de...

- Oui, non mais la symptomatologie digestive, on leur explique par exemple, quelqu'un qui a des gastralgies, une colopathie, on lui dit essayez quand même de vous rappeler que c'est quand vous avez des grosses contrariétés que vous avez plus mal au ventre. Quand l'été vous êtes bien en vacances, que tout va bien, la vie est belle, vous avez quand même moins mal au ventre. Donc voyez, y a certainement un lien avec le stress. Un mot que les gens aiment bien c'est le stress. Ils l'utilisent pour plein de choses, ils voient bien ce que ça veut dire. Donc ça c'est une référence et j'leur dis essayez de bien vous analyser vous verrez devant les colopathes que c'est quand y a cette sorte de problématique ou alors des erreurs flagrantes de régime que vous êtes pas bien.*silence*

- Euh, oui j'voulais vous demander aussi si donc vous disiez par exemple, vous parliez d'évaluation gériatrique, euh, est-ce que vous utilisez aussi d'autres médiateurs, que ce soit des médicaments ou autre, pour prendre en charge ces patients là ? Est-ce que vous pensez que c'est utile d'avoir des outils ?

- J'pense que j'appartiens à une génération où les anxiolytiques, y a trente en arrière étaient particulièrement importants parce que j'peux dire j'ai cité le temesta *rire*on était harcelé pour prescrire du Temesta. Si on a tant prescrit de benzodiazépines c'était quand même un petit peu ça. Bon, après on s'est bien rendu compte que l'accoutumance était un inconvénient des benzodiazépines, mais j'pense qu'y a trente en arrière tous ces médicaments avaient été créés en réponse à ça. Essentiellement, hein, et si ils marchaient si, se sont tant développés c'est qu'ils étaient une réponse à toutes ces interrogations un peu fonctionnelles des gens. Vous êtes stressés, vous avez mal au ventre, vous avez une colopathie ben prenez prenez une benzodiazépine. D'ailleurs y avaient des benzodiazépines qui étaient associées à des antispasmodiques comme le librax ou des trucs comme ça hein. Après y a eu la grande mode aussi d'un médicament qu'a été _ le dogmatil, un «neuroleptique »qui alors là on en donnait même dans les ulcères d'estomac. J'ai connu la période où il n'y avait pas d'IPP ni rien, on donnait du dogmatil dans les ulcères d'estomac... En injection... Alors on s'est aperçu qu'il pouvait y avoir une demande mais alors maintenant on prescrit du placebo ou on va carrément traiter un syndrome dépressif même si c'est une*sonnerie de l'entrée* ...On avance ?*rire*

- Oui, c'est presque fini. Euh, est-ce que vous trouvez finalement que votre prise en charge elle a évolué au cours du temps, est-ce que...

- Oui

- Entre le moment où vous avez commencé...

- Oui, oui, par rapport à euh. 1- J'suis beaucoup plus, par rapport au début je suis, je demande beaucoup plus l'avis d'un confrère. Beaucoup plus. Euh, assez rapidement alors qu'avant souvent je traînais...Alors donc ça j'ai appris à demander beaucoup plus d'avis, c'est aussi une façon de soigner les gens parce que deux avis ça aide à prendre en charge les pathologies, hein.

- Mmm

- Et très rapidement comme ça j'dis on est deux. Ca va la calmer d'avoir dit le truc. Donc ça c'est la première chose. Vous m'avez dit si j'ai changé hein ?

- Oui

- 2- Je prescriis beaucoup moins de benzodiazépines qu'y a trente ans. Et puis 3- quand euh, c'qui a beaucoup changé depuis une dizaine d'années, c'est les pathologies gériatriques où souvent c'est l'angoisse de la mort. Les personnes âgées ont des tas de symptômes, c'est la solitude, l'angoisse de la mort, de demander rapidement rapidement des évaluations gériatriques pour

- Et est-ce que vous pensez que vous avez été suffisamment préparé, formé pour la prise en charge de ce type de patients ? Est-ce que vous pensez qu'il y a une formation particulière, pas forcément initiale mais...

- Moi j'crois, j'crois que ça rentre, sans formation globale particulière, moi de mon temps, euh c'était, j'pense qu'on avait pas tellement de formation là-dessus, quand j'ai fait mes études de médecine après y a eu, chacun a son parcours personnel, ça dépend, où on a fait ses études, du temps où existait encore l'hôpital St Joseph, j'étais interne à St Joseph. De ce temps là y avait un seul service de psychiatrie à Saint Joseph, donc j'étais interne en psychiatrie à St Joseph. Faire un stage de psychiatrie, ça m'a aidé aussi ça m'a aidé à prendre en charge certaines pathologies et d'y voir plus clair

- D'accord

- Mais ça c'est un cursus tout à fait personnel, hein.

- Oui, mais bon ça vous sentez que ça vous a aidé pour...

- Après, mmm, mmm

- La prise en charge de ces patients...

- D'avoir fait de la psychiatrie pendant six mois oui avec un type qu'était très intéressant ça m'a aidé.

- Et est-ce que vous pensez que d'être médecin généraliste ça a une place particulière dans...

- Et en même temps, c'qui m'a aidé dans la psychiatrie c'est d'être à la fois somaticien et psychiatre et...de joindre la psychiatrie et le somatique parce que justement j'avais récupéré, alors après ce type m'aimait bien, ... « psychiatres de saint Jean de Dieu, à la bibliothèque de l'internat de Saint Jean de Dieu... » et euh j'me rappelle j'avais dépisté deux trois trucs, notamment, y a trente ans, y a trente-cinq ans c'était plus difficile à faire, maintenant c'est de la bibine, une femme qui arrivait de l'hôpital psychiatrique de Saint Etienne, qui avait entendu parler de L., alors qui arrivait, alors on faisait la consultation ensemble, elle arrive de son ambulance euh, elle bougeait pas, amaigrie tout ça et il me dit ça c'est une sorte de mélancolie tout ça alors euh j'sais pas en l'écoutant, et puis j'avais fait un semestre d'endocrino à l'Antiquaille, j'lui dis non ça c'est une hyperthyroïdie, comme ça d'emblée.

- Mmm

- Alors après il dit, C.... toujours dans ses fantasmes, mais il me fera quand même un bilan d'hyperthyroïdie*sourire*. C'était une hyperthyroïdie hein. Une autre qu'avait des oedèmes des membres inférieurs euh, de ce temps là y avait pas de scanner bien sûr, y avait pas d'échographie, ça n'existait pas. j'lui fais faire une UIV, elle avait une tumeur rénale. On l'a opérée, elle a guéri, elle est sortie de psychiatrie. L'autre, euh, j'l'ai prise en charge elle a guéri de son hyperthyroïdie parce que en psychiatrie y a personne qui s'occupait de euh tout ça mais j'avais une bonne maîtrise parce que je sortais de l'Antiquaille. Donc elle est repartie en ayant repris dix kilos du service, sur ses pieds, donc si vous voulez de joindre la psychiatrie et le somatique ça m'avait montré les limites de la psychiatrie, hein. La nécessité à la fois d'une

prise en charge psychiatrique mais de ses limites aussi. Et donc de toujours être très très très ...et donc j'en avais retiré cet enseignement de ne pas considérer toujours le psychiatrique comme quelque chose de réglé et clair et toujours voir le somatique derrière. Voilà.

- J'voulais savoir juste rapidement, si vous pouviez me dire pourquoi...

- Combien j'gagne par an?*rire*

- Pourquoi vous avez choisi la médecine générale et qu'est-ce que vous aimez dans votre travail aujourd'hui ?

- Ben si c'était à refaire, j'le referais pas*rire*

- C'est vrai ?

- Trop lourd, c'est, c'est trop lourd, euh, j'ai arrêté, j'ai un diplôme de gynéco. J'ai fait un diplôme de gynécologie qu'on pouvait faire sous forme de C.E.S. donc j'ai un C.E.S. de gynéco et quand j'me suis installé j'avais fait l'internat à St Joseph, l'internat général. Je pense que techniquement, euh, c'est pas à l'acte médical lui-même du médecin généraliste, mais c'est tout le reste la charge de travail qu'on a à côté, par rapport à la paperasse, c'que tout le monde doit vous dire, qui m'prend la tête, là on s'est équipés en «Axiam 1-39 », on m'avait fait acheter du Dassault, le Dassault j'pensais qu'c'était une bonne marque, on va passer en « 1-40 » ben hier par internet j'ai commandé le lecteur qui va avec le 1-40 parce que le Dassault, pourtant Dassault c'est une grande marque, la mise à jour pour 1-40 ne se fait pas, voyez, plein de conneries comme ça et c'est, c'est au quotidien.

- Mmm

- Moi j'avais Windows 98, j'sais pas ce que vous en pensez mais c'est un système hyper stable par rapport à tous les virus qui sont apparus sous Windows XP, avec la protection SP, dès que vous installez un logiciel de communication y a toujours, faut aller dans outlook toujours cocher des tas de croix. Là j'me suis installé Axilab tout seul sur Windows 98 sans difficulté j'ai essayé sur XP, ingérable, je téléphone, ingérable. Donc tous ces trucs ça vous gonfle, mais ça vous gonfle, ça vous gonfle. Tout ça plus les histoires d'aide ménagère, les histoires des gens qui ne se prennent pas en charge. Enfin, les aides ménagères c'est des petits détails mais il ne se passe pas une journée bon vous pourriez pas venir Maman a vu il faudrait remplir un dossier d'aide ménagère puis peut-être que les services d'aide ménagère disent faudrait peut-être faire un dossier à part*sonnerie porte* parce qu'elle aura peut-être droit à l'APA même si on sait qu'elle n'y a pas le droit faut quand même faire le dossier APA.*rire*Alors ça j'en ai plus que ras-le-bol. Plus que ras-le-bol.

- Mmm

- Moi ma fille elle a fait, quand elle a voulu faire une carrière médicale, elle m'a dit qu'est-ce que tu en penses. J'lui ai dit écoute, moi j'avais des amis qu'avaient fait la biologie. J'lui ai dit écoute fait de la biologie ça a l'air nettement plus calme si tu veux une qualité de vie. Ma fille maintenant est biologiste elle est dans un labo et j'peux vous dire qu'elle gagne trois fois c'que j'gagne. *rire*Et elle se prend pas la tête, et elle se prend pas la tête.*rire*

- Mmm

- Vous avez quand même des choses qui vous plaisent dans ce que vous faites aujourd'hui?*rire*

- Ah ben la relation, la relation humaine avec certaines personnes. La relation humaine est formidable. Parfois on a de bonnes relations.

- Mmm

- Mais bon globalement en terme de qualité de vie, le burn-out, moi, moi je vis la génération burn-out, parce que j'ai toujours l'habitude de me faire bouffer par mon, par mon boulot. Les jeunes j'pense que en partie diront non, mettront des frontières, si j'arrête le soir à sept heures ce sera sept heures, ce sera pas dix heures, point barre. Moi euh je fais de la médecine constamment, constamment, c'est bien simple, le Week-end c'est mise à jour de logiciel que j'essaye de faire, hein alors bien entendu y a des fournisseurs y a des assistants, alors bien entendu qu'on peut faire appel à eux. Quand ils vont venir pour la télétransmission il va me prendre 300 euros. Rien que pour

la télétransmission. Ca va durer même pas...lui qui connaît tous les trucs, les coches qu'il va falloir aller faire sur Outlook, pas Outlook, Internet explorer, euh pour déconnecter certains trucs, pour les fichiers pour qu'ça passe bien. 300 euros ça va lui durer ¾ d'heures.

- Très bien, ben en tout cas j'vous remercie.

Entretien H

- Je vous rappelle juste l'objet de mon travail.
- Oui
- Qui est d'étudier en fait les médecins généralistes face aux personnes qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués.
- D'accord, très bien.
- Voilà
- Alors vous entendez par quoi, biomédicalement ex... inexpliqués ?*rires*
- Ben la question justement c'est quand je vous dis symptômes biomédicalement inexpliqués, vous ça vous fait penser à quoi ?
- *rires* Ben disons à tous les symptômes qui n'ont pas une cause organique, spontanément.
- Mmm
- Alors après...y en a !
- Alors en fait pour commencer cet entretien si ça ne vous embête pas j'aimerais vous demander pourquoi vous aviez choisi la médecine générale et aujourd'hui c'que vous aimez dans votre travail et c'qu'est plus difficile.
- Alors pourquoi j'ai choisi la médecine générale, parce que j'étais passionnée par l'être humain, c'est-à-dire que j'aurais pu être spécialiste et je n'ai pas voulu être spécialiste. Parce que j'pensais que l'être humain c'est une globalité et qu'en médecine générale on pouvait soigner la globalité, voilà. Enfin pour moi c'était ça. Alors maintenant mon métier je l'trouve absolument passionnant. J'trouve que ce que je fais c'est formidable*rire*j'suis plutôt contente. Euh, moi je trouve que c'qu'est bien dans ce que je fais c'est que euh j'suis dans un quartier quand même un peu difficile et je fais véritablement un vrai travail de prévention, c'est-à-dire que j'arrive à ce que toutes mes dames aient un frottis aient une mammo et soient vaccinées, que mes gamins soient tous vaccinés, tout ça et qu'on essaye de faire un travail d'éducation, voilà. Moi j'ai des cas de patients qui sont des illettrés qui ne vont pas à l'école des choses comme ça, on obtient des résultats. Alors le problème c'est que les résultats sont longs et c'est-à-dire qu'au début on n'en pas toujours mais on a une fidélité installée et ça c'est remarquable. On a une qualité de travail moi j'trouve absolument formidable. C'qu'est plus difficile pour moi actuellement c'est toute la paperasserie énorme qui nous est imposée...Mais autrement au niveau du boulot moi je, je suis plus satisfaite de ce que je fais.
- Du coup par rapport à ce que vous aviez déci...enfin choisi au départ euh
- Ah c'est exactement ça, c'est exactement ça c'est-à-dire que pour moi c'était ça, c'était, grâce éventuellement à mon mari, parce que je me suis installée quelques années après mon mari, on a un vrai cabinet médical, familial. C'est-à-dire que nous on suit des familles complètes et j'dirais plus que des familles complètes parce qu'on a été invités à un mariage, y avait 90 personnes qu'on connaissait. Donc ça c'est hallucinant. Donc nous on fait véritablement de la médecine de famille, malgré qu'on soit ... et on a des enfin on, moi j'ai de vraies satisfactions professionnelles.
- Très bien. Du coup, par rapport au sujet pour y revenir euh, est-ce que vous pourriez me parler d'un patient ou d'une patiente qui vous revient là par rapport à ce sujet ?
- Ah ben par exemple tout simplement ce matin. J'ai une patiente qui est venue et qui a une douleur de dos, qui est en acci...je l'avais jamais vu hein, elle est en arrêt de travail depuis le 12 Septembre. 21 ans, douleur de dos, euh...Là c'est sa belle mère qui me l'a amenée, elle avait

IRM normale, radiographies normales à part qu'elle a une bascule du bassin et elle est toujours dans l'incapacité de se mobiliser et elle marchait comme une grand-mère...Quand vous voyez ça, 21 ans, vous dites, attends euh ma cocotte, on laisse pas en arrêt de travail, moi, c'était difficile parce que j'comprenais pas comment on en était arrivé là, euh on a beaucoup parlé, euh j'l'ai un peu manip, pas manipulée, j'lui est montré des exercices à faire et tout ça, elle est repartie elle marchait. Euh, y avait une connotation d'angoisse euh, énorme, et en fait, il lui avait été balancé dans la tête qu'elle avait une pathologie au départ donc que le choc qu'elle avait eu soi-disant allait lui poser des problèmes et elle s'est fixée dessus hein, donc là elle a eu une IRM et elle a rien, donc j'veux dire, on va percevoir les choses autrement, donc du coup on va travailler, pour assurer que...là le problème, bon ben le travail maintenant, c'est que par rapport à ces patients là, j'ai pas de temps. C'est-à-dire que moi ce matin j'ai du voir une trentaine de personnes. C'est trop, c'est trop lourd pour ça, donc du coup j'l'ai gardée parce qu'elle avait besoin que j'la garde elle mais du coup c'est...il me manque du temps, voilà. Moi j'dirai que dans mon travail c'qui me manque c'est du temps. Parce que tous ces patients dont on ne connaît pas les causes, qu'on ne sait pas pourquoi ils ont mal, pourquoi ils sont pas bien, pourquoi ci, pourquoi ça, on a besoin de temps et euh, il faudrait que j'ai une consultation spécialement rien que pour ça, il faudrait que j'prenne deux jours où j'aie que des gens qui...parce que on... la plupart des gens que je voie moi, ils ont besoin d'une écoute. Alors y a à côté bon ben bien c'est sûr ils ont une grosse rhino, ils ont des trucs comme ça, OK ça c'est facile...

- Mmm
- Mais tous les autres c'est d'une écoute énorme qu'ils veulent...Une écoute et puis surtout être rassuré, et puis qu'on leur repositionne les choses. Bon, qu'on leur dise des choses vraies, qu'y ait pas d'embrouille, que ce soit clair et tout ça. Or cette jeune fille elle a vu quatre médecins, quatre médecins ont eu un discours à peu près différent, les traitements, même pas des traitements qu'ont une cause médicale au niveau du dos, ils lui ont balancé...bon ben ça va pas ça, ça va pas, ils lui ont, alors elle a eu du Xanax,*sourire* elle a eu, j'sais plus, elle a eu du Codoliprane, elle a eu, elle n'a eu aucun anti-inflammatoire depuis son accident de travail, aucun traitement classique, aucun anti-inflammatoire, elle a eu aucun décontractant musculaire, euh, c'est n'importe quoi, et elle est chronicisée pour...alors moi j'lui ai expliqué, je elle m'a dit qu'elle était contractée par rapport à ça, elle a besoin d'être hyper décontractée, rassurée en disant qu'elle a rien, et effectivement elle a... et puis faut voir aussi qu'maintenant on est dans une société où les gens s'angoissent énormément hein, ils ont une angoisse de la maladie, ben comme on est dans une société où on est moins malade qu'avant, mais c'est dramatique hein, ça c'est dramatique.
- Mmm
- On est concerné...ben pour moi j'trouve ça dramatique et dommageable et en plus on joue là-dessus, c'est à dire qu'y a pas une journée où l'on entend pas, la journée de la maladie ceci la journée, de la maladie cela, on parle de tout mais on angoisse les gens pour n'importe quoi, mais nous on le ressent ça au niveau du cabinet. Les gens ont, se font peur. Alors après on a tout le travail de désangoisser, de repositionner, de dire les choses clairement, en disant ben voilà, y a ça, ça, ça. Du coup on obtient des résultats, mais, ça c'est des consultations euh, d'abord, euh, c'est vrai que c'est des consultations beaucoup plus longues, alors moi des fois j'ai des consultations plus longues, parce que le matin des fois j'ai un peu moins de monde, mais quand j'ai énormément de monde et je suis toujours dans l'embarras. Heureusement les gens comprennent bien, ils savent que je passe du temps euh, ils viennent en disant: « Je sais docteur là vous êtes un peu pressée », tout ça, mais bon, on arrive à ...les gens viennent me voir, ils viennent me voir pour me parler...enfin au départ*sourire*et après on devient

médical, mais au départ on parle. Moi j'ai des patients qui parlent de chez moi sans ordonnance.

- Mmm

- C'est régulier, c'est assez régulier.

- Mmm. Et des patients comme ça dont vous pourriez dire qu'ils présentent des plaintes biomédicalement inexpliquées, vous en avez beaucoup ? Vous avez l'impression que c'est des gens que vous voyez souvent ?

- Alors, c'est pas des gens que je vois souvent. Mais euh, c'est des gens qui me prennent du temps. C'est pas des gens que je vois souvent et euh en fait, le biomédicalement truc, c'est quand y a pas d'organicité, quand y a pas de maladie psychiatrique, faut faire attention hein. Moi j'ai fait de la psychiatrie pendant plus d'un an donc je sais ce que c'est... Moi dans le biomédicalement inexpliqués moi j'mettrais ni les psychiatriques, les vrais, que j'suis obligée de mettre sous neuroleptiques, sous antidépresseurs, tout un tas... *sourire*, y a tous ceux qui ont des maladies organiques et Dieu sait qu'on en a et c'est de plus en plus vrai et y a tous ceux qui viennent pour un mal-être et un mal-être j'dirais alors physique souvent parce que quand ils arrivent la première fois c'est une plainte physique et après quand ils nous expliquent, quand on les écoute et quand on..., on réalise, alors dès fois pour se rassurer nous on fait quelques examens pour être sûr, mais à la fois on les sent quand même bien ceux-là, mais une fois qu'on voit qu'y a rien et ben, on les voit un petit plus, on les voit pas plus souvent que les autres, on les voit souvent pour les rassurer, ou pour dépiauter le problème, euh, par exemple un problème de couple important génère..., ça justifie d'antidépresseurs, ça justifie rien du tout, ça justifie une écoute...

- Mmm, d'accord. Et pour vous en fait de quoi il s'agit ou comment vous expliquez que les patients viennent avec des plaintes somatiques alors liées à un mal-être ?

- Ben moi ça se justifie, quand vous êtes, quand dans votre tête vous avez trop de soucis ou vous avez trop de pression par exemple par rapport au travail, moi j'ai des retours de travail très difficiles, euh ben vous êtes obligés de manifester si vous le faites pas par la parole, vous le faites obligatoirement par le corps. Les gens ils ont mal au ventre ils sont traités pour des contractures musculaires, c'est qui est très fréquent c'est les contractures musculaires. Vous les palpouillez, vous voyez tout ça... Et là y a un travail à faire parce que y a un rétrécissement, y a un repliement sur soi-même, donc ils ont obligatoirement une plainte, même digestive, et tout ça...

- Mmm

- Et souvent en plus quand vous êtes pas bien, vous mangez n'importe quoi, n'importe comment, donc obligatoirement y a une plainte digestive. Mais il est vrai que souvent on se dit on arrive à les rassurer, ou on arrive à faire un travail pour dire les choses, pour qu'ils s'expriment et tout ça, on n'est pas forcément obligés de passer par le côté médical. On peut rectifier les conditions de vie, la qualité du sommeil, euh rectifier au niveau alimentaire, euh, reconsidérer la personne dans sa globalité en lui disant, en vous êtes... et du coup ben on peut repositionner tout ça. Mais il faut faire toute... ça fait aussi partie de l'éducation. Nous ont, moi je suis confrontée à des gens qui n'ont plus de repères sur qu'est-ce qu'il faut faire pour être bien. Alors du coup ben, on réapprend. Moi je réapprends.

- Et en fait pour vous, quels sont les indices du coup qui vous font penser que ces gens font partie de cette catégorie de personnes. Vous disiez, vous faites des examens, la place pour vous des examens, comment vous vous arrivez à... ?

- Alors écoutez, moi, spontanément première intention, je ne dramatise jamais un cas. C'est-à-dire des gens qu'arrivent avec des plaintes, je les écoute, je pose des questions, j'examine physiquement. C'est-à-dire moi je fais beaucoup de palpations.*sourire* Je suis un peu embêtante des fois, je fais beaucoup de choses physiquement. Et si j'ai pas d'arguments cliniques forts pour faire penser à une pathologie grave, euh j'ai pas intérêt à laisser passer une

appendicite, une sigmoïdite, des choses comme ça, on n'a pas le droit hein. Donc, lorsque j'ai pas ça dans la tête, moi j'me laisse toujours du temps et du temps au patient avant de faire des investigations médicales importantes. Moi je, je ne le fais pas. Parce que moi j'ai suivi des patients comme ça c'était aberrant, et puis surtout ça ne sert à rien, si ce n'est d'aggraver la situation et de créer notamment un contexte grave et les gens sont là-dedans, donc moi je ne médicalise pas immédiatement un patient que je ne sens pas organique. Je me laisse du temps et c'est sûr que si je vois que malgré tout, malgré des fois des petits traitements très simples tout ça, y a une plainte qui est réitérée des fois j'me dis, t'exagère peut-être que tu te trompes donc du coup des fois j'fais faire une radio, j'fais faire une écho, quelque chose de simple sans trop médicaliser pour voir, et puis après ben je, en général on désamorce hein.

- Mmm

- Moi je laisse beaucoup le temps au temps, quand il n'y a pas d'urgence j'laisse le temps au temps.

- Du coup, vous en parlez assez facilement avec les patients quand vous évoquez le fait qu'il n'y ait pas de...

- Ah oui

- De cause organique...

- Par contre, moi je suis très très claire avec les patients. Moi je, quand j'ai un doute j'exprime mon doute, quand je ne connais pas, j'envoie chez le spécialiste et quand je crois que c'est purement psychologique ou parce qu'il y a un rythme de vie difficile ou parce que le contexte est pas facile, j'explique...

- Et du coup, comment c'est reçu par les patients. Comment ?...

- Alors, ce qu'est assez étonnant, c'est que souvent quand je dis des choses comme ça j'ai droit aux pleurs et du coup j'ai droit aux mouchoirs*rrire* Parce que souvent j'ai fais, j'ai dis ce que les gens pensaient et qu'ils n'osaient pas se dire ou qu'ils n'osaient pas s'admettre. Donc du coup, j'ai droit aux larmes. Des fois moi j'dis souvent à mes p'tites dames ah si j'vous titille vous pleurez et des fois il n'en faut pas plus pour que j'ai droit à ma p'tite larme *sourire*. Aux messieurs pareil hein, des fois, j'leur dis c'est dur, c'est pas facile de vivre hein, on s'en voit en ce moment et des fois ça craque.

- Mmm

- Donc il en faut pas beaucoup des fois. Et après ben on peut passer à autre chose. Et la verbalisation se fait et les choses se mettent en place.

- Donc c'est une étape importante ?

- Ah ben c'est primordial, c'est primordial. Si vous arrivez à provoquer que la personne se pose et vous dise des choses, c'est remarquable. Moi j'ai une patiente j'l'ai gardée huit ans comme ça, à chaque fois que j'la voyais j'disais oh mon Dieu, celle-là encore*rrire*. J'lui disais mais madame vous n'avez rien, je suis sûre que vous n'avez rien, j'vous ai fait des examens tout ça, vous n'avez rien. Mais je sais pas quoi vous faire, vous arrivez pas à me dire pourquoi vous êtes mal et moi je peux pas le savoir et je n'y arrive pas. J'lui dis je vais pas vous mettre sous traitement sans savoir, une fois que vous me le verbalisez, j'peux pas deviner, j'peux pas créer et en plus le temps passe. Et elle était très demandeuse d'anti-inflammatoires, d'anti...d'antalgiques tout ça des fois je cédaï, des fois j'cédaï pas. En fonction de comment je le sentais. Parce qu'elle avait mal hein.

- Mmm

- C'est sûr qu'elle avait mal*sourire* Donc j'lui disais, je vous écoute, je vous comprends et je sais qu'vous avez mal mais je sais plus...et puis il s'est passé qu'un jour, au bout de sept ans et demi*sourire*, j'lui dis écoutez maintenant madame j'en ai ras-le-bol, ça suffit, faut qu'vous me crachiez le morceau. J'peux plus continuer comme ça moi. Et elle s'est mise à pleurer, elle m'a raconté sa vie, c'était catastrophique. Et là par contre, elle j'l'ai mise sous antidépresseurs.

- Mmm

- Et elle a plus mal. Ça fait pratiquement un an qu'elle ne prend plus d'anti-inflammatoires. Et là c'était un travail

terrible, et là j'y suis arrivée et j'en suis très fière*rires*. Et ça me donne du courage pour continuer parce que j'me dis on peut toujours arriver à quelque chose.

- Mmm

- Mais je, et puis ça m'a fait du bien, parce que j'étais sûre de mon coup et je savais qu'elle y arriverait. On ne peut pas provoquer les choses chez des gens qui ne veulent pas.

- Donc y a quelque chose qui se joue dans la durée.

- Ah oui. Mais j'vous dis le temps au temps.

- Et euh, par rapport à la prise en charge de ces patients, justement dans la durée, tout à l'heure j'vous entendais dire oh la la encore celle-là...Qu'est-ce que vous ressentez face à ces patients là ?

- Ben moi, j'ai plutôt tendance à... spontanément, j'aime bien ces gens*sourire*. Parce que je trouve que c'est difficile d'être vivant et difficile de vivre alors j'trouve que ces gens ils ont du mérite parce que ils s'en voyent beaucoup. Ils ont beaucoup de mal à exprimer des choses, et pour eux c'est pas facile, donc moi j'ai plutôt de la sympathie pour ces gens. Ça veut pas dire que des fois j'vais pas dire oh non, encore lui*rire*. C'est pour ça que je suis pas sur RDV. Pour moi c'est important parce que je n'ai pas le temps de me faire d'idées sur celui que je vais voir. Donc le non RDV est justifié par ça. Parce que comme ça j'accueille des gens, à l'instant, en fonction de comment je suis, et de comment il est et j'ai pas eu d'a priori, j'ai pas eu d'intellectualisation avant. Ça fonctionne bien, il faut être très spontané, très naturel. Et j'dirais que même avec le temps maintenant, je réalise que même quand j'dis ah non et si je verbalise et ben ça sert aussi. Ça sert pas à moi, enfin si un p'tit peu parce que ça permet peut-être de poser, mais ça sert à l'autre aussi, pour qu'il comprenne aussi que et ben on est des êtres humains et qu'à des moments trop c'est trop. Et des fois ça suffit.

- Et des fois c'est trop les patients *sourire* ?

- Très rarement. C'est rare. C'est quand ils crachent pas le morceau assez vite ou qu'ils osent pas s'avouer les choses assez tôt. Ça c'est trop. Mais je sais qu'avant j'étais impatiente, maintenant, je l'suis plus, parce que ça sert à rien de précipiter les choses, parce que quand on les précipite on obtient pas de résultat quand même. Donc ça sert à rien. Donc il faut bien laisser le temps de mûrir. Souvent j'leur dis, quand on a un panaris, tant qu'il est pas assez mûr on peut pas le percer. Donc vous c'est pas encore mûr donc va falloir patienter. Donc moi j'fonctionne bien comme ça, donc ça je sais. Mais euh, par exemple pour la dame dont je vous est parlé, ouais des fois j'en avais marre, franchement. La demande était trop importante tout le temps, et j'disais non. Parce qu'aussi y a ce problème qu'on est des fois obligé de dire non. Et en tant que médecin, c'est pas facile de dire toujours non, donc c'est vrai que ça demande un effort personnel. Il faut savoir se positionner soi, il faut se dire est-ce que tu as le droit est-ce que tu peux, et est-ce que ça se justifie ? Et maintenant avec mon expérience je sais que ça se justifie, donc des fois je dis non.

- Du coup votre expérience, ça veut dire que vous réagissez pas pareil au début de votre installation et maintenant ?

- J'ai énormément progressé. Je pense qu'en tout début d'installation j'ai deux trois cas, j'ai été totalement nulle.*rire*. Ca j'en ai conscience mais ça on peut l'a, on peut pas l'apprendre. J'crois qu'ça s'apprend pas dans les livres. Il faut avoir le feeling personnel ça c'est évident, j'pense que ça si vous avez pas le feeling j'pense que ça marche pas et puis...

- Le feeling vous entendez ?...

- Et ben il faut être. Le feeling pour moi c'est aimer l'autre. Quelqu'il soit, comment il se présente, parce que des fois vous avez des cas, il faut avoir aucun a priori, et ça c'est avec le temps que j'l'ai appris. Il ne faut avoir aucun a priori et il ne faut pas voir les détails, il faut voir la globalité, il faut voir l'individu. Faut s'attacher à aucun détail. Faut s'attacher à l'individu. On a un être humain devant soi, on se sert des critères psychologiques qui

peuvent le, générer des angoisses des trucs comme ça, et on fonctionne comme ça. Et on ne s'attache pas, j'sais pas moi, à il sent pas bon, à il est habillé comme un as de pique, ou il traîne des pieds, ou je sais pas tout des choses qui peuvent être éventuellement énervantes, ça j'en fais complètement abstraction et du coup tout va bien. Je vais soigner un être humain. Voilà, ça ça demande un repositionnement personnel, important.

- Et qu'est-ce qui vous a aidé à avoir ce repositionnement, y a des choses que...

- Moi ce qui m'a aidé, c'est que moi je déteste sentir que quelqu'un souffre. Pour moi, c'est insupportable. Donc euh, comme j'étais sensée faire qu'il ne souffre plus, ben il fallait que j'fasse des choses pour qu'il souffre pas et j'ai compris qu'il fallait que moi aussi je sois en adéquation, qu'il fallait que je m'adapte. Et moi j'fais beaucoup d'efforts, euh, j'ai énormément fait d'efforts même par rapport à, à comment j'm'exprimais et à c'que j'avais à dire ou même c'que j'n'avais pas à dire. J'ai énormément bougé. Parce que moi j'ai des patients de tout milieu social et j'étais des fois beaucoup trop intellectuelle. Donc ça aussi j'ai appris à, même des fois j'ai du mal à envoyer un courrier très construit au spécialiste parce que moi des fois je parle petit nègre ou j'parle, je, beaucoup moins de termes techniques, beaucoup plus au quotidien, avec des images des fois très simples, j'ai beaucoup repositionné mon vocabulaire. Parce qu'autrement j'étais pas comprise...

- Mmm

- Ça servait à rien, j'servais à rien.

- Du coup, j'entendais, l'écoute, la parole, du coup, y a pas forcément, pour vous y a d'autres médiations que vous utilisez pour ces patients là dans la prise en charge ?

- Alors, moi j'ai l'écoute, j'ai la parole, et j'ai aussi l'utilisation des fois par exemple de l'ostéopathie pour décoincer au niveau physique pur. Ça j'fonctionne, le podologue, des choses comme ça.

- Vous envoyez ?

- J'envoie, bien sûr, j'adresse. Des fois quand j'vois qu'la parole avec moi ne suffit pas, parce que j'suis pas assez technique ou que je ne suis pas assez pointue et tout ça, et ça je l'sais, j'envoie chez le psy hein. Moi, je, c'est son domaine. Ils reviennent tous hein de toute façon. Donc moi j'ai pas d'état d'âme, hein, donc moi j'envoie systématiquement dès que je pense qu'il faut qu'il y ait quelqu'un d'autre et puis j'leur donne la liberté de parler à d'autres, et de se repositionner et puis de faire des choses. Alors moi je fais beaucoup hein, c'est pas du tout médical ça, mais moi je, j'incite les gens à aller sortir de chez eux, à moi je leur indique comment on va au, comment on va au parc de la tête d'or, ou comment on fait des choses simples. Moi je, je mets le numéro du bus qu'il faut prendre,*rire*, enfin j'fais beaucoup de choses comme ça, j'leur montre qu'on peut sortir d'chez soi, qu'on peut vivre...

- Mmm

- Qu'y a pas qu'la télé qui peut rendre service et qu'on peut s'occuper de plein de choses et tout ça. Moi, je m'arrête aussi là-dessus.

- Sur le quotidien

- Sur le quotidien. Moi j'suis très dans le quotidien.

- Et du coup, est-ce que, à l'heure actuelle ou même au cours de l'évolution de votre pratique, est-ce que vous vous êtes sentie formée, armée face à ces patients.

- Absolument pas formée. Moi j'suis arrivée euh, j'étais absolument pas à ça...

- Est-ce que vous vous attendiez même à avoir ce type de patients...

- Je n'pense pas. Moi quand je suis sortie de médecine j'pensais que j'aurais que du médical. Alors, je ne pensais pas que du médical, ça c'est un petit peu...Parce que moi j'avais déjà un vécu personnel assez important donc je pressentais qu'il y aurait autre chose. Mais à ce point non. J'aurais jamais pensé que ça aurait pu être aussi important.

- Vous disiez vécu personnel...

- Moi j'ai fait psychiatrie aussi. En psychiatrie, on perçoit quand même que l'être humain il n'a pas que du

médical, enfin y a du médical, mais on a quand même toute une autre.... Et puis moi j'ai un vécu personnel, personnel. Moi j'ai été hospitalisée un an. Donc je savais c'que c'était que d'être malade.

- Mmm
- Ca m'a énormément aidé pour tout ce qu'j'ai fait*rire*
- Donc comme moyen de formation vous suggérez l'hospitalisation des médecins*rires*
- Ah non, non, non*rire*je ne pense pas...
- Ca vous a...
- Moi je pense que ça m'a aidé à prendre conscience de certaines choses, même personnellement. Parce que je pense, moi je suis convaincue que pour aider l'autre, il faut que soi-même on ait fait un travail sur soi. On ne peut pas y arriver tout seul. Si vous vous êtes en difficulté personnelle, si vous avez des états d'âme, si vous savez pas, si y a des choses que vous n'avez pas réglé, vous ne pouvez pas aider. Ca j'en suis convaincue. Si vous ne faites pas une démarche personnelle, pour que vous vous alliez bien, vous ne pouvez pas aider correctement ...
- Donc vous vous avez fait une for...un travail sur vous sinon une formation?
- Oui, moi j'ai fait un travail sur moi. Enfin, tout être humain a un passé, a un vécu et tout être humain il a des états d'âme et tout ça. Pour être ouvert à l'autre il faut que soi-même on ait une assurance et un respect de soi qui est quand même suffisant pour pouvoir être ouvert à l'autre. Si vous ne l'avez pas, si vous êtes en doute si vous êtes en questionnement vous pouvez pas supporter l'immense désarroi de tous les autres, là vous n'êtes pas capable de répondre ou alors vous répondez de façon très, très j'aurais partie ou même très égoïste, parce qu'uniquement en fonction de votre vécu et ça c'est très instable.
- Mmm, donc plutôt travail sur soi que formation ?
- Les deux j'pense. Moi, j'regrette beaucoup que y ait pas de groupe par exemple Balint entre médecins, ou des choses comme ça, on l'on puisse poser les soucis. Où on puisse voir comment l'autre... , j'trouve ça dommage.
- C'est-à-dire dans notre formation initiale ?
- Ah oui...
- Vous vous avez fait des groupes Balint ?
- Non, mais je pense que c'est quelque chose que j'aurais voulu faire. Des groupes où l'on puisse exprimer, parce que c'est très paralysant, nous on travaille très solitairement parfois*sonnerie du téléphone*, vous avez un patient, vous partez chez vous, des fois vous n'êtes pas tranquille hein
- Mmm
- *elle répond au téléphone, arrêt de l'enregistrement quelques instants*. Non, parce que c'est très déstabilisant, vous êtes tout seul là, parce que nous on est toujours tout seul quand on est là. On s'retrouve tout seul face à des patients, à une multitude de patients, parce que le problème c'est que si on en avait qu'un encore, ce serait facile, on a une multitude de patients, on est sensé faire aucune erreur. Et euh, des fois c'est pas facile hein. Donc euh, moi j'comprends, moi j'ai pas mal de copains qui vont mal, moi j'comprends qu'ils aillent mal hein, parce que si vous n'êtes pas non plus, si vous êtes dans vos problèmes tout ça, vous pouvez pas supporter.
- Donc des lieux de parole aussi?
- Ah mais moi j'crois qu'en tant que médecin, euh on est que des êtres humains comme tout le monde, et plus le métier qu'on fait il a la charge que l'on a, on aurait le droit d'avoir des moments où l'on puisse parler. Parler, pas forcément de soi mais de ce qu'on vient de faire *sourire*.
- De ce qu'est en jeu...
- Rien que de savoir pourquoi on fait ça déjà. Quelle est la motivation et euh de se repositionner de temps en temps, il faut avoir, pour s'en sortir il faut avoir une force de caractère énorme, pour se remotiver à chaque fois, se redire pourquoi tu fais ça, à quoi ça sert, qu'est-ce qui te motive, euh, comment ça peut évoluer tout ça. C'est un questionnement que vous avez quotidiennement pratiquement. Quand vous avez vingt-cinq ou trente personnes de jour, vous sortez de là des fois vous vous

dites comment tu t'appelles ma cocotte. Donc vous êtes obligé de vous repositionner et puis de vous appuyer sur des assurances ou sur des résultats pour pouvoir rebondir. Donc le fait d'en parler pourrait peut-être aider beaucoup de gens...

- Et euh, du coup, vous avez eu des form...alors le travail sur soi, j'entends, d'autres formations vous ont aidé au cours de votre...
- Non, ben non, je crois pas, non parce que j'crois qu'ça a été, c'est là qu'on voit qu'c'est un travail solitaire. Bon j'ai fait mon travail personnel et puis euh, j'me suis au quotidien réadaptée à chaque fois, en discutant, en entendant c'que disaient les patients. Et puis en vivant aussi hein, c'est-à-dire que moi je crois que j'ai été d'autant plus efficace que moi j'ai toujours gardé une vie personnelle importante. C'est-à-dire que vivre vraiment une vie à côté et puis, euh, épanouie permet de supporter et de vivre bien ce que l'on veut vivre. Si vous faites que ça je pense que vous êtes voués à l'..., moi j'ai toujours résisté à ça...
- La capacité un petit peu de vie à côté....
- Ah oui, et de vivre bien...
- Ca permet d'entendre...
- Et puis de voir d'autres choses, d'entendre d'autres gens, et de voir des gens, y a des gens qui vont bien hein. On n'a pas à faire qu'à des malades.*rire* Non, non, mais c'est hyper important. Voyez par exemple, moi actuellement j'fais partie d'un club de gym, vous pouvez pas savoir le plaisir que j'ai à voir de jeunes bien, en bonne santé et beaux ! Ca m'fait un bien du tonnerre*rire* Voilà, non pas que j'vois que des laids, des mal foutus et tout ça mais globalement c'est ce que je vois beaucoup.
- Mmm
- Et là, de temps en temps voir des beaux jeunes et puis de vivre ça, par exemple les copains de mon fils, ou des enfants, qui viennent à la maison, qui braillent et tout ça , et ben moi ça c'est une vie qui me permet de faire ce que je fais là.
- Mmm
- Si j'avais pas ça j'crois que j'aurais beaucoup de mal.
- Du coup, vous parlez depuis le début de la dimension de prise en charge globale euh, comme particularité du métier de médecin généraliste. Est-ce que vous pensez que pour ces patients justement euh, qui présentent des plaintes biomédicalement inexpliquées on a un rôle particulier, une place particulière ?
- Ben j'crois qu'on est les seuls qui peuvent faire ça. Alors ça, c'est pour ça que quand j'vois qu'y a plus de remplaçants, moi là y a quatre médecins qui sont partis dans mon quartier, y a une personne qui prend la relève, et tout ça, moi j'plains les gens hein. Le médecin généraliste, enfin, si c'est un vrai médecin généraliste, y a que nous qui pouvons faire ce que l'on fait c'est-à-dire d'écouter, prendre le temps d'écouter la personne même si c'est pas médical.
- Les vrais médecins généralistes ?
- Ah ben, pour moi un vrai médecin généraliste, c'est un médecin qui est capable de se dire je suis pas super performant au niveau technique tout le temps, mais j'ai une énorme écoute et je peux aider tout le monde. Alors après on peut multiplier les aides, on peut diriger vers les grands spécialistes quand y en a besoin, mais on est peut-être les mieux aptes à comprendre ceux qui ont quelque chose, ceux qui ne l'ont pas, ce dont ont besoin les gens. On les voit souvent hein. Moi j'vois les gens pour des vaccinations des gens pour un certificat sportif, on les voit régulièrement nos patients, donc nos patients, nous, bon des fois en regardant uniquement le visage d'un patient que je connais je sais s'il va ou s'il va pas, hein.
- Donc y a une proximité...
- C'est la proximité, c'est la répétition qui fait qu'on les connaît bien. Moi un patient vous me le mettez en direct une seule fois, je ne fais aucun diagnostic. Je ne le connais pas, je ne sais pas comment il est il peut me rouler dans la farine comme il veut mon patient. Moi en une fois je suis incapable, si, si c'est une urgence, la dernière fois c'était

une appendicite j'l'ai envoyé tout de suite, j'l'avais jamais vu, ça OK, c'était organique pur, mais dans l'absolu quelqu'un qui est suivi par quelqu'un d'autre qui tout d'un coup arrive et qui me dit docteur j'vais très mal, vraiment j'en sais rien moi, j'le crois. Mais je ne peux pas l'affirmer.

- Donc le médecin généraliste comme celui qui connaît la personne dans son quotidien, en proximité.

- Absolument, et puis vous vous les connaissez bien. Enfin, moi les gens maintenant je les connais. Y a des gens, ils viennent ils me disent docteur vous vous rappelez de...Et bien sûr qu'on s'en rappelle. Mais si on voit quelqu'un une seule fois, moi quand j'vois une personne une seule fois ben j'suis inefficace. Sauf si c'est une grosse urgence organique. Bien sûr hein

- Mmm

- Une fois j'ai vu un infarctus, j'l'ai pas raté hein, j'l'ai envoyé directement...Ca c'est de l'organique précis...mais autrement j'suis inefficace.

- Donc même pour les choses plus organiques mais moins urgentes, la part de connaissance, joue dans la prise en charge...

- Moi j'ai eu un patient hier, j'suis allée le voir en visite, alors j'vous raconte pas comme j'étais furieuse, elle a été hospitalisée cette dame, elle a 75 ans elle a été hospitalisée, elle est rendue chez elle, pourquoi pas, la spécialiste, elle a un problème au niveau thyroïdien, elle soupçonne que, bon elle lui a fait une ordonnance en sortant de l'hôpital, elle lui a fait faire un bilan sanguin, elle a dit à la fille vous rappelez, la fille a rappelé, elle a dit en fonction du bilan sanguin, je vais, vous venez à mon secrétariat chercher une autre ordonnance. Elle est allée chercher une ordonnance, sur cette autre ordonnance y avait la mise en place de l'insuline, et cette femme qu'était la fille de cette dame n'a eu aucune explication. Moi j'y suis allée et elle m'a dit docteur on ne fait pas d'insuline. Mais attendez, heureusement, elle était, on lui avait ni expliqué pourquoi, ni comment, ni comment ça se mettait en place et tout ça. Y avait simplement l'ordonnance. Ben écoutez, moi j'comprends que la fille ait refusé de mettre l'insuline à la dame. Et l'infirmière est arrivée elle m'dit mais docteur, vous ne faites pas l'insuline. J'lui dis non, nous ne faisons pas l'insuline. Nous allons attendre que la famille soit préparée à cet événement et nous allons en parler, nous allons nous repositionner, et j'lui dis et nous ferons ça dans une semaine si c'est possible. Mais attendez, mais c'est scandaleux ça. Bon, un spécialiste il peut peut-être se permettre mais un médecin généraliste il peut pas. moi cette femme j'la connais depuis vingt ans, mais moi j'lui aurais jamais balancé madame j'vais vous donner de l'insuline comme ça. Moi je savais qu'il fallait que je la mette sous insuline, mais ça fait déjà deux, trois mois qu'on faisait une préparation. Tout d'un coup elle a ça sur la gueule, ...impossible que ça passe. Donc je suis partie, on a fait l'INR, on a discuté, on a parlé de tout et on n'a pas mis l'insuline, on a laissé le traitement comme il était. L'insuline on la mettra plus tard. Bon cette spécialiste faudra qu'j'lui téléphone, j'ai pas eu le temps *sourire* mais voilà.

- J'vous remercie de m'avoir reçue longuement. J'voulais vous demander votre année d'installation.

- En 89

- 89. Et euh comment vous travaillez, le nombre d'actes mais aussi comment vous travaillez...

- Alors moi j'ai eu travaillé pendant longtemps à mi-temps, et je ne travaille pas les vacances scolaires, c'est-à-dire que j'avais un exercice très partiel, euh et maintenant j'travail, bon j'travail globalement à ¾ de temps d'accord, et en plus je suis médecin évaluateur à la CRAM, pour les personnes âgées à domicile.

- D'accord

- Et donc du coup voilà, c'est des activités que je mène de front, et du coup j'ai pas beaucoup de temps mais j'ai toujours des créneaux horaires qui ne sont qu'à moi.

- D'accord. Et au niveau nombre d'acte par jour ou par semaine c'est combien ?

- Alors actuellement c'est en augmentation constante mais je suis à peu près à 15 actes par jour, en moyenne hein, et plus ça va plus c'est en augmentation. Plus les patients que je vois les après-midi qui sont pas comptés dans mon activité. En moyenne par jour je vois entre 20, 25 personnes. Y en a qui sont dans un cadre différent.

- D'accord. Et est-ce que vous avez des moyens de formation médicale continue ?

- Alors, j'avais avant, au tout début de mon installation, j'faisais des formations continues en une journée et demi j'partais le vendredi après-midi, j'avais le samedi, ça je peux beaucoup moins qu'avant donc j'en fais plus...J'ai fait deux formations continues récemment le soir, mais c'était pas du tout médicamenteux, c'était vraiment bien fait, on a rempli des questionnaires, on a, on s'est repositionné par rapport à des trucs très organiques, c'était très intéressant. Alors ça aussi la formation continue, moi j'aimerais faire de la formation continue mais j'trouve que la formation continue d'abord elle est mal proposée et puis les sujets sont pas forcément ceux dont on a besoin et puis surtout des fois les intervenants nous prennent de haut et moi j'trouve ça difficile à vivre. Euh, parce que on a, nous on a une expérience de terrain qui est considérable, moi j'dis des fois, par exemple voyez c'est pas plus tard que la semaine dernière, moi j'ai un cabinet quand même défavorisé hein, j'ai 50% de CMU, or y a quand même eu un confrère qui a osé dire que les médecins qui avaient des patients en CMU faisaient que de la consommation médicale et qu'ils ne soignaient pas bien les gens. J'étais outrée. Parce que moi j'ai pas l'impression que je fais mieux je fonctionne comme ça, en plus moi ce n'est pas parce qu'ils sont CMU que je ne prends pas le même temps que je prends avec les autres, et que je ne passe pas de temps à savoir si ils ont leurs machins, s'ils sont vaccinés ou tout ça. Nous avec mon mari, mon mari lui il travaille encore bien plus que moi, et euh on a travaillé sur les jeunes des gens du camps de Surville, mon mari était le seul médecin à aller les voir en visite sur place et tout ça, on les a traîné au cabinet, on a des résultats remarquables. J'suis très contente là-dessus, les enfants sont suivis, y en a même...c'est pas grâce à nous hein

- Y a une participation

- Y a une participation sur le social et sur éventuellement même la scolarisation. Moi un gamin quand j'lui dis ben tu vas pas à l'école, que je l'gronde un petit peu ben j'ai l'impression qu'au bout d'un certain nombre d'années ben ça peut fonctionner. Non, non, moi je trouve que, et je suis pas du tout, alors donc les gens ils disent le CMU et tout ça...moi j'dis que si y avait pas eu le CMU y a plein de gens que je n'aurais jamais pu soigner et je trouve ça regrettable. Moi je suis pas pour le CMU systématiquement mais globalement tous les CMU que j'ai, malheureusement ils en ont besoin et heureusement qu'ils l'ont. Après tous les médecins qui disent... j'arrive pas à comprendre, ça c'est pas médical.

- Ils ne doivent pas en avoir beaucoup

- Non, ou alors quand ils les ont-ils les méprisent et ça c'est pas supportable. Moi j'ai des médecins qui refusent de prendre les CMU. Un CMU c'est un être humain donc ça c'est insupportable. Par rapport à ça donc, c'est pour ça qu'la formation continue est difficile parce qu'on est pas souvent en adéquation. Par exemple quand vous avez un spécialiste qui vous dit faut qu'vous atteignez tel chiffre, tel machin, tout ça. J'lui dit attends mon coco, on va y arriver mais laisse nous du temps, c'est pas en 6 mois, c'est pas en trois mois qu'on peut faire ça, faut avancer à notre rythme, et puis dis-nous plutôt des trucs auxquels il faut tendre, mais euh, ne nous donne pas de délais. On doit y tendre et on va faire du mieux qu'on peut, mais quels sont les risques, quels sont...Et du coup la formation est trop technique et nous on est pas que du technique. Moi j'ai des patients ils peuvent même pas lire leurs contrôles, donc faut bien que j'mette une infirmière, mais j'trouve plus d'infirmière en ville. Comment j'fais ? C'est pas quand même moi qui vais passer. C'est ça la réalité du quotidien. Le quotidien c'est pas aussi simple que ce qu'on a. Puis

maintenant avec les personnes âgées mais c'est dramatique. La prise en charge de la personne âgée c'est de plus en plus important. Il faut être responsable jusqu'au bout. Moi je suis venue hier avec la patiente, l'infirmière est restée montre en main, trois minutes, dans l'appartement.

- Mmm
- Bon j'la comprends vu comme elle est payée, vu le nombre de patients qu'elle a, vu tout ça, je ne critique pas.
- C'est une réalité difficile.
- C'est pas simple. Comment voulez vous, moi quand j'prescriis une infirmière, si je sais que la toilette a duré quatre minutes, comment je fais ? Puis voilà, c'est compliqué. C'est peut-être en cela que le métier devient compliqué. Vous êtes partie avec de bonnes résolutions enfin, avec le respect, avec la dignité, avec l'accompagnement et vous êtes confrontée à une réalité où ça ne suit pas. Alors après c'est vrai qu'il vaut mieux être beau jeune en bonne santé et riche mais euh, c'est pas le cas de tout le monde, c'est ça la difficulté, on est bien obligé de faire avec, c'est ça qui est un petit peu dérangeant. C'est pas parce qu'on a 90 ans. Moi j'entends, je suis médecin évaluateur, moi j'entends des patients qui disent, ben on m'a dit que vu mon âge il n'y avait pas besoin de faire ça. Ca c'est quelque chose qu'on ne devrait pas avoir à entendre. C'est pas parce qu'on a 90 ans qu'on a pas le droit de...
- En tout cas merci.

Entretien I

- Je travaille en fait sur la prise en charge par les médecins des symptômes biomédicalement inexpliqués.
- Tout un programme.
- Pour commencer l'entretien, j'aurais bien aimé que vous me disiez pourquoi vous avez choisi la médecine générale, l'homéopathie, et c'qui vous plaît...
- C'est surtout l'homéopathie qu'j'ai choisie.
- Oui
- Pourquoi, parce que l'approche est différente avec la médecine habituelle et que c'est ça qui m'intéresse de voir que chacun réagit différemment face à une pathologie et les constitutions de chacun sont différentes et qu'on est pas tous pareils, et que, et que sur un mode d'évolution c'est toujours intéressant de travailler là-dessus.
- Et du coup, en quoi, est-ce que vous pourriez approfondir, en quoi l'approche de l'homéopathie est différente ?
- Parce que sur une même pathologie on ne donnera jamais les mêmes traitements par rapport à quelqu'un qui est maigre, qui est gros, qui a chaud, qui est frileux et on sent bien que toute constitution physique et mentale, parce que le mental intervient tellement aussi, euh, est porteur de certaines pathologies plus que d'autres donc on cible déjà ce problème là, ce qu'est pas le cas en allopathie en tout cas.
- Et vous vous avez toujours exercé en homéopathie ?
- Oui, toujours.
- Dès le départ ?
- Dès le départ.
- D'accord, et vous aviez connu...
- C'était un choix. Ben j'étais d'une famille où on connaissait l'homéopathie et euh, j'connaissais des homéopathes et j'ai voulu poursuivre...
- D'accord. A l'heure actuelle est-ce que vous pourriez me dire ce que vous aimez dans votre métier ou c'qu'est plus difficile ?
- Ah l'approche ça c'est sûr avec les gens, qui est vraiment intéressante, le temps que l'on prend pour euh, pour mieux les connaître, c'est intéressant. C'qu'est difficile, ben, c'est de les soigner parce que malgré tout, c'est pas toujours aussi simple, notamment dans les pathologies chroniques, ou récidivantes, des fois on a quand même des difficultés hein.
- D'accord. Euh, je ne me souviens pas si je vous avais demandé de penser à un dossier ?

- Ouais, mais comme je comprenais pas forcément bien ce que vous me demandiez, donc du coup...
- Oui. En fait l'idée c'est euh, quand j'évoque la question de symptômes biomédicalement inexpliqués est-ce qu'il y a des gens qui vous viennent à l'esprit, qui pourraient...
- Bio, ça veut dire quoi pour vous ?
- Pour vous ça veut dire quoi ? Qu'est-ce que vous entendez ?
- Du coup, biomédical, bio, biologie, euh, parce que symptôme médicalement inexpliqué ça on en a beaucoup. Mais biomédicalement, ça me gêne un peu, effectivement.
- En fait c'est une manière de, enfin dites médicalement c'est pareil, en fait c'est si on catégorise social biomédical, autre.
- D'accord, d'accord.
- Donc ça veut dire quelqu'un qui présente des symptômes dont on, dont il n'y a aucune, aucun, on a beau faire des examens, que ce soit biologiques ou radiologiques ou on ne trouve pas.
- Voilà, par exemple.
- Ah oui, ça c'est quelque chose qu'est assez fréquent hein. Euh...*silence*. Comme ça spontanément, à qui j'pourrais penser ?*silence* J'sais pas. Là j'ai un dossier en tête mais honnêtement il est en cours justement de bilan, donc ça, à mon avis c'est pas forcément intéressant. Euh, à qui j'pourrais penser d'autre ?*silence*
- Vous pouvez m'en parler et puis justement voir c'qui vous fait évoquer...
- C'qu'est plus facile par exemple c'est des gens qu'on voit pour des problèmes ORL, à répétition. Bon ben voilà, ça c'est des trucs assez classiques chez nous en homéo, on voit des gens qu'on des problèmes ORL à répétition, on élimine euh ben évidemment tout c'qu'est gastro, euh, genre des toux à répétition, des raclements à répétition, euh, sans qu'on comprenne bien, y a pas d'allergie, y a pas de problème gastro euh, et ils traînent ces choses là souvent depuis plusieurs années, en période hivernale ou pas forcément hivernale en plus. Euh et on a pas, on a rien quoi, on a rien. Les ORL nous disent tout va bien, les gastro tout va bien et nous il faut s'débrouiller avec ça. Et là y a une intervention peut-être de domaine un peu psychique probablement et qu'est toujours difficile à cerner.
- Et vous vous débrouillez comment alors avec ces personnes ?
- C'est là où l'homéo est quand même intéressante parce qu'effectivement, quand on essaye de voir un peu la globalité de l'individu, mais bon on a pas toujours des résultats formidables, hein. Euh, y a des améliorations mais pas forcément hein.
- Mmm
- Ca c'est le style de pathologies qu'on comprend mal, quoi. Et parfois qui sont quand même drôlement invalidantes.
- Mmm
- Donc j'pense éventuellement à ça. Euh, à quoi je peux penser d'autre ? Tout c'qu'est cardio, tout c'qu'est palpitation tout ça. Après tout le côté digestif hein.
- Mmm
- Alors ça le côté digestif on est embêté.
- Vous avez des personnes comme ça qui viennent depuis plusieurs années vous voir pour le...
- Ah ben ça certainement hein. Le côté digestif on ne peut pas dire que c'est inexpliqué parce que c'est tellement complexe les colites et, c'est inexpliqué avec les gros moyens diagnostics mais euh y a forcément quelque chose de plus derrière quoi.
- Mmm. Et vous du coup, vous l'expliquez comment. Pour vous de quoi s'agit-il, quand... ?
- Toutes ces douleurs de ventre, toutes ces ?
- Mmm
- Les colites avec fermentation qui ont aucun rapport avec l'alimentation, parfois oui mais une fois qu'on a enlevé certaines choses, style les protéines de lait, y en a chez qui ça va bien mieux, y en a chez qui ça fait rien du

tout. Le gluten. Bon, y a pas d'allergie au gluten pourtant on dit qu'ça pourrait être bien intéressant. Ca c'est des pathologies on sent qu'on, et alors bon, j'trouve en plus que c'est difficile parce que des fois on les améliore avec nos traitements en homéo, mais honnêtement on peut les améliorer avec l'allopathie, mais dès qu'on arrête les traitements ça repart.

- Mmm

- Et on l'explique mal quand même hein. Selon les ... on commence à en parler pas mal, c'est pas encore vraiment, y a pas de, y a rien pour nous prouver que s'en est un.

- Mmm. Et vous du coup par rapport au patient vous l'expliquez comment, enfin vous abordez ça comment avec eux ?

- Ah ben moi j'leur dis franchement qu'effectivement, c'est difficile, qu'on peut vraiment les soulager tant qu'ils prennent leur traitement mais qu'on les guérit pas. Moi j'leur dis parce que j'le crois honnêtement qu'on les guérit pas de ça.

- Mmm

- Qu'ils peuvent éventuellement améliorer grâce à une hygiène ou à une diététique mais c'est pas vrai forcément pour tout le monde.

- Mmm

- Et, c'est vrai que y a quand même certaines constitutions, certaines personnes qui, qui font des, qui arrivent à se nourrir de manière complètement anachronique en éliminant tout ce qui fait peur, les légumes, les moindres féculents, les moindres, et du coup qui déstabilisent leur alimentation. Donc ça c'est quand même difficile, fréquent et difficile.

- Mmm. Et du coup, vous disiez connaître la personne dans la globalité, qu'est-ce que ça, en quoi vous sentez que ça vous apporte quelque chose de particulier pour la prise en charge...

- Ben c'est vrai que

- Mmm

- Est-ce que c'est parce que la personne a ces douleurs au niveau intestinal c'est quand même sensible et difficile à accepter et qu'elle devient elle-même, qu'elle s'obnubile un peu sur ça et que le facteur stress intervient, ou l'inverse ? est-ce que c'est le stress qui entraîne. Ca j'crois qu'ça c'est le genre de pathologies, on saurait pas dire. Et du coup j'crois qu'c'est intéressant de voir le côté psychique de l'affaire et de, grâce à notre homéo, d'avoir, d'utiliser certains remèdes homéopathiques en ayant les deux côtés, quoi, le côté mental et le côté organique.

- Mmm

- Pour pouvoir, mais bon ça fait pas tout hein dans ce domaine-là, ça fait pas tout.

- Et du coup, vous abordez la question psychique avec les patients facilement ?

- Systématiquement de toute manière

- Mmm

- Systématiquement. On a toujours dans l'interrogatoire tout le côté organique, les organes les uns après les autres, voir un peu leur pathologie, et puis après leur mode de fonctionnement mental, euh. Et c'est vrai que enfin, moi je sais que je conseille beaucoup le recours au psychologue, hein

- Mmm

- C'est quand même souvent, certainement un bienfait d'aller voir, pour voir les problèmes en amont.

- D'accord, donc vous envoyez assez facilement chez le psychologue...

- Ou du moins j'en parle. Voilà, et puis après petit à petit les choses se font. Rarement la première fois mais on en parle quand même. Et, les gens comprennent hein, mais ils veulent pas toujours aller en face de ce genre de personnes, parce qu'y a toujours un frein, surtout dans la population des plus de soixante ans mais euh, mais on l'évoque bien.

- Mmm

- Idem chez l'enfant, hein. Les douleurs abdominales d'enfant c'est pas toujours très simple. Et y a quand même

souvent derrière quand même quelque part un fond, euh, mental. D'un autre côté on dit ça maintenant, est-ce que dans dix ans on dira pas ben, finalement c'était telle chose et pas du tout mental hein. Y a quand même pas mal d'exemples en médecine.

- Par exemple ?

- Ben, par exemple, l'ulcère hein, l'ulcère on avait quand même toujours tendance à dire c'est psy, c'est psy et puis

- Mmm

- Finalement entre autre y a eu l'helicobacter enfin bon, il faut quand même rester un petit peu et prendre recul face à cette façon de dire c'est psy hein.

- Mmm

- J'crois qu'c'est quand même pas que du psy loin de là, mais quand même le psy intervient aussi

- Mmm

- C'est un fait.

- Même dans l'ulcère ?

- Même dans l'ulcère.

- Même dans l'ulcère à helicobacter

- Par exemple. Bien sûr, c'est ça qu'est difficile hein, quand on veut bien essayer d'aller au fond des choses, de sentir que c'est pas aussi facile que ça.

- Du coup, comme lien avec les spécialistes, vous dites enfin spécialistes, du coup, psychologues, vous avez d'autres spécialistes à qui vous envoyez quand vous avez des personnes comme ça qui présentent des plaintes où on voit pas très bien...

- Difficiles ?

- Mmm

- Ben alors là, c'est plus facilement de la médecine interne quand c'est quand même une plainte un peu globale. Bon autrement les spécialistes quand ça touche à un organe particulier, pour être sûr que on passe pas à côté de quelque chose, parce qu'on reste médecin avant tout, donc euh, il vaut mieux quand même prendre des fois l'avis de quelqu'un euh. Mais, oui par exemple l'ORL, pour être sûr qu'effectivement il n'y ait pas une cause locale que nous on voit pas à notre examen banal de médecine générale.

- Mmm

- Mais voilà, ils sont là pour nous dire, OK, y a rien, mais c'est pas pour ça que c'est plus satisfaisant.

- Mmm, une fois qu'on a dit on a rien...

- Non, ah, vous vous débrouillez *rire*. Mais bon on est rassuré, a priori, c'qu'est quand même déjà très fort.

- Et du coup j'voulais vous demander, enfin, qu'est-ce que vous ressentez par rapport à la prise en charge de ces patients qui reviennent toujours avec la même plainte, qu'on a du mal à guérir...

- C'est usant. C'est usant. Hier par exemple, mais bon elle c'est pas biomédicalement inexpliqué, ce sont des infections urinaires, des infections urinaires. Mais c'est vraiment elle, elle fait des infections urinaires. Bon, l'origine, elle a vu le spécialiste, l'urologue, parce qu'au bout d'un moment, euh, qui dit qu'elle a eu sa bandelette, et que peut-être la bandelette est un petit peu trop serrée et favorise une certaine rétention au niveau urinaire, qu'les urines s'éliminent pas forcément totalement, bon, mais cette femme avant sa bandelette elle avait déjà des infections urinaires donc, j'suis sûre que la cause n'est pas vraiment là, ça a pu peut-être majorer et c'est le problème de ces gens qui ont une certaine colibacillose, là, porteurs de colibacilles, souvent ça fait, c'est des gens, effectivement qu'on arrive souvent à bien traiter en homéo hein, quand on les prend jeunes, souvent ça arrive chez les jeunes et on est assez performants moi j'trouve là-dessus, mais quelque part, y a un moment où ça se chronicise quand même et on sait plus quoi faire quoi et ils tolèrent de moins en moins bien leur infection urinaire et on sent bien que derrière le symptôme infection urinaire et derrière l'infection urinaire vraie, parce que à la biologie y a quand même une infection urinaire, y a toute autre chose qui joue. Et la sphère souvent uro euh enfin pelvienne est souvent euh mentalement mal acceptée enfin. Bon, cette femme je

sais que très jeune elle a subi des sévices, et, sexuels et sincèrement ça ressort forcément, c'est quand même quelque chose qu'elle a jamais vraiment...elle je crois qu'elle a fait un travail sur elle mais bon. On sent que c'est jamais vraiment éliminé tout ça.

- Mmm
- Hein, et comme les germes ne sont jamais vraiment éliminés. Y a quand même euh.
- Et vous en parlez avec elle par exemple
- Oui.
- Du lien possible...
- Hier je l'ai vue j'étais assez...d'lui en parler, parce qu'elle est arrivée, elle est, on sent qu'elle est, d'abord elle commence à déprimer c'était pas son cas jusqu'à présent. Et elle en a marre et elle tolère plus ses douleurs. Mais elle a eu entre autre un déménagement tout ça à quatre-vingts ans donc malgré tout ça pas été facile enfin effectivement y a beaucoup de choses qui s'accumulent. Hier, j'ai pas pu, elle était tellement...et elle m'en rajoutait à chaque fois, y avait ces symptômes après de douleurs articulaires, après y avait quoi d'autre ? Enfin, et là on peut pas tout, on peut pas tout régler quoi.
- Mmm
- Donc
- Mais ça vous est déjà arriver sur une prise en charge assez longue apparemment de lui en parler...
- Mais par contre, elle, on en a déjà parlé hein. Et elle m'a raconté son histoire, hein. Des jours où on a eu plus le temps et où elle était peut-être plus, d'accès plus facile et moi aussi peut-être plus de temps pour moi, enfin, oui, oui on en a déjà parlé. Mais hier ça bloquait, ça j'ai cru qu'il est clair.
- Et vous sentez du coup que ça participe dans ces cas-là à ce qu'elle aille mieux au moins momentanément, quand vous arrivez à...
- Ah ben certainement, certainement. Alors on voit ça beaucoup dans les troubles de sommeil de l'enfant. Les troubles de sommeil de l'enfant alors ça c'est étonnant, hein. J'vois beaucoup d'enfants qui vont avoir des troubles du sommeil et, et comme par hasard il suffit de parler, de bien parler à l'enfant, d'échanger en tout cas, et le soir même euh, les parents sont complètement étonnés, et l'enfant qui dort, hein, alors ça, sans l'utilisation de la moindre granule homéopathique, hein. Donc, oui, c'est vraiment, vraiment important,
- Mmm
- Et sans dire des choses trop importantes, mais simplement en remettant, en rassurant, en remettant les choses un peu en place.
- Et est-ce que vous sentez que votre prise en charge entre le moment où vous vous êtes installés et maintenant
- A évolué ?
- A évolué pour ce genre de patients.
- A certainement. Ah ben certainement parce que moi ça fait vingt ans, plus de vingt ans maintenant que je suis là. Et pour tout ce qui est utilisation de la médecine, donc pour nous homéopathique, j'ai pas, j'ai pas que je me sois améliorée hein, euh, peut-être un peu plus mais bon c'est pas forcément. Par contre pour le relationnel, ou pour, oui, oui ça c'est sûr qu'on apprend sur le tas quand même. A faire attention à l'autre, à penser à ce qui peut être dit derrière des paroles simples, euh, ça c'est sûr qu'on apprend petit à petit.
- Mmm
- Certainement
- Et vous pensez que par rapport à ce type de patients vous avez été suffisamment préparés, formés pour...
- Non pas tant que ça. Ben j'ai pas du tout même. Parce que tout ce côté euh du psychique, mental, non, ouais, enfin moi j'ai pas fait de formation particulière, dans ce domaine et c'est venu petit à petit.
- Et au cours de votre exercice vous vous êtes justement formés, vous avez euh pu aborder ces questions-là ?
- Là maintenant moi j'ai fait une formation depuis l'année dernière d'analyse, mais c'est le début donc euh, j'ai utilisé pas du tout ici. Mais quand même c'est un côté, Freud et

compagnie j'connais pas ou en tout cas tellement mal, on a vu, on a du voir ça quelques heures en fin de dernière année. Et du coup ça m'intéresse maintenant euh, de repartir sur ces bases là pour comprendre certaines choses. Ouais.

- Mmm. Donc pour avoir une approche un peu plus
- Ouais, absolument
- Psychologique
- Ouais absolument
- De ces patients
- Mmm. Et j'en éprouve simplement le besoin maintenant, quoi, alors que jusqu'à présent. Enfin, ça m'intéresse quand même
- Mmm. Et vous pensez justement qu'une formation elle est importante pour euh, comment vous voyez un peu l'idée d'une formation par rapport à la prise en charge de ces patients-là ?
- Dans le relationnel euh, ben oui c'est important. Parce que quand même la somatisation tout le monde sait que ça existe, hein. On nous dit bien qu'elle existe donc quelque part, il faut savoir la gérer cette somatisation, donc y a un moment où on est bien obligé d'aborder ce problème là et peut-être d'une manière euh, moins psychiatrique que c'est qu'on a fait nous, parce que qu'est-ce qu'on a fait ? On a fait un peu de psychiatrie forcément hein, euh, j'aurais incapable de dire c'est que comportait mon certificat de psychiatrie, ça devait être les grandes pathologies euh, psychose et compagnie mais tout le domaine de la névrose c'est quand même, quand même le plus courant ici et non, on nous apprend pas tellement à le gérer.
- Somatisation, névrose, pour vous c'est ?
- Ah ben c'est quand même de cet ordre là, hein, ah ben moi ça m'aurait plutôt de cet ordre là.
- Mmm
- Et donc comment faire cet enseignement là, ouais c'est pas, c'est loin d'être évident. Au moins l'aborder et j'ai pensé que dans ces cas-là, peut-être le faire en petits groupes style jeux de rôle et autre pour vite percevoir, euh, comment se passe une relation médecin malade quoi.
- Mmm. Vous vous avez bénéficié de formations de ce type ?
- Non, non, pas vraiment.
- Vous n'avez pas participé ?
- Comme ça peut-être une fois de temps en temps euh, mais bon pas vraiment une formation dans ce domaine.
- Et vous parliez de somatisation, vous abordiez cette question-là, vous expliquez comment la somatisation ?
- Ben de plus en plus, somatisation c'est effectivement euh, l'apparition d'un symptôme qui permet euh, peut-être pas de résoudre mais en tout cas d'amoindrir un état de stress ou d'anxiété probablement inconscient donc euh, difficile de dire l'origine. Mais, comme j'ai expliqué à mes patients vous avez ça, votre corps vous parle, donc il faut faire attention à ça, il faut qu'on, qu'on s'en préoccupe et qu'on essaye pas d'annuler ce symptôme bêtement, par plaisir d'annuler une pathologie et de comprendre pourquoi y a ce symptôme là et qu'est-ce que ça veut dire et si on veut essayer de chercher, quoi.
- Trouver du sens
- Au symptôme et non pas. Et on voit bien quand même ces maladies qui se succèdent, bon on améliore une pathologie, c'est une autre qui réapparaît ensuite, comme si la personne avait besoin de son symptôme ou de sa maladie pour, malheureusement parce qu'elle elle n'en a pas besoin mais enfin on sent qu'il y a quand même une nécessité, de son corps en tout cas pour vivre.
- Et les patients le reçoivent bien si vous leur expliquez
- Ouais
- Mais quand même...mais bon peut-être pas la première consultation
- Oui
- Quand on les connaît bien, euh, ben c'est-à-dire on le sent tout de suite si ils reçoivent ou pas, si ils sont à l'écoute, s'ils sont intéressés, moi j'ai continué à parler et d'expliquer un petit peu ce côté-là, si je sens que, oh on sent qu'il y a un moment où ils bloquent ou alors ils

veulent pas comprendre, ou ils veulent pas, et alors à ce moment-là j'arrête de parler de ce style de chose. Ils viendront peut-être pas me voir très longtemps *sourire*. Mais ceux qu'on connaît depuis longtemps j' pense qu'ils comprennent ce côté-là et ils sont intéressés et du coup ils acceptent quand j' leur propose d' aller voir quelqu' un pour traiter ce problème là, euh oui ils sont intéressés par ça.

- Du coup dans ce contexte, l'homéopathie en tant que telle, c'est une médiation ?

- Oui à ce moment là oui, certainement oui, certainement. Oui, c'en est forcément une oui. Et comme nous systématiquement, que ce soit un petit ou un grand on parle de ce côté mental, euh, on touche vite quand même au cœur un peu du sujet et puis y a des gens qui comprennent ça tout de suite hein, et puis y en a d' autre qui veulent pas comprendre, bon faut accepter hein, faut pas non plus.

- Est-ce que pour vous du coup, prendre en charge ce type de patients, euh ça fait vraiment partie complètement de votre rôle de médecin ?

- Ben c'est vrai que des fois avec mon associée on se dit euh, c'est plus franchement de la médecine ce qu'on fait, entre guillemets, hein. Euh, on a quand même un côté à la fois social, hein, parce que quand même y a la sécurité sociale et un côté ouais pas forcément médical comme on a pu l'apprendre à la fac, ça c'est certain, hein. On, on les aide à avancer dans ce domaine et ça devient plus de la médecine comme on pourrait l'imaginer en fin de nos années d'étude. Mais enfin nous on a vraiment un biais avec l'homéo certainement, mais c'est vrai qu'il y a des journées où c'est pas de la médecine hein, où j'ai pas besoin d'examiner quelqu'un hein, parce que je sais très bien que c'est pas en l'examinant que j'vais trouver quelque chose, quand on les connaît bien. Parce que c'est, c'est plus dans un mal-être, dans ces états de stress, de dépression, problèmes de couple, de famille, toute l'origine est quand même là.

- Donc c'est pas l'image du médecin qu'on a

- Non

- A la fac

- Non, non

- Mais est-ce que pour ça fait partie...

- Ah oui, oui non mais complètement, non, non, nous à fond, nous à fond. Mais c'est vrai que c'est plus de la médecine voilà...

- Telle qu'on se l' imagine au départ.

- Telle qu'on se l' imagine au départ. C'est une souffrance, c'est quand même beaucoup de souffrance quand même, on voit beaucoup de souffrance et le corps parle de cette souffrance.

- Donc c'est un peu le rôle du médecin que de...

- Ah oui, oui, oui

- De prendre en compte cette souffrance.

- Complètement, complètement. Mais, ils viennent nous voir certainement pour ça de toute manière, ceux qui viennent nous voir. Les enfants c'est autre chose mais euh, ceux qui viennent nous voir en homéo ils savent pertinemment et ils connaissent généralement, on leur en a parlé, et ils savent bien qu'on va un petit peu voir le tout. Donc c'est pas anodin qu'ils viennent nous voir simplement pour de l'homéo j' pense.

- Mmm

- Donc en fait ils ont déjà fait une certaine...

- Oui, certainement, oui. Ou alors ils viennent parce qu'ils en ont marre de la médecine et qu'ils le disent, ils l'affirment, en disant qu'ils veulent autre chose et que, donc ça y en a beaucoup qui viennent pour ça. Mais c'est vrai qu'ils savent que notre approche est un peu plus longue, qu'on prendra un peu plus le temps de discuter et ça les intéresse. Ceux que ça intéresse pas ils ne viendront pas nous voir.

- Mmm

- Si ils veulent pas un petit peu se laisser deviner ils viendront pas nous voir.

- Donc plus de temps, plus d'écoute du coup

- Forcément

- C'est patients-là sont en attente de ça.

- Forcément, ah oui.

- J'crois pas qu'ils viennent que pour nos granules. Mais bon à côté de ça, ce matin, là, avant vous j'en voyais un, c'était la deuxième fois que je le vois, j'l'ai vu une fois en Juin. Il venait pour de l'herpès à répétition tous les mois. J'lui ai donné un traitement de trois mois, il revient aujourd'hui en me disant je ne sais pas quand j'devais vous revenir mais là j'ai de nouveau une toute petite poussée et j'ai rien eu depuis, donc il était vraiment satisfait, chez un homme, et on a parlé d'homéopathie, il m'a dit, moi j'en reviens pas, euh, ça a bien marche, et du coup on a reparlé de son herpès, de choses diverses, et à un moment il me dit, oh ben tient, puisque vous faites des miracles, j'me plains souvent de raideurs est-ce que vous pourriez faire quelque chose pour mes raideurs articulaires, mon père est complètement raide, il a le kiné tous les jours parce que, et je sens que je deviens comme mon père. Mais bon ces raideurs finalement en regardant, euh, il raide, il doit être raide depuis qu'il est petit et effectivement il le dit bien, y a pas de plainte douloureuse mais c'est l'évolution qu'il voit vers son père et il se dit tiens moi aussi j'évolue, enfin, y a autre chose derrière aussi hein, quand on veut bien, bon là on a surtout parlé des raideurs, on a parlé un peu de son tempérament parce que forcément, mais y aurait certainement des choses à gratter un petit peu plus là-dessus. Mais c'était pas encore le bon moment quoi, c'est la deuxième fois que je le vois, il est content de l'homéo, j' pense qu'il veuille vraiment forcément s'épancher ou. Mais ça serait intéressant d'en savoir plus dans ce domaine.

- Mmm

- Parce que finalement quand j'ai cherché des remèdes de raideur, il m'a dit, oh non, ça m'gêne pas à ce point là.

- Mmm

- Oui, bien sûr, non, ça l'gêne pas effectivement, mais il sent qu'il est raide, comme son père, *sourire* et il est raide comme son père, c'est très intéressant, vraiment.

- J'vous remercie encore de m'avoir répondu, j' pense qu'on a fait un peu le tour.

Entretien J

- Alors pour commencer, j'vous rappelle juste l'objectif de mon travail, qui est d'étudier en fait les médecins généralistes face aux patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués.

- Oui, d'accord

- Voilà. Donc j'ai tiré au sort des médecins dans le huitième arrondissement

- Mmm

- Donc c'est enregistré mais euh ça restera confidentiel.

- Oui, oui, oui.

- Voilà.

- Donc pour commencer l'entretien j'voulais vous demander si vous pouviez me parler un peu de votre métier, pourquoi vous avez choisi la médecine générale, et ce que vous aimez aujourd'hui, c'qu'est plus difficile pour vous.

- La médecine générale moi j'aime tout, c'est une pure merveille. Par contre c'est très dur parce que il faut être disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Mais moyennant quoi c'est quelque chose de passionnant, vivant, qu'on a absolument pas envie d'arrêter*toux* et j'le dis compte tenu de mon âge.

- D'accord.*sourire*

- *sourire*

- Ca fait combien de temps que vous exercez ?

- J'exerce depuis 71, c'est-à-dire ça fait 34 ans.

- D'accord.

- *toux*

- Est-ce que vous pourriez me parler d'un patient, d'une patiente, qui vous vient à l'esprit quand j'évoque la question de symptômes biomédicalement inexpliqués.

- Oui, oh ben on en a des tas qui sont des, des psy...chiatriques souvent psychique, psychotoniques, et puis biomédicalement inexpliqués on a tous les syndromes hystériques. Alors on en a pas beaucoup dans les clientèles mais on en a quelques uns qui traînent. Euh, quant aux autres euh...donnez moi un petit exemple de biomédicalement non expliqué. Les fibromyalgies par exemple.

- Par exemple.

- J'en ai trois fibromyalgies. Mais elles sont biomédicalement pas expliquées parce que je pense qu'on sait pas la raison. Euh, qu'est-ce qu'il y a, la fibromyalgie, hystérie. L'hystérie c'est assez facile, c'est difficile d'approche mais j'dirais qu'est plus facile. On a l'impression qu'il y a moins de diagnostic que pour la fibromyalgie.

- Vous vous posez des diagnostics de fibromyalgie ?

- Oui, moi j'en pose, oui*un fax arrive*Mais y en a quand même pas mal, hein. Le problème c'est que souvent on trouve le biomédicalement explicable quand les gens sont morts. C'est un peu gênant.

- Par exemple, ces fibromyalgies pour vous de quoi..., comment vous expliquez ces fibromyalgies ?

- Je les explique pas, mais simplement si vous voulez on en fait le diagnostic parce que c'est des gens qui ont vraiment très très mal, qui ont des points douloureux particuliers, derrière les épaules là, et puis qui sont très très douloureux, qui sont, au début on pense que ce sont des, pff, des psychiatriques, et puis on s'aperçoit quand même qu'ils ont très mal, en permanence et que rien ne les soulage.

- Mmm

- Et ils ne réagissent pas aux, ni aux antidépresseurs, ni aux antipsychotiques, ni aux neuroleptiques, n'importe quoi. Qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Alors les fibromyalgies, les hystériques c'est des gens très intéressants parce que vraiment, on peut faire quelque chose en médecine générale pour eux. Mais il faut prendre beaucoup de temps et puis il faut être très, enfin, j'dirais il faut être plus fort que la maladie. Moi j'en ai une par exemple, assez étonnante, une avocate, qui est arrivée chez moi complètement cour, couchée en deux, soi-disant, alors elle a vu tous les médecins de Lyon, et les chirurgiens, elle était sur le point d'aller se faire mettre des broches dans la colonne, pour la redresser. Et en fait c'était un syndrome hystérique, enfin ça a duré longtemps et puis peu à peu elle s'est redressée, puis elle avait, et d'un coup elle a marché, parce qu'elle était venue en fauteuil roulant.

- Mmm. Et comment vous l'avez aidée ?

- Un peu de kiné d'abord, mais elle en avait vu des tonnes hein, euh, en lui faisant croire que je croyais pas trop à sa maladie. Tout doucement.

- Mmm

- Et surtout quand même comme on lui proposait des broches, des machins comme ça, elle avait pas tellement envie finalement.

- Mmm. Sinon, si on parle de plaintes répétées, les gens qui sans être forcément hystériques, on des plaintes répétées, enfin, des gens qu'ont...d'autres termes qu'on peut utiliser, pathologies fonctionnelles ou ce genre de choses euh, vous en avez dans vos patients j'imagine ?

- Oui

- Et en fait quand, qu'est-ce qui vous permet d'évoquer le fait que ce soit pas biomédicalement inexpliqué, comment vous gérez vos explorations complémentaires, le lien avec les spécialistes, tout ça ? Comment vous gérez un petit peu...

- Comment je gère ?

- La prise en charge de ces patients ?

- Le plus simplement du monde hein. En allant voir les spécialistes, en allant voir, on peut dire que les résultats reviennent négatifs. Les fibromyalgiques par exemple, consomment beaucoup de spécialistes, de antidouleur, neurologue euh, rhumatologue. Mais, quand les résultats reviennent négatifs, bon d'accord.

- Et vous en parlez avec eux de quelle manière, une fois que les examens sont revenus négatifs. La fibromyalgie y a un diagnostic qu'est posé et en même temps on sait pas trop ce que c'est.

- On sait pas ce que c'est.

- Pour des gens qui ont des symptômes autres, mal au ventre, mal à la tête, enfin, ça vous arrive de...

- Mal au ventre, tiens oui ça c'est. Douleur abdominale diffuse. Ben il faut chercher jusqu'à ce qu'on trouve quelque chose. On trouve hein. Il faut quelques fois plusieurs années hein.

- Et vous trouvez quoi par exemple ?

- Ben on trouve, enfin, si on trouve des colopathies fonctionnelles, ça va. Ce que vous recherchez là. Colopathies fonctionnelles on en a pas mal. Mais avant de dire colopathie fonctionnelle faut vraiment être sûr. Moi j'dirais que je pose le diagnostic de non expliqué euh vraiment après avoir vu tous les spécialistes. Pour être sûr qu'il ne cache pas quelque chose, parce que quand même souvent on trouve quelque chose.

- Et après, donc dans la mesure où vous avez vu, enfin, envoyé des personnes chez de nombreux spécialistes, quand finalement vous vous dites bon vraiment c'est pas expliqué. Vous en parlez au patient du fait qu'on n'a pas d'explications, et comment vous leur en parlez ?

- Ah oui, c'est-à-dire que pour la petite avocate là, j'y suis allée comme ça. En lui disant qu'il n'y avait aucune raison que ça marche pas et que devait y avoir un petit lien quelconque avec son esprit, qui avait pas envie qu'elle marche, qu'avait pas envie de marcher. Mais j'leur dis bien sûr, mais j'leur dis pas d'une manière agressive hein parce que le spécialiste peut se tromper aussi hein.

- Mmm

- Oh j'dirais qu'il faut rester très humble dans ces trucs là, parce que on peut toujours se tromper. Et non expliqué vous savez, souvent on explique à l'autopsie hein, alors, faut se méfier aussi.

- Et en même temps vous disiez le lien entre, vous disiez ça peut avoir un lien avec votre esprit, ça c'est quand même quelque chose que vous prenez en compte ?

- Ah oui, oui, oui, tout à fait. Je peux leur dire ça, par exemple on voit beaucoup de périarthrite scapulo-humérale, d'habitude y a toujours un petit quelque chose sur la radio, mais pas grand-chose par rapport à l'impotence fonctionnelle. Alors ça j'dirais que c'est pas très expliqué non plus et quand on leur dit que ça a un petit rapport avec leur esprit, ça va en général beaucoup mieux.

- Et ils l'entendent bien ?

- Oui.

- Mmm

- Et après vous prop..., à partir de là vous proposez quoi comme ?

- A partir de là je pose, je dis bon ben à ce moment là faut qu'on soigne votre esprit. Puisque c'est pas votre corps, on va soigner votre esprit. Et ça c'est pas très dur.

- Mmm

- J'emploie pas trop les termes de psychique, psychiatrique ou autre, j'emploie le terme d'esprit, c'est ce que je vous ai dit en premier.

- Oui tout à fait.

- L'esprit c'est quelque chose qui fait pas peur aux gens comme le psychiatre.

- Et vous vous prenez dans ces cas là vous-même en charge...

- Ça dépend.

- Vous proposez quel type de...

- Ben en thérapie comportementale que je fais là, ça peut se faire.

- D'accord. Vous pouvez m'expliquer un petit peu, je, thérapie comportementale, comment...

- Alors thérapie comportementale, on essaye de faire prendre conscience aux gens de leurs problèmes et de se comporter différemment. De se comporter d'une manière, sensée. Mais enfin j'en reviens toujours quand même au fait qu'il faut quand même être sûr qu'y a rien.

- Vous avez un exemple ?

- Oh oui, j'ai un exemple, j'ai une dame qui a passé deux ans à côté dans la clinique C, de psychiatrie, et en fait elle avait un cancer de l'ovaire c'était soi-disant des douleurs abdominales diffuses.

- Mmm

- Quand on l'a trouvé le cancer c'est extériorisé alors voyez c'était quelque chose. J'en ai des tas comme ça, bon mais c'est euh, c'est pas pour qu'on vous raconte tous les échecs, mais c'est, au contraire, mais si vous voulez faut être prudent.

- Mmm

- Prudent, puis après ben ça peut s'expliquer par l'esprit. Qui induit certains phénomènes.

- Pour vous c'est un peu l'explication quand même quand on a vraiment pas d'explications ?

- Voilà. On peut retrouver aussi dans ces maladies par l'esprit, les crises d'asthme. L'asthme et l'urticaire, les grands psoriasis, les psoriasis on sait pas bien, hein. On a l'impression quand même que les grands psoriasis disparaissent comme ça bizarrement, c'est quand même bien induit par l'esprit.

- Mmm. Et vous face à ce type de patients, quand vous vous dites effectivement qu'il y a ce lien j'allais dire étiologique avec quelque chose qui est plus du côté de l'esprit comme vous dites, qu'est-ce que vous ressentez face à ces patients, c'est quelque chose qui vous dérange...

- C'est quelque chose qui me dérange ? Non ça me dérange pas, ah non, non, ça ne me dérange pas du tout. Au contraire je pense qu'on est là pour essayer de les aider à trouver pourquoi tout d'un coup ils ont besoin de s'aider d'un support anatomique pour exprimer une souffrance.

- Mmm

- Si vous voulez, non expliqué, c'est quand même une souffrance, alors laquelle et bien...Y a les toux aussi, j'veus l'ai dit non ?

- Non

- Y a les toux aussi, y a certaines toux qui sont vraiment des toux symptomatiques de souffrances internes. Je tousse, j'veus vous voir parce qu'en fait j'veus vous parler d'autre chose.

- Comme si pour aller voir un médecin, faut un symptôme.

- Voilà. Comme si pour aller voir un médecin, lui parler de sa grand-mère, il faut un symptôme.

- Et dans ces cas-là, oui assez rapidement, enfin les gens acceptent facilement qu'on leur renvoie ça ?

- Non, il faut du temps, il faut du temps. Faut beaucoup de temps et faut surtout beaucoup de patience, parce que dès qu'on voit que ça dérape il faut revenir à autre chose...

- Mmm

- Souvent on peut lancer l'idée, sans dire, sans la retenir et elle fait son chemin toute seule chez les gens.

- Du coup, ça demande quand même ces patients là de les suivre sur...

- Oui

- Sur du long terme.

- Ah ben oui les patients on ne les suit pas, on les voit pendant plusieurs années, on voit les enfants, les petits enfants.

- Mmm

- Les arrière petits enfants*sourire*. Sinon, c'est, si vous voulez c'est, en une fois on ne peut pas savoir si c'est pas explicable. Pour savoir si c'est pas explicable il faut voir la personne pendant au moins trois mois. Et c'est court.

- Et en fait, tout à l'heure vous parliez de cette avocate que vous avez guéri, euh, le lien avec ces patients entre la guérison, le soin... Parce que est-ce que finalement y en a beaucoup qu'on..., vous avez l'impression que vous arrivez à les guérir ces patients ?

- Ah oui moi j'pense que celle-là, elle, d'abord elle vient déjà plus en fauteuil roulant, euh, elle est droite, elle court plus chercher des prothèses de greffe médullaire. Euh, elle s'est remis droite. Euh, petit à petit. Alors parfois, vous allez me poser la question pourquoi elle avait besoin d'être courbée et tout, parce que c'était une avocate brillante et

qui a perdu un procès. Donc qui a été, j'sais pas si c'est, j'connais pas bien leurs histoires, rayée, radiée du barreau de Lyon et si vous voulez je pense que ce choc de ne plus pouvoir travailler comme elle le faisait, a fait qu'elle a eu besoin d'être malade. Et, qu'est ce qu'on fait quand on est radié de quelque chose, on est coupé en deux. Donc elle était coupée en deux, cassée, cassée physiquement, puis cassée moralement. Et quand on a pu décortiquer tout ça, et ben, elle a remarché, elle est venue sans canne, sans fauteuil roulant, sans rien...

- Donc y a ce cas-là, et est-ce que...

- Ce cas-là ça s'est fait en trois ans hein

- Trois ans, mmm.

- J'veus fais court là, hein.

- Mais du coup pour vous y a quand même, euh, vous envisagez cette prise en charge là aussi vers la guérison quand même

- Ah ben oui.

- De ces gens en général, hein, de ces patients qui reviennent avec des plaintes répétées.

- Vous savez quand on fait médecin, madame, c'est qu'on guérit les gens, c'est pas pour les voir souffrir et venir. Hein, on est là pour guérir,

- Mmm

- Sinon on n'est pas là. Donc qu'on n'y arrive pas c'est une chose, on essaye.

- Parce que ces patients-là viennent souvent avec des plaintes répétées.

- Oui. Qui ne sont toujours les mêmes.

- Voilà, qui ne sont toujours les mêmes.

- Mmm

- Mais non parce que quand on a, on se désintéresse du malade, il faut bien qu'il en présente une autre.

- Donc c'est de patients finalement, on pourrait se dire qu'on arrive pas toujours à les guérir quand même, y a quelque chose de...

- Non. Non. Mais est-ce qu'on guérit, on guérit pas les gens, hein.

- Mmm. Y a quelque chose qu'est plus dans la durée...

- Dans la durée, oui.

- Et justement, vous m'avez parlé de thérapie comportementale, donc vous vous êtes formée à ça.

- Oui, j'ai le diplôme, depuis 83. Et je prends quelques patients en thérapie comportementale mais ceux là c'est pas la même chose hein. C'est pas des biomédicalement, euh, inexpliqués. C'est des gens qui expliquent leurs symptômes, c'est pas pareil. Ça peut tomber un petit peu là-dedans, parce que...Qu'est ce qu'il y a les toux, l'eczéma, les...colopathies fonctionnelles ?

- En thérapie comportementale, quels types de patients ?

- Les TOC. Les colopathies fonctionnelles...

- Et est-ce que justement pour prendre en charge les patients euh avec des symptômes biomédicalement inexpliqués vous vous êtes, vous êtes sentie dès le départ, préparée, armée face à ces demandes là ?

- On est pas préparé. Ça vous tombe dessus puis ensuite on se forme hein.

- Et vous vous êtes formée comment justement, à part...Vous avez eu d'autres formations que la thérapie comportementale ?

- Ah oui, j'ai des tas d'autres choses.

- D'autres médiations ?

- Ben j'ai fait des groupes Balint. J'ai fait partie deux fois de groupes Balint. Enfin deux fois ça veut dire des séquences de trois ans.

- Mmm

- Les groupes balint est une, est un très bon apprentissage de notre métier. Parce qu'on se remet en cause avec nos pairs, donc on n'est pas...

- Justement pour ce genre de patients cette approche là ça aide ?

- Très bien, très, très bien.

- Et du coup...

- Oui, les groupes Balint, et la thérapie. Les groupes Balint c'est une remise en question de soi-même donc c'est bien. On est tout petit vous savez devant nos patients.

- Mmm
- Je pense qu'on très humble devant eux, devant ceux qui souffrent de ce genre de maladies, inexpliquées, parce qu'ils sont très malheureux, puisque c'est pas expliqué quoi...
- Et nous du coup pas toujours...
- Pas bien clairs avec ça hein. J'peux vous interrompre une minute...
- Mmm
- *interruption, elle téléphone pour une patiente et elle reçoit rapidement un labo*
- Bon et ben merci pour l'intermède mais elle avait rendez-vous chez le chirurgien. Allez dites-moi ?
- Oui, donc on parlait de la formation. Donc vous vous avez eu des formations personnelles et vous pensez que c'est nécessaire ?
- Ah ben c'est absolument nécessaire, seulement si vous voulez il faut pas l'imposer aux gens, c'est comme d'habitude. Moi j'ai fait des tas de choses. J'ai fait de la médecine agricole, j'ai fait de la biologie, de la physiologie, j'ai fait des tas de choses qui sont un petit peu à côté mais qui se recoupent. J'ai fait de la médecine du travail, j'ai fait de la médecine de la sécurité sociale, j'ai fait tous ces diplômes là, j'aimais beaucoup.
- Mmm
- J'ai toujours consacré si vous voulez une demi-journée de mon exercice à la formation.
- Mmm
- Mais j'aimais bien les diplômes je pense. J'ai fait pédiatrie aussi. En entier.
- D'accord. Et pour, c'est vrai que, pour ce s patients-là plus particulièrement on se sent peut-être un peu démunis, et...
- Mais il faut être sûr vraiment qu'ils n'ont rien.
- Mmm
- Et si ils ont rien vraiment, à ce moment là on leur apporte un soutien psychologique.
- Mmm
- J'dirais qu'à ce moment-là, on leur apporte notre force. Puisque ce qu'ils nous montrent c'est une certaine faiblesse.
- Mmm.
- Voilà.
- Et sinon justement dans..., vous l'avez un petit peu évoqué mais, euh, est-ce que vous pensez que le médecin généraliste par la particularité de son métier a un rôle à jouer dans la prise en charge de ces patients et est-ce que aussi en contrepartie, euh, ça fait partie de notre rôle que de prendre en charge ces patients ?
- Ah oui, tout à fait, bien sûr, complètement. Et puis si vous voulez, moi j'en reviens toujours à ça quand même. Inexpliqué oui mais dans 20ans, 30 ans on trouvera peut-être un petit gène quelque part. On sait pas quoi.
- Mmm
- J'pense qu'il faut rester je disais modeste devant la maladie qui s'explique pas. Quoi d'autre ?
- Ce sera tout. Ben merci beaucoup.

Entretien K

- Voilà j'vous rappelle juste que je suis en train de faire ma thèse donc de médecine générale et j'étudie les médecins face aux patients qui présentent dans symptômes biomédicalement inexpliqués. Voilà, bon pour commencer l'entretien j'avais envie de vous demander euh, déjà pourquoi vous aviez choisi la médecine, la médecine générale et ce que vous aimez aujourd'hui dans votre travail, ce qui est plus difficile aussi.
- Pourquoi j'ai choisi, parce que j'aime l'argent et je voulais gagner beaucoup d'argent. Donc je dois répondre des réponses*rire* j'adore l'argent, vous verrez bien, hein. J'aime pas les malades.*incompréhensible*
- *rire* c'est vous qui voyez.

- C'est comme tout le monde, on y a va parce qu'on ne sait pas où aller, puis après on...
- Mmm
- Non, j'ai rien de spécial euh. J'crois pas en la vocation. Par rapport, euh, je rends service ils me payent pour ça un point c'est tout.
- Mmm. Et aujourd'hui vous aimez quand même, le travail...
- J'adore ça oui, bien sûr, je fais 18 heures par jour, entre 14 et 15 heures et j'aime bien. Voilà, voilà.
- *sourire*Et est-ce que du coup, est-ce que vous avez pu penser à un dossier euh. Non. Alors si je vous parle de symptômes biomédicalement inexpliqués, est-ce que ça vous évoque tel ou tel patient dont vous pourriez me parler ?
- Oui, oui, ça évoque. On peut trouver quelqu'un qui n'aura pas trouvé de réponse.
- Voilà.
- Oui, oui.*interruption téléphonique* Racontez-moi...
- Alors j'vous écoute. C'est moi qui vous écoute. Si vous pouvez me parler d'un patient ou d'une patiente...
- Ah oui. Un monsieur qui avait mal au dos. Euh, qui avait un coup, de poignard dans le dos. Et voilà. Euh, est apparue après une chute d'un camion. C'est un accident de travail. Et puis il est resté pendant deux ans comme ça à faire toutes les spécialités possibles et imaginables, il est allé jusqu'au centre anti-douleurs, des choses comme ça, l'IRM. Aucun, aucune anomalie et le monsieur décrit toujours même après son invalidité, il décrit toujours un coup de poignard dans le dos. C'est ce genre de pathologies que vous voulez ?
- Voilà. *silence*Vous avez beaucoup de patients du coup...
- Peut-être deux ou trois comme ça, où il y a la manifestation de la plainte et nous on a pas de réponse scientifique à lui donner une étiquette. Les experts disent c'est de la simulation et la souffrance est réelle, et il souffre, il a échappé à son emploi quoi, parce que perdre les avantages acquis par son travail donc il part en invalidité. Après ils le classent en dépressif quoi, mais est-ce qu'il est dépressif ? Parce que les antidépresseurs n'ont pas marché et les anxiolytiques, Rivotril tout ce qu'il faut, pour calmer un peu mais lui n'est pas calmé, mais y en a deux ou trois comme ça.
- Mais vous en pensez quoi vous ?
- J'pense qu'on n'a pas de titres à donner à ce genre de pathologies et notre facilité est de dire voilà, ou bien il est simulateur, ou bien, mais la souffrance est réelle puis nous on n'a pas la capacité de donner un titre à ce genre de pathologies.
- Mmm. Et du coup, ça se passe comment avec ce patient ?
- Ce patient je lui explique que nous on n'a pas de titre à lui donner, qu'on n'a pas de soulagement à part le saouler, et même en le saoulant il se réveillait de sa morphine pour dire j'ai mal, alors bon, c'était pas...Et les patchs de morphine, il continuait à souffrir. Avec une permanence des plaintes. Sans modifications liées au traitement. Bon ben on voit que il souffre et qu'on a pas de réponse pour lui. Faut qu'il vive avec ça, qu'il vive avec ça. Ca leur fait du bien qu'on le reconnaisse un tout petit peu que la douleur existe. Que ce qu'il dit ce n'est pas une invention. Et que nous on est incapable et scientifiquement de donner une réponse à sa souffrance.
- Donc c'est quelqu'un que vous connaissiez et que vous continuez à suivre.
- Oui, oui. Je continue toujours à le suivre, bien sûr.
- Donc le fait que vous lui disiez que vous n'avez pas forcément de réponse évidente, ça l'empêche pas de revenir vous voir.
- Non, au contraire. Au contraire, parce que c'est, c'est peut-être, le médecin de famille, nous on a besoin de lui dire que ben tu as mal, tu as mal, et moi je n'ai pas de réponse, alors il vient pas pour chercher des médicaments puisqu'il en a tout plein et il les prend pas donc, ça le soulage rien. Juste pour dire qu'il a mal. Il a besoin de le

dire. Et il le vit dans sa chair. Sa famille, ses enfants tout le monde le constate, qu'il souffre. Oui.

- Et cette souffrance pour vous elle vient d'où ?

- Ben si je savais d'où ça venait ben j'aurais fait quelque chose d'adapté. Je sais pas. On sait pas. Ni comment mesurer cette souffrance, ni... Notre réponse à toutes les pathologies comme ça c'est donner des calmants de la douleur euh, à des échelles différentes. Mais la réponse c'est, sans tenir compte de sa souffrance. C'est-à-dire, il souffre on va le faire taire. Parfois ça marche. Y a des gens, Neurontin, Rivotril, Morphine, ça y est, ils sont contents. Et puis y a d'autres qui reviennent, endormis, presque, qui ont mal, c'est comme ça.

- Donc finalement, ce qui lui reste à ce patient comme prise en charge c'est de pouvoir venir vous voir.

- Oui.

- Et de...

- Absolument, parce qu'on les oriente, moi je les ai orientés donc j'ai une dame et un monsieur, je les ai orientés vers un psychiatre, vers le. Alors, ils trouvent le confort euh de venir dire tiens j'ai encore M., M., j'ai encore mal. Aidez-moi à, est-ce que vous y croyez presque. Et oui pourquoi je ne vais pas vous croire. De toute façon il n'a pas de revendications ce, à un moment donné si vous voulez c'est la revendication d'arrêt. Les soupçons du oh il veut s'arrêter. Après peut-être c'est un conflit euh conjugal, après on a dit, peut-être c'est un conflit euh, dans sa tête, psychiatrique, tout ça. Mais quand le psychiatre il dit, bon il est normal et que il trouve pas d'écho, donc on l'a envoyé au centre anti-douleur. Donc après il reste la relation amicale qu'on peut établir avec eux, quoi. Oui, à part écouter y a rien d'autre à offrir hein. C'est ça.

- Et euh, c'est, cette, la patiente, l'autre patiente elle a...

- C'est un problème de gynécologie. Donc elle a été opérée par un chirurgien et...elle avait des revendications tout le temps. Avant l'opération. C'était pas là, c'était pas au sujet de son ventre hein. Donc après l'opération elle a présenté une douleur, qui, qui semblait séquelle de l'intervention d'hystérectomie, totale, sans conservation. Et puis donc, elle a continué à avoir mal, comme avant l'opération, parce qu'avant l'opération on lui a dit tu as mal au ventre ? parce que l'utérus était fibromateux. On a enlevé le fibrome, elle a continué à avoir mal. Après donc, elle a eu des électromyogrammes, bon, entre autres, ils ont vérifié qu'il y avait un nerf périméne qui est plus excité qu'un autre. Alors le nerf, j'sais plus comment ça s'appelle...

- Oui. Ils ont trouvé ça comment ?

- Ben, quelqu'un lui a mis des électrodes dans le vagin et euh, au contact du col de l'utérus, et ils sélectionnaient des fibres, et y en a un ou deux à Lyon qui font ce genre d'électromyogrammes

- Mmm

- Et donc ils ont trouvé cette...Et chaque fois c'est une permanence, parce qu'on est allé voir les deux d'ailleurs. Chaque fois donc ils disaient le même nerf. Donc, alors, y a le centre anti-douleur de Grange-Blanche qui a donné donc une infiltration donc de ce nerf, calmée 24 heures à peu près, durant l'hospitalisation, puis après donc c'est revenu la douleur. Et toujours obligée de vivre avec, et elle a toujours mal.

- Ces plaintes répétées souvent autour de la douleur.

- Tout le temps, tout le temps même douleur

- Et ces patients qui reviennent comme ça avec des plaintes répétées finalement pour lesquelles on n'a pas de réponse, ils vous inspirent quoi dans votre pratique quotidienne ?

- Ben, ils sont source d'argent.

- *rire*

- Qu'est ce que ça m'inspire ? Ca m'inspire que ça peut exister des trucs pour lesquels on n'a pas de réponse.

- Mmm

- Celui qui vient et qui va...chez moi pour me dire qu'il a mal, parce qu'il a mal. Celui à qui j'ai dit je n'ai pas de réponse pour vous, vous pouvez rester chez vous je n'ajouterais rien de plus à votre souffrance, et qu'on a fait le

tour de tous les gens possibles et imaginables, toutes les spécialités autour de ce...

- Mmm

- Et personne n'ose, tout le monde propose des choses ou des réponses médicamenteuses, sans résultats, et ils finissent par avoir seulement la relation qu'on établit avec eux.

- Donc euh, dans les questions que je voulais poser, est-ce que votre prise en charge de ce genre de patients elle a évolué au cours de votre carrière ? Est-ce que quand vous étiez, quand vous avez commencé à vous installer et maintenant entre les explorations biomédicales et puis le...

- Non, pour ce genre de pathologies où on a pas de réponse, et y a quand même pas mal de douleurs où on peut répondre...mais quand y a pas de réponse, y en a pas, y a pas d'évolution. Parfois ça nous agace au début quand y a des relations d'arrêt. Parce que l'arrêt nous on...Et puis, moi j'suis parti du principe que c'est pas moi qui fait les indemnisations ou pas indemnisations, médicalisation ou pas, y a la souffrance et faut qu'on donne une réponse, monsieur ou madame ils demandent soulagez moi, ils demandent pas un arrêt, ils demandent soulagez moi. Et si on peut les soulager tant mieux et si on n'y arrive pas, et ben faut qu'on continue à explorer jusqu'à ce qu'on arrive au bout de nos explorations hein. Donc ceux-là moi j'les crois tout le temps, dès le départ, euh, qu'il soient des simulateurs ou pas simulateurs. Pas de problème. Le simulateur il faut que je le calme, c'est un monsieur ou une dame qui a besoin d'être calmé. Que ce soit psychologique ou pas psychologique, ça change rien. Faut qu'on les calme. Et comme je pars toujours du principe qu'il est honnête et puis qu'il a une souffrance qu'il ressent au moins, maintenant s'il a d'autres objectifs dans sa tête ça le regarde. Mais quelqu'un qui souffre faut que je trouve la réponse pour la souffrance. Donc du moment où il sent que j'ai la sincérité de dire, bon tu souffres on va essayer de t'aider, et peut-être on n'y arrivera pas, et on n'y arrive pas, j'y arrive pas. Même je m'oriente vers des magnétiseurs, des marabouts. J'aime bien les marabouts, parce que pour ce genre de pathologies comme ça, pas toujours, mais une ou deux fois ça m'est arrivé d'avoir..., c'est mignon comme prise en charge.

- Justement quel type de réponse...

- Très bien une dame qui souffrait comme ça de*...*sur l'IRM de hanche y a rien, j'en avais marre et un jour je lui dis, peut-être que c'est un mauvais œil, qu'est-ce que c'est vous me répondez pas, donnez moi une réponse. J'ai dit peut-être c'est le mauvais œil...J'ai un client qui est marabout, boulevard des états, pas loin de chez toi, faut aller le voir. Donc elle y est allée, et puis après il lui a dit des prières, ils se sont arrangés tous les deux, et puis il lui met un truc autour du cou.

- Un talisman ?

- J'trouve plus le nom mais ça s'appelle pas talisman. Des écritures. Talisman c'est plus, j'sais pas...là c'était religieux donc c'est quelque chose de...

- Mmm, oui

- Il met des versets du Coran dedans. A la différence que ce monsieur moi je le connais, il est illettré donc il sait pas écrire, hein. Donc je suppose que à l'intérieur de son écriture il doit y avoir des papiers journaux. Mais n'empêche que la dame s'est tue. Elle ne se plaint plus. Plus jamais. Mais d'autre part c'est un échec total pour des gens qui sont allés voir le marabout, après échec de toutes nos tentatives pour soulager la souffrance.

- Mmm

- Et puis bon, ça continue après. Mais le monsieur là qui est tombé du camion il est allé voir ce genre de personnage. Mais depuis, je l'ai revu, y a pas de changement.

- Et est-ce que, comment vous vous sentez armé, préparé pour prendre en charge ce type de patient qui revient...

- La seule solution, si vous voulez de réussir ce genre de consultation, c'est de ne pas se sentir responsable du soulagement. C'est pas mon problème à moi. Je donne avec ma bonne volonté, si ça marche, ça marche, si ça

marche pas, c'est pas...je ne me mets jamais en cause là-dessus. Le fait de vous dire, tiens je souffre toujours, pour nous culpabiliser et moi je sens rien, et je lui dis, moi je ne sens rien. Quand on multiplie les examens jusqu'à ce qu'on trouve une solution. Si on ne trouve pas, ben y en a pas de solution. C'est un échec pour l'ensemble. Pas personnel. Je n'ai pas de réponse mais ce n'est pas moi qui n'ai pas de réponse, personne n'a de réponse. Ca ne me touche pas, je suis désolé pour eux mais bon. Je ne me sens pas obligé à 20 euros de donner une réponse. A tout prix. Une explication à quelque chose que je ne comprends pas moi, ni les autres.

- Donc c'est ce qui permet de tenir comme ça sur la durée avec ces personnes qui reviennent.

- Sur la durée. C'est l'amour. Je les aime et ils le sentent, je suis de leur côté. Je ne suis pas là pour leur refiler, une réponse, une ordonnance face à leur plainte. Je ne donne jamais d'ordonnance. Je leur donne moi quelque chose, qu'est-ce que vous voulez tout le monde a essayé, personne n'a réussi. Fleur d'oranger, j'avais vous mettre un peu de fleur d'oranger sur un sucre, on détache si vous voulez, je détache complètement dans ce genre de situation*...*notre relation va être seulement une relation qui n'aboutit pas à une ordonnance obligatoire. Là ça détache complètement d'eux. Ils viennent, ils attendent rien de moi à part venir me dire qu'ils ont mal.

- Mmm

- Je suis pas obligé, je ne me sens nullement obligé de leur donner quelque chose et puis*...*

- Votre réponse elle est plutôt de l'ordre de la relation que vous leur offrez.

- Parfaitement.

- J'ai presque fini. Je voulais juste vous demander du coup, est-ce que vous considérez justement comme médecin de famille, vous disiez, que ça fait partie complètement de votre rôle, ou pas,

- Oui bien sûr

- De prendre en charge ce type de patients ?

- Oui, bien sûr, c'est mon rôle, mais si vous voulez, notre technicité actuellement autour des malades, nous oblige à déléguer très vite, le problème. On a un cadeau empoisonné donc on le refile à quelqu'un d'autre. Y a cette technique là et puis y a la technique, de dire voilà on va aller tous les deux voir quelqu'un, hein, on y va, intimement on va avec eux ce jour là, on va voir quelqu'un, on va voir, un, dix, quinze pour trouver une réponse à cette souffrance, et si y en a pas ben je suis toujours là. C'est pas... Le spécialiste il a peut-être le désavantage le pauvre, il a RDV avec une question. Neurologique. Antidépresseur, anxiolytique, neuroleptique. Ils donnent la réponse, voilà. Mais ils les revoient jamais ces gens là, nous on reste là. Ca vous a soulagé, non, ben mettez le à la poubelle. Donc je me déconnecte complètement par rapport au traitement, par rapport à l'échec. L'échec c'est pas mon échec à moi. Après ça devient une relation amicale, ça leur fait du bien. S'il n'a pas envie ben il va ailleurs, il peut changer de médecin, ce qui fait que je, le détachement, l'obligation de résultat n'est pas mon souci du tout. Et de lui faire sentir que sa douleur je la comprends, je la ressens avec lui, et qu'elle est réelle et qu'on a pas de réponse. C'est tout ce que je peux lui offrir. Ca leur plaît ce genre de... parce que au début peut-être on peut créer une agressivité : j'ai toujours mal. Ils ont toujours mal.

- Est-ce que vous pensez justement que la particularité de ce métier de médecin généraliste, ce que vous disiez, le suivi, le fait de les connaître, c'est un atout pour ce genre de patients.

- Oui, mais faut être blindé là-dessus, c'est à dire il faudrait avoir un peu d'expérience dans sa tête et se dire, je vais me déconnecter du résultat. J'opère quelqu'un, il meurt, je ne vais pas me sentir coupable, parce que l'opération a raté ou quelqu'un qu'est mal avec un syndrome qu'on peut pas expliquer et ben j'suis pas concerné du tout. J'suis avec lui pour l'aider, j'suis amical, ami.

- Qu'est-ce que ça apporte de particulier d'être généraliste en fait, pour ces patients là ?

- Pour ces patients là ?

- Oui, d'être leur médecin de famille.

- Parce que quand ils viennent si vous voulez, ils ne s'attendent pas, ils le disent hein, ils viennent pas chercher un médicament, parce que on leur en a déjà donné un de médicament. Ca fait du bien de venir s'asseoir et de savoir que tu nous crois, que quand tu te dis j'ai mal, comme quelque chose qui cogne dans mon dos, comme un marteau, ils sentent que je leur dis oui c'est vrai, y a un marteau qui te tape dans le dos, j'les prends pas pour fous, sincèrement je les prend pas pour fous, quand je leur dis que c'est notre échec à nous, euh, que c'est de trouver une solution qui est en cause et non pas leur pathologie. C'est réel, pourquoi est-ce qu'il n'a pas mal au pied que c'est tout le temps le dos, pourquoi c'est pas dans le pied dans, le c..., dans les yeux, machin, non, c'est toujours dans le dos, dans le dos, dans le dos, même description toujours...Mais en même temps si vous voulez on arrive à les rassurer en leur disant que ça évolue pas, puisque bon si t'avais un cancer j'aurais déjà amener des fleurs à ta femme. Donc y a pas de fleurs, t'as pas vu de fleurs arriver donc c'est déjà un atout pour toi. Ca va pas te tuer quoi, tu vas pas mourir, tu vas en baver. T'es pas bien content, mais...

- En fait vous faites le chemin avec vos patients ?

- Le chemin de croix vous voulez dire ?*sourire*

- *rire*, la route.

- La route, parce que j'ai un intérêt, un intérêt financier avec eux, comme je leur dis vous êtes ma source de revenus.

- J'vous crois qu'à moitié quand vous dites ça.*sourire*

- J'leur dis ça.

- Oui

- Et ils ne me croient pas du tout. Ils ne me croient pas du tout.

- Très bien, ben j'vous remercie. J'voulais juste vous demander votre année d'installation

- Moi j'me suis installé en 81

- Et puis, le nombre d'actes que vous faites par jour, par semaine

- Par jour, autour de 40 par jour.6 jours par semaine.

- D'accord. Et vos moyens de formations continues

- Et je suis autosatisfait. Non, je vais aux jeudis de l'Europe et prescrire et la revue du praticien. Et puis voilà. Je crois pas, vous savez, j'ai un professeur qui est mort maintenant, j'étais dans son service comme externe en 6^{ème} année, je l'ai vu deux fois, en 4 mois, et quand je me suis installé, trois quatre ans après je reçois, le même professeur donc faisait des formations continues, peut-être vous allez le reconnaître, mais il est mort, alors j'lui ai écrit : cher ami

- *rire*

- Oui, j'ai écrit cher ami, j'étais dans ton service pendant quatre mois, je ne vous ai jamais vu, après je suis loin de vous, donc je n'ai aucune chance de vous voir vous voulez absolument me voir, je sais que vous nous invitez à la FMC, c'était à la mode. Je crois pas, je crois pas que ça apporte grand-chose, vraiment. Pendant nos études, avec l'externat, si on a de bonnes manières à prendre quand on est assis comme ça toute la journée à rien foutre, à remplir le temps en essayant de faire semblant de remplir une observation ou de copier des résultats, c'est là qu'il faut qu'on nous apprenne les bonnes manières. Une fois qu'on est après en ville c'est le client qui nous juge et qui nous sanctionne et tous leurs blablabla c'est uniquement pour, parce qu'ils ont des dépenses et pas assez de recettes, alors on va passer des examens pour les médecins pour qu'ils puissent... alors que la meilleure sanction des médecins, c'est le client hein, il revient ou il revient pas. Quand ils reviennent pas, c'est eux qui censurent hein. Si je me promenais avec quinze examens pour quelqu'un qui a une angine, bon ben ça y est on va pas revenir une deuxième fois. Il exagère, on vient avec une angine on s'en sort avec 700 euros d'examens. La meilleure discipline, le meilleur apprentissage c'est, c'est sur le terrain, regardez, est-ce que

vous avez appris à la fac ou dans les stages comment...c'est en voyant 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 c'est là qu'on commence à avoir l'expérience et puis après beaucoup de travail sur Internet le soir, pour savoir un tout petit peu tel sujet qu'on a vu un peu, est-ce qu'il est intéressant de savoir...

- Oui, vous vous formez quand même par vous-même, Internet par exemple enfin, c'est une manière de

- Tous les soirs, il y a toujours au moins une demi-heure de recherche qu'est-ce qu'ils ont dit à quel sujet ?

- Vous travaillez beaucoup...

- Moi je fais 14 heures par jour de moyenne, j'adore ça, ma femme et mes enfants moins, mais bon. Au nombre d'heures c'est vrai que... Vous voulez faire généraliste ?

- Mmm

- Vous verrez que, vous les femmes c'est un peu difficile, parce que moi j'suis tranquille, parce que j'ai ma femme à la maison, donc les enfants sont grands mais quand ils étaient petits, tout ça, j'avais quelqu'un à la maison en permanence donc j'pouvais rester ici, même dix heures du soir, sans problème, mais une femme socialement c'est comme ça...mais c'est vrai que c'est très prenant. Si on veut faire des chiffres, comme on a des tarifs conventionnés, c'est très difficile de se contenter de dix clients par jour.

- Mmm

- Donc les possibilités, d'éviter, dans le sens euh être présent, pas faire revenir le patient. Pas multiplier l'acte pour la même personne. Moi je fais 10000 actes par an, je fais...C'est par la présence, par l'augmentation du nombre d'heure, qui fait augmenter le chiffre d'affaire, pas par l'augmentation d'actes par personne.

- Et par rapport à la formation tout à l'heure on en parlait un petit peu, mais par rapport à la prise en charge de ces patients, vous vous n'avez pas l'impression qu'il y ait besoin d'une formation particulière.

- C'est une question économique.*parle pendant 5 min de problème d'économie de la santé*

Entretien L

- Je vous remercie déjà de me recevoir.

- Oui

- Je vous rappelle juste. Je fais ma thèse en étudiant les médecins généralistes face aux patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexplicables. *un oiseau siffle, rires*

- D'accord.

- Voilà, donc, comme je vous l'ai dit par téléphone la plupart des médecins, je les tire au sort, sauf quelques-uns parce qu'ils ont des caractéristiques

- Mmm

- Qu'il m'intéressait d'étudier, voilà.

- Mmm, d'accord.

- Pour commencer l'entretien j'aurais bien aimé que vous me disiez un petit peu pourquoi vous aviez choisi la médecine, la médecine générale et puis justement un petit peu votre parcours par rapport aux groupes Balint et tout ça...Voilà... Ça fait...*rires*, dans l'ordre que vous voulez euh...

- *rires*, j'ai choisi la médecine, j'pense que y a des raisons qui sont un peu personnelles quand même quand on choisit la médecine.

- Mmm

- Donc j'ai pas forcément envie de, de répondre à cette question-là.

- Oui

- C'est sûrement des histoires par rapport à, à comment on vit la santé, euh, et la médecine quand on est gamin, bon au sein de sa famille et puis ensuite ben une curiosité, envie de savoir, euh, c'est assez complexe, ce qu'il y a de sur c'est que j'ai toujours su que j'voulais travailler euh, en libéral, et soigner des gens de, qui présentaient différentes, enfin j'veux dire j'ai toujours su, du moment qu'j'ai été en médecine, hein.

- Mmm

- À vrai dire je me destinais à être assistante sociale, mais comme j'étais trop jeune, fallait un an *rire*, fallait un an de fac ou un an de comment on appelle ça, de vie active, donc je suis, j'me suis dit que médecine ça ressemblait à assistante sociale, c'est dire déjà comment je voyais mon métier au départ.*sourire*

- Oui*sourire*

- Et puis, au bout d'un mois de fac de médecine je suis rentrée chez moi en disant, je ne veux plus être assistante sociale, je veux faire médecine. Voilà.

- Mmm

- Et là, je peux dire qu'à ce moment-là, euh, l'intérêt c'était la curiosité d'apprendre moult choses sur quelque chose qui m'paraissait extrêmement mystérieux, c'était, et ben c'était l'être humain quoi, voilà.

- Mmm

- Donc savoir comment il marchait, comment il fonctionnait et qu'elles étaient ses motivations en fait, hein. Voilà, donc assez vite aussi j'me suis intéressée, dès qu'on a mis les pieds à l'hôpital, euh, je ne m'intéressais pas qu'à ce qui se passait au niveau somatique, je faisais toujours des observations qui racontaient aussi la vie des gens. Ça c'est quelque chose qui s'est produit très très vite, donc très vite j'ai su que je ne me cantonnerais pas à l'hôpital parce qu'à l'hôpital, c'était pas le facteur qui intéressait le plus, hein, et moi je voulais savoir plus de choses sur les gens, et je puis je voulais pouvoir soigner aussi bien des petits que des plus grands, que des plus vieux, connaître le grand-père, la grand-mère, voilà. Donc forcément ça ne pouvait être que la médecine de famille. D'où la médecine générale.

- Mmm

- Voilà. Et puis j'ai toujours eu l'impression que de se cantonner à un seul, appareil, comme on disait à l'époque hein, la cardio, la gynéco, l'ophtalmo, c'était trop réducteur et je, j'voyais pas comment ça pouvait passionner quelqu'un toute une vie.*rire*

- Mmm

- Voilà, bon maintenant je comprends que ça puisse passionner quelqu'un toute une vie. *rire* mais bon à l'époque ça me paraissait impossible. Qu'est-ce que vous m'avez demandé d'autre ? Ah oui mon parcours.

- Ce que vous pouvez en dire, hein.

- Oui, oui, mon parcours...A peine installée, première année de médecine...euh première année d'installation, euh, en fait je suis passée par des tas de sentiments et d'émotions et particulièrement la colère. J'étais très très en colère contre ce que je découvrais de la vie des gens, et de, et, particulièrement comment les parents étaient avec leurs enfants. Moi j'étais pas encore parent, j'avais pas d'enfants et j'étais assez effrayée de voir euh, parce que des fois, ils faisaient tout pour être malade quoi, ils faisaient tout pour que tout aille mal et moi j'étais là avec pleine d'énergie, avec envie que tout change pour eux et que tout aille bien, j'étais pleine de désir de les guérir hein, c'qui fait que forcément j'me suis retrouvée très vite devant mon impuissance, parce qu'en face de nous le patient est tout puissant et puis je rentrais chez moi en colère, je devais saouler les oreilles de mon mari et je savais que le Balint existait donc euh, j'me suis dit qu'il fallait que j'aie parler de ça à l'extérieur de chez moi, que j'ramène pas toujours mon cabinet à la maison. Donc, je suis, dès la première année de médecine, je me suis inscrite dans un groupe Balint. J'en avais fait une ou deux expériences en tant qu'étudiante à la fac, puisqu'au cours de, en psychiatrie j'avais Marie-Cardine et Guillotat et c'est Guillotat qui nous en a parlé et qui nous disait, si il y a des étudiants qui veulent, vous pouvez venir, et j'suis allée et j'savais donc que ça existait grâce à Mr Guillotat qui à Lyon est un des premiers à avoir justement monté des groupes Balint.

- Mmm

- Voilà, donc euh, j'en ai fait avec Mr Botat, pavillon N, et puis voilà, et puis après ben ma foi, j'me suis retrouvée à attendre des, j'allais dire, d'abord un puis après deux effectivement, bon enfin à attendre des enfants, c'qui fait

qu'j'arrivais plus à me traîner euh et j'ai entendu parler d'une autre façon de faire du Balint qui était plus euh, ponctuelle, qui se produisait une fois par an, à Annecy à l'époque, pas toujours d'ailleurs et après avoir eu lieu à Divonne et qui là se tenait sur 5 jours, 4 jours ½ en tout, qu'était donc très intense et j'me suis dit ben je peux pas faire du régulier, j'fais faire de l'intense. Et là j'ai été prise parce que c'était quelque chose d'extraordinaire, en plus je rencontrais des gens de différentes régions et de différents pays, pas que des médecins, des paramédicaux, des infirmières, c'est quelque chose qui moi m'a toujours intéressé de savoir aussi ce que faisait aussi les autres professions de soin. Euh, jamais avec la notion de, comment dire, de hiérarchie comme on trouve à l'hôpital justement hein.

- Mmm

- Donc voilà, voilà en gros. Bien sûr, après ben moi j'me suis intéressée à moi-même aussi, donc j'ai été intéressée par faire un analyse, donc dans le même temps j'ai fait du Balint, une analyse, après je suis devenue animatrice, enfin j'ai fait une formation pour être animatrice de groupe de psychodrame Balint et de Balint. Et puis, depuis j'crois, treize quatorze ou quinze ans j'sais plus exactement, je, une partie de mon travail j'suis psychothérapeute

- D'accord

- Et tout récemment j'ai été acceptée à la société de psychanalyse, groupe lyonnais forcément, et pour faire le cursus de formation pour être psychanalyste. Donc je risque peut-être de laisser tomber la médecine générale maintenant.

- D'accord

- Ca me fait un peu drôle.

- Vous vous êtes installée y a combien de temps ?

- Moi, 1981, donc ça fera vingt-cinq ans en 2006 au mois de Juin.

- D'accord

- J'ai pas traîné en fait, hein. Dès qu'j'ai eu fini mes études de médecine euh, j'ai pas redoublé, j'ai eu cette chance, ensuite j'ai fait ma thèse, j'ai cherché à m'installer en même temps et un mois après ma thèse j'étais installée. Donc, ça fait un moment qu'j'travaille voilà*rire*

- Et aujourd'hui, qu'est-ce que vous aimez particulièrement dans votre travail justement.

- Ben c'est le contact, la relation et puis bien sûr y a aussi le côté, on va dire de plaisir, c'est quand même un peu ça, le plaisir du diagnostic hein, le côté un peu, enquête policière, ça c'est forcé qu'ça reste ça,

- Mmm

- mais le problème c'est que des fois ça débouche pas sur des trucs rigolos, donc c'est entâché, le plaisir est entâché tout à fait donc voilà. Et puis mais c'est quand même en priorité c'est le rapport humain hein

- Mmm

- Quand c'est difficile, quand c'est agréable, tout quoi. Régulièrement j'en ai ras le bol, régulièrement j'suis épuisée, enfin y a surtout deux trois ans en arrière franchement j'pense que j'étais pas loin de c'qu'on appelle le burn-out. Et j'aime beaucoup moins mon métier depuis toutes les réformes et tout ce qu'on raconte sur nous dans les médias et depuis que le gouvernement se mêle de faire n'importe quoi, et il connaît strictement rien à notre métier. Donc là, j'l'aime beaucoup moins, je supporte pas du tout qu'on nous mette dans des cases. Je supporte pas du tout qu'on nous envoie des arbres décisionnels. Alors là si vous pouvez le dire, ne vous gênez pas, je serai peut-être pas la seule à le dire*sourire* et puis toute façon en ce qui me concerne euh, je vois pas comment on va réussir à me mettre dans une case étant donné déjà que j'en remplis plusieurs, hein. Et puis c'est la particularité de ce métier, c'est que on peut pas se mettre dans une case et on peut pas mettre les gens dans des cases. Hélas, c'est vers cela qu'on tend.

- Mmm

- Donc, euh, voilà. Ce qui fait que j'aime beaucoup moins mon métier maintenant. Mais ça vient pas des gens.

Et en même temps quand on me demande qu'est-ce que tu voudrais faire d'autre et ben sincèrement je, et puis si on me demande de prendre du recul et de dire si j'aime mon métier ou pas, je peux pas m'empêcher de dire que j'aime mon métier, quoi, c'est pas possible.

- Mmm

- Sauf que j'vous dis, j'me tourne quand même plus vers lâcher ce qui est médical et partir plus vers ce qui est, c'est toujours du soin, mais c'est autre chose.

- Donc pour l'instant c'que vous faite c'est quand même une psychothérapie plutôt analytique.

- Voilà, tout à fait oui.

- Et, alors pour en revenir au sujet, de mon étude. Quand je parle de symptômes biomédicalement inexpliqués ça vous fait penser à des patients ?

- Ah ben oui, toute les journées on en a, c'est, c'est les consults les plus fatigantes, *sourire*paradoxalement c'est les plus fatigantes. J'me rappelle, j'ai un ami qui a du arrêter de faire médecine libérale, qui termine sa carrière en faisant médecine du travail, et il me disait que un des points le plus énorme qui lui soit enlevé ben c'est d'abord l'angoisse, l'angoisse monumentale que, j'suis désolée de vous dire ça alors que vous n'avez peut-être pas commencé à bosser

- *sourire*

- Mais ce que ça représente oui, comme angoisse d'avoir la vie des gens dans les mains quand même, régulièrement, alors on a toujours peur de se tromper, de passer à côté de quelque chose et puis quand un truc lourd arrive de devoir assumer tout ça avec eux. Et la deuxième chose extrêmement lourde qu'il...c'est d'être en face de quelqu'un dont on sent bien qu'il n'a rien sur le plan médical mais qui est tout le temps en plainte et qui veut une explication, comprendre pourquoi c'est comme ça, qu'on trouve le nom de sa maladie, qu'on trouve surtout si le médicaments de sa maladie alors c'est la demande qu'est comme ça

- Mmm

- La réalité derrière, on va déjà mieux quand on s'en rend compte d'ailleurs, c'est que surtout ce qui veut c'est pouvoir venir se plaindre, donc faut surtout pas le guérir, faut surtout qu'il reparte et qu'il puisse continuer à pouvoir se plaindre mais c'est extrêmement lourd à vivre ça quand même, hein.

- Et y a beaucoup de patients comme ça dans...

- Ah oui, y en a beaucoup, y en a j'veux dire, dans une journée de consultation, moi j'ai tendance à ...j'sais pas bien compter les pourcentages. Mais j'ai quand même tendance à dire que en gros, neuf à dix pour cent de ce qu'on fait dans un cabinet de médecine générale nécessite la grosse artillerie. Avec tout ce qui est des examens lourds et la thérapeutique lourde et derrière y a une pathologie ou plusieurs pathologies organiques réelles. Tout le reste, ben c'est rien qu'un malaise, ben plus ou moins énorme. Euh, je parle pas de la maladie psychiatrique hein, je mets ça à part, mais c'est voilà, c'est des plaintes fonctionnelles, c'est des descriptions euh de ce qu'ils ressentent, qui n'a ni queue ni tête, mais qui a un grand sens pour eux, mais qui n'a ni queue ni tête, hein, j'sais pas quand ils vous expliquent que quand ils ont mal sur la hanche ça retentit dans un coin du crâne, euh, ils le ressentent bien comme ça et pourtant euh, effectivement anatomiquement parlant on ne peut pas arriver à l'expliquer hein. Bon, ça c'est un exemple, et y en plein d'autres...

- Vous pouvez me parler d'un patient qui vous ait marqué plus particulièrement, ces derniers temps ?

- Plus particulièrement non, pas ces derniers temps, mais j'pense à une que j'suis depuis 20 ans quoi.

- Mmm

- Qui a des pathologies, c'est un beau modèle parce qu'elle a réellement des pathologies organiques, elle a une hypertension, elle a une hypothyroïdie, mais euh, elle a de multiples plaintes, euh, des maux de tête, qui sont d'une certaine façon, par exemple c'est une femme qui est ménopausée, mais elle continue à avoir de migraines cataméniales parce que son corps se rappelle des moments

où elle devait avoir ses règles et c'est à ce moment-là qu'elle a ses migraines, et elle le sait que c'est à ce moment-là qu'elle a ses migraines, parce qu'elle sait que son ovaire réagit comme ça, et puis que ça va jusque sur telle vertèbre du dos, voyez c'est ce genre de patiente

- Mmm

- Et, qui a donc besoin d'avoir des tas de thérapeutes autour d'elle, d'ailleurs, donc autant que chacun la connaisse bien et ne l'envoie pas à tort et à travers hein, à une époque elle se, elle avait tendance à aller voir les chirurgiens, certains étaient prêts à l'opérer de tout et de n'importe quoi. Bon ben voilà, raconte, d'abord j'vais y passer deux heures et puis elle sera pas satisfaite, elle sera pas bien.

- Mmm

- D'ailleurs elle en a une, vous adhérez ou pas à son explication, c'est sûr que si, j'm'acharne à lui prouver que c'est pas possible c'qu'elle raconte, d'abord j'vais y passer deux heures et puis elle sera pas satisfaite, elle sera pas bien.

- Mmm

- Mais sinon, euh, j'sais pas y a des gens qui viennent se plaindre de maux de ventre, de maux de tête, de, et qui veulent comprendre pourquoi ça leur fait mal à telle heure, tant de temps après le repas et que ça reprend au bout de tant de jours, enfin, voyez des choses, on ne sait pas comment répondre. Et, j'ai un patient en tête vraiment là, je, j'vois pas qui se dessine...c'est ça qu'est surprenant, c'est qu'on en a toute la journée et j'peux pas franchement vous en parler d'un en particulier.

- Mmm. Et en fait, vous,

- Ah ben si j'suis en train de penser à une dame

- Dites moi

- Une dame qu'est pas très, qui est vraiment pas simple, et ça j'peux l'savoir parce que elle a déjà vu mes collègues ou p't'être que Françoise, p't'être pas Emmanuelle. Mais, et Françoise me dit mais j'y compr...c'est vrai y a des fois des gens qui viennent vous dire comment ils sont pas bien, qu'ils ont mal, qui respirent mal ; que ça leur donne des nausées, ça leur fait tourner la tête, c'est absolument pas clair, on ne sait absolument pas de quoi ils parlent et en même temps à se dire, est-ce qu'elle a réellement quelque chose qu'il faut que je débuse ou, ou, c'est banal ce qu'elle éprouve, peut-être que c'est des choses moi aussi j'ai des fois des nausées, moi aussi des fois j'ai mal à la tête, moi aussi il m'arrive d'avoir un point qui me pique dans le bras euh euh, et moi je ne m'arrête pas à ce, je ne fais pas attention à ça et elle, elle s'arrête, et elle s'inquiète pour ça et elle veut savoir. Alors c'est vraiment le genre de personnes euh, typiquement impossible de répondre à ses questions. Pourquoi tout à coup elle a un piqué dans un point très précis de son bras, qui suit un moment où elle a eu la tête qui lui tournait. Je ne peux pas expliquer ça.

- Mmm. Et comment du coup vous vous y prenez ?

- *sourire* Ben j'ess, moi j'essaye de leur dire des fois, d'une part parce que ce genre de choses sans doute ce genre de choses tout le monde l'éprouve, certains ne s'y arrêtent pas, effectivement, que ce qu'elle décrit, même moi je l'ai déjà rencontré, que c'est quelque chose qui ne m'inquiète pas, alors j'essaye de voir pourquoi elle s'inquiète plus à ce moment-là, et puis, je peux prendre aussi un ou deux de ces symptômes en disant peut-être que là y a quelque chose d'autre derrière. Parce qu'en fait, des fois les gens mélangent tout

- Mmm

- Quand elle me dit qu'elle a des nausées, ça peut-être, j'ai quand même intérêt à aller voir du côté de sa vésicule ou de son estomac. Donc, je vais répondre à une partie de sa demande, mais comme elle veut savoir pourquoi ça fait ça et comment ça s'explique et comment est-ce que ça va passer et est-ce que ça va durer longtemps, là je, c'est vrai que je ne sais pas répondre, donc ben des fois j'applique la technique, que font, je sais, beaucoup de médecins, et que moi j'ai jamais bien réussi à faire et qui m'a souvent

fatigué, c'est-à-dire qu'ils font ceux qui n'ont pas entendu.*rire* Et ils vont très vite. Alors moi j'ai pas des consultations de 10 minutes hein. Donc j'peux, y a un peu de temps, donc du coup,

- Mmm

- C'est vrai ils peuvent s'étaler plus et que ils me laissent du temps pour répondre eux.

- Mmm, d'accord. Et du coup tout à l'heure vous parliez de malaise, vous les expliquez, pour vous il s'agit de quoi ?

- Pas d'un vrai malaise... Y a toujours des choses qui n'ont pas résolu comme il faut, avec leur mari, euh, soit elles accusent le travail, la première chose qu'ils accusent c'est le temps. Il fait pas beau ce jour là, il fait pas beau depuis trente ans, et ainsi de suite, ça ça m'énerve, ça ça fait partie de choses qui m'énervent parce que j'ai vraiment la sensation d'avoir en face de moi là quelqu'un qui veut pas se poser les bonnes questions hein.

- Mmm

- C'est sûrement une des raisons pour lesquelles maintenant j'ai vraiment envie d'aller vers ceux qui arrivent à se poser les bonnes, ou du moins à essayer de s'interroger sur eux-mêmes. Même si en thérapie ils sont loin de, de s'interroger tout le temps sur eux-mêmes Et ils vont bien en foutre sur les autres...Mais on a au moins une autre façon de travailler. Donc, le temps, le travail, et puis, ça se sont les deux raisons les plus avancées mais il faut aller voir derrière, c'est sûr que le travail joue beaucoup parce que à l'heure actuelle les conditions de travail se dégradent sûrement énormément, mais derrière y a souvent le conjoint, les enfants, les parents et ainsi de suite. Tout ce qu'ils n'ont pas réussi à, réussi dans leur vie, tous leurs espoirs déçus, c'est tout ça le malaise.

- Et le lien justement avec ces symptômes, pour vous...

- Alors ça, y a oui. Mais après c'est impossible d'en faire une généralité. C'est chaque patient avec une histoire et euh, pourquoi celle là va venir se plaindre plutôt du cœur, et si on cherche bien on va peut-être trouvé, mais là c'est un peu réducteur comme je le dis, mais et un peu simpliste mais des fois on va trouver euh un père de famille, enfin, un patient dont le père est mort d'un infarctus par exemple.

- Mmm

- Et comme par hasard, c'est là où ils vont coller leur peur. Hein, la mère est morte d'un cancer du pancréas et tout à coup ils vont tous avoir des maux de ventre pendant un certain temps, voir de façon récurrente. Voilà ça peut être ça et y a d'autres raisons.

- Oui, la question...

- C'est la plainte, c'est pouvoir se plaindre. Voilà, en gros c'est ça.

- Mmm

- Il faut qu'ils puissent se plaindre.

- Et donc à un médecin, donc avec des symptômes.

- Particulièrement à un médecin, voilà. Alors parfois ces patients là se plaignent aussi chez eux, mais des fois ce sont des gens qui ne se plaignent pas tant que ça à l'extérieur.

- Mmm

- Mais nous on a une vision complètement déformée du monde. D'abord on pense que le monde entier est malade. J'en reviens à mon copain qu'est médecin du travail, et qui me dit que la première chose, une fois qu'il a démarré son métier de médecin du travail, qu'il a découverte c'est que y avait quand même une grande majorité de gens qui étaient en bonne santé.

- Mmm

- Et qui vivaient bien et qui venaient pas voir les médecins.

- Mmm

- Forcément, nous on voit ceux qui viennent nous voir, hein, et on assimile ça à la population entière. Or c'est quand même pas la population entière hein. Donc euh, c'est pour ça j'dis certains viennent se plaindre chez nous, ils vont pas se plaindre tant que ça chez eux, donc là aussi on a peut-être des fois une vision déformée et imaginer que c'est quelqu'un qui se plaint tout le temps. Alors certains

c'est sûr. Parce que justement étant médecin de famille, on entend aussi parler d'eux par d'autres membres de sa famille*rire*. Comme étant des gens très pénibles hein. Donc moi j' pense que c'est ça. C'est le besoin de la plainte, de se plaindre.

- Mmm. Et du coup face à ces patients, bon vous évoquez la possibilité qu'il n'y ait pas d'explications biomédicales, vous allez loin dans les explorations euh à côté, le lien avec les spécialistes, euh, comment vous ressentez ça ?

- Euh, j'vais pas forcément loin dans les explorations, j' pense pas. Des fois j' me, c'est vrai des fois j' me dis j' dois pas aller aussi loin, on voit quand même le courrier tout ça.*sourire*. Quand je vois par exemple avec ma première collègue, j'ai l'impression qu'elle, elle prescrit plus, elle va chercher plus loin, et bon le problème c'est qu'on a toujours le spectre dans la tête, peut-être que j'ai pas cherché plus loin et puis qu'ils sont allés chercher ailleurs la réponse, hein.

- Mmm

- Et ça ils vont pas forcément nous le dire, donc, je sais pas. mais, moi j'utiliserais plus volontiers, euh, l'appel à un spécialiste ou le recours à j'sais pas, kiné. Pour répondre. Plutôt que forcément euh une batterie d'examens. Le spécialiste va pas forcément demander des compléments d'examens non plus. Enfin, ça j'avoue ne pas me rendre compte si j'en demande énormément.

- Vous ne vous sentez pas obligée...

- Quand j'vois mon profil j'en demande pas tant que ça, parce que je suis pas dans les étoiles au maximum Je me sens pas, ah non face à certaines plaintes, c'est clair, je n'ai pas peur de ne pas aller, je ne, j'arrive à expliquer pourquoi je me freine aussi hein. Parce qu'on voit bien hein le nombre de patients à qui on a fait ça et c'était, ça les rassure euh allez, des fois une journée hein, parce qu'y avait rien, ils reviennent après parce que oui mais alors peut-être on a pas cherché au bon endroit. Donc en fait on monte l'angoisse hein. Et à un moment donné ça devient infernal.

- Et qu'est-ce que vous leur dites à ce moment-là ?

- Ben justement que j'leur fais, ils se rendent compte que plus on cherche et plus ils sont angoissés. Parce que la phrase ultime c'est la médecine n'a pas encore trouvé l'examen qu'il leur fallait pour détecter la maladie qu'ils avaient, qu'ils couvent en eux, quoi.

- Mmm

- C'est clair hein, on entend jusqu'à des phrases comme ça.

- Chez les médecins aussi d'ailleurs dans leur manière de...

- Ah ben l'angoisse du médecin, c'est clair. Plus on a fait un travail sur soi, plus et on travaille sur ça, plus on peut encaisser l'angoisse du patient et pas balancer la sienne sur lui, c'est certain ça. Ca c'est sûr.

- Mmm

- Et puis on a des périodes hein, des moments où on va mal, des moments où quelqu'un est malade dans notre famille on va plus prendre peur, on va avoir une oreille qui va écouter certains symptômes plus que d'autres, on va repartir dans des investigations puis on s'aperçoit à la fin que on voulait se rassurer, c'est sûr, c'est impossible qu'on fasse pas comme ça. C'est pas la science euh. Ca a beau être scientifique la médecine c'est pas que scientifique hein. Y a le facteur humain. Quand ils veulent faire des économies de la sécu, ils oublient le facteur humain, c'est à dire,euh, tout ce que je viens de dire et puis le fait que en face vous avez des fois un patient qui veut pas guérir, et qui veut continuer à consommer de la médecine.

- Mmm

- Et ben c'est normal, c'est normal, dans notre pays, ça existe ça.

- Du coup vous vous arrivez assez facilement

- Non

- Aux patients

- Oui allez-y

- A en parler avec eux facilement,

- Ah à en parler oui

- J'veux dire du fait que ça puisse ne pas avoir une origine

- Bien sûr oui

- Organique

- Ca y a pas de problème

- Vous en parlez de quelle manière avec eux ?

- Soit comme ça, boum.*sourire* Soit par des chemins plus détournés, à un moment donné, on arrive à poser une question qui les amène à parler d'autre chose. Oui, ou, y a des façons de faire. Des fois on va, on va leur raconter, quatre, cinq, six fois, la douleur dont ils se plaignent, le chemin qu'elle fait et ainsi de suite et jusque au moment où, pouf, c'est eux tout seul qui dévient sur euh, mais docteur faut que j'vous dise que ça correspond juste au moment où...

- Oui

- Et c'est eux qui vont dévider la suite après.

- Mmm

- Donc, ça après, c'est selon chaque personne, et puis, des fois on est pas toujours, donc des fois on va pas être très adroits pour leur dire, bon moi c' que j'essaye d'éviter c'est le truc « c'est nerveux » qui ne veut rien dire.

- Mmm

- Et qu'ils ont déjà entendu combien de fois. Alors j'leur explique ce que ça veut dire quand on leur dit ça.

- Mmm. Et vous expliquez comment ?

- Et ben que ça veut rien dire c'est nerveux. Eux ils ont réellement mal, cette douleur existe réellement, j'sais pas on peut prendre une douleur...

- Oui, oui

- Cette douleur existe réellement mais elle n'a pas peut-être pas un intérêt pour eux autre que celle qu'ils imaginaient, elle a peut-être pas, elle correspond peut-être pas à l'organe qui est malade. Et quand on leur dit ça, euh, à ce moment-là ben, il suffit pas d'en dire, c'est pas la peine d'en dire tellement. Quand vous dites ça, déjà ils comprennent mieux c'qu'on veut dire et ils vous racontent effectivement

- Mmm

- Quelque chose qui ne va pas dans leur vie et qui expliquerait. C'est vrai qu'j'ai tout le temps ce problème là ou j'ai toujours des infections urinaires, et puis là il se trouve qu'il y a en a pas, chaque fois que ma mère me téléphone et ils avaient jamais fait le lien et puis tout à coup ils se disent mais c'est vrai qu'c'est chaque fois qu'ma mère me téléphone.

- Mmm. Et ils le reçoivent plutôt bien quand...

- Ah ben oui, tout à fait...

- Vous n'avez pas de gens qui...

- Ah ben si. Y en a qui sont pas contents, mais si, je pense qu'il y a des gens qui sont venus chez moi et qui sont partis ailleurs, parce que justement ils voyaient que j'les dérangeaient dans leur, donc ils sont allés à un endroit où on allait pas les déranger. Oui, bien sûr.Ca c'est la liberté hein.

- Mmm

- Et puis y a des fois, où on est vraiment, on sent ça et derrière y a quand même une belle pathologie aussi hein, faut pas oublier.

- Mmm

- Ouais

- Et du coup, vous par rapport à ces patients qui reviennent avec toujours la même plainte, ou des plaintes qui se déplacent ms des gens très plaintifs, vous ressentez quoi face à ces patients là ?

- Ca dépend de mon degré de fatigue.*rire*Et puis, y a, ils sont pas tous de la même façon, ils sont pas tous pareils, et certains, certains qui vont ressembler plus à des gens que je connais, moi personnellement, dans ma propre vie, soit je vais bien réussir à faire parce que justement j'connais ailleurs et ailleurs je peux pas m'impliquer. Soit ce jour là ils vont m'énerver particulièrement et, et puis je vais plus les envoyer bouler hein, parce que bon, y a des fois ça fait pas forcément de mal hein à un patient aussi de, pas toujours être dans l'empathie, euh, faut éviter d'être là-

dedans hein, tout le temps, tout le temps. Vous m'aviez demandé comment exactement ?

- Enfin, ce que vous ressentez,
- Oui ce que je ressens...
- Ces patients qui reviennent fréquemment,
- Mmm
- Finalement vous parliez aussi tout à l'heure, euh, qu'on peut pas les guérir
- Mmm
- Donc, comment on se situe quoi ?...
- Et ben oui, comme un récepteur, on accueille, on explique, parfois on compatie, euh, on propose des pistes, et puis on sait que le simple fait qu'ils aient pu parler et expliquer ça leur a fait du bien pour un certain temps et ils savent qu'ils peuvent revenir aussi. Donc moi j'accepte ce rôle là. Puis des fois, et puis des fois ben c'est très dur d'être face vraiment, à la toute puissance du patient en face qui démolit tout ce que vous proposez, parce que ça existe aussi hein.
- Mmm
- Celui qui démolit tout, qui démontre par A+B qu'il a pensé à tout, qu'il a déjà tout essayé, tout fait. Mais c'est pas grave, parce qu'il repart tellement content de vous avoir mis en échec. D'ailleurs il revient celui-là.
- Oui c'est ça...
- Il revient
- On lui a déjà tout fait mais il revient quand même...
- Il va revenir. Il va revenir puisqu'il arrive à vous mettre en échec et à un moment de sa vie où il est au dessus des autres. C'est génial hein, donc il va revenir. Il va essayer d'autres, mais il va toujours revenir à un.
- Mmm
- C'est comme ça.*rire* et ben faut accepter. Ben on se régale d'en d'autres endroits, d'en d'autres domaines et puis voilà hein. On est parfois la poubelle, c'est vrai. Ca c'est un rôle un peu poubelle du médecin. Et, faut pouvoir se reposer, aller faire des choses sympa après, puis en parler avec des collègues.
- Quand vous dites rôle poubelle, pour ces patients là ?
- Pour ces patients. Mais je pense que tout patient à un moment donné peut être euh un patient qui vient vous voir pour rien du tout, hein. Pour ces fameux symptômes où y a rien derrière, de médical ou de somatique.
- Et à chaque fois vous avez l'impression que c'est un rôle poubelle le fait que...
- Non, pas chaque fois, mais dans certains cas, ça, j'disais que c'est vrai que dans certains cas notre oreille c'est un oreille poubelle.
- Mmm
- Bon, en thérapie aussi. C'est-à-dire là on vient jeter tout ce qui est moche dans sa vie hein, et à nous de savoir en faire quelque chose et pas l'ingérer et le garder, parce que c'est nous qu'allons être mal.
- Donc là poubelle c'est pas péjoratif, c'est plutôt
- Oui, c'est*passage incompréhensible, on parle en même temps*Mais c'est pas le côté glorieux de la médecine.
- C'est pas visible, enfin
- C'est pas le côté glorieux, c'est pas celui dont on a envie de parler à la télé, à la radio,euh, dont on a envie de dire qu'il existe. Moi j'irais difficilement parler de ça à des patients hein, que des fois dans mon métier j'ai un rôle d'oreille poubelle. Ca a du m'arriver une ou deux fois de le dire mais à des gens qui étaient vraiment, qu'avaient besoin d'entendre que, j'pense qu'ils faisaient ça à plein de gens, il ne faisait pas qu'au médecin, il le faisait aussi dans leur famille, donc que ça ne faisait pas tant de bien que ça que de faire ça à tout le monde autour d'eux. Mais sinon c'est sûr c'est pas, c'est pas quelque chose que les gens imaginent.
- Mmm
- J'pense ils voient pas vraiment leur médecin comme ça. Mais c'est aussi ça.
- Peut-être les médecins non plus d'ailleurs...
- J'sais pas, ils vous l'ont pas dit, jamais dit ?*rire* Ils acceptent pas, mais ils le sont forcément.

- Oui, mais peut-être aussi enfin, est-ce que vous pensez qu'il y a besoin d'une préparation, enfin, y a certaine qualité...on ne peut pas tout savoir, comme ça d'emblée.
- Non. On reçoit d'office, d'emblée. Enfin, moi j'sais pas, j'fais ces formations Balint là, mais si j'ai un médecin qu'arrive, mais moi c'est terrifiant comme ils sont « poubelles » les pauvres, mais ils savent pas, ils savent pas encore se protéger. Mais c'est dès le début, mais même à l'hôpital, attendez les externes c'est terrible c'qui, c'qu'on leur balance dessus parfois. Alors non, ça c'est, ça démarre dès le début. Seulement effectivement on n'est absolument pas formés à ça. Alors après on psychologiquement plus ou moins résistants dès le départ. Ca c'est autre chose.
- Mmm
- Mais, mais c'est le début. Faut très vite comprendre, et que, on n'est pas obligé d'accepter tout. Quand j'dis qu'on a une oreille poubelle, y a des fois faut savoir dire stop, et non, là je veux pas. Où là, ben, j'sais pas par exemple, pour un médecin de famille, dans une famille où il y a vraiment quelque chose de monstrueux qui se passe. Et puis vous voyez défiler le mari, la femme, les gosses, la grand-mère et ils viennent tous vous balancer tout ça, mais faut dire stop. Euh, à un moment donné il faut dire, attendez je ne peux pas être au milieu de tout le monde dans ces cas là, parce que justement, on est au sein de tout ça et on se faire avoir et on va mal faire son travail. Donc là, savoir qu'on est ça, ça permet aussi des fois de dire non, stop, et c'est pas mauvais en face.
- Mmm
- Qu'ils entendent un jour quelqu'un qui leur dit, ce que vous balancez à la gueule de tout le monde c'est monstrueux, regard...regardez vous un peu fonctionner, comment vous pourriez faire autrement quoi.
- Mmm
- Et ça, les jeunes médecins, là je reviens d'une formation à Amiens, euh, mon dieu, c'est effrayant de voir dans quoi certains étaient pris. Et complètement englués, et, ne voyant pas que ils avaient droit, ben le droit de dire non, hein, des fois.
- Mais parce qu'on nous l'apprend pas...
- Tout à fait. Enfin, je pense hein.
- Donc ça, pour vous y a quand même aussi quelque chose aussi qu'est important de l'ordre de la formation par rapport, par rapport à ça.
- Ben oui, la formation médicale. Mais je crois que, en rien il peut exister une formation qui soit complète, euh, donc y a, on se forme avec tout ce qu'on apprend avant et après on s'forme, on continue à se former sur le tas, et puis vingt-cinq ans après j'continue à me former quoi. J'parle pas, évidemment avec toute l'évolution des technologies et tout, j'parle pas de ça, même dans la relation à l'autre et dans soi face à l'autre. On n'arrête jamais bon, c'est sûr qu'au bout de vingt-cinq ans on commence à avoir de la bouteille, mais, on peut aussi avoir des faux plis, hein.*rire*D'où l'intérêt de croiser des jeunes qui vous défroisse un peu*rire*.
- En fait c'est plus travail de soi, travail sur soi, avec d'autres
- Mmm
- Mais euh...
- Face à la, aux patients dont vous parlez j'pense que c'est énormément nécessaire de faire un travail sur soi oui. Sur le plan professionnel. Enfin, moi j'ai tendance à penser que, enfin bon tous les médecins que j'ai pu croiser, j'ai la chance d'en voir beaucoup, quand on croise un médecin qui a fait lui un travail personnel hein, une thérapie, une analyse, tout ce que vous voulez, c'est clair qu'il a, qu'il a quelque chose en plus. Et que dans son travail il fait quelque chose d'autre. Mais on peut pas demander à tout le monde de faire ce travail là, de la même façon c'est pas une indication pour tous les patients, hein
- Mmm
- Et qu'on voit bien que certains ne peuvent pas.
- Mmm
- Et ce ne seront pas de mauvais médecins pour autant, hein

- Mmm
- Donc, il faut, puis il faut toute sorte de médecin et toute sorte de personnes, très bien, donc...
- Et donc par rapport à ce que vous disiez de pouvoir recevoir ou pas la plainte...
- Mmm
- Et l'accompagner, parce que ces gens là justement reviennent souvent, y a quand même quelque chose qui peut aider qui est de l'ordre de cette formation.
- Ah sûrement oui.
- A l'écoute et à comment est-ce que ça nous fait...
- Oui, vous voyez c'est l'année dernière, la formation qu'on a faite à Lyon. La particularité de ceux qui se sont inscrits à cette formation, c'était qu'il y avait une grande majorité de médecins, de plus de 45 ans, donc des gens qui avaient plus de vingt ans d'expérience, voire même trente certains. Et qui n'avaient jamais entendu parler de Balint ou entendu parler et jamais fait de formation, puis qui s'étaient dit j'avais quand même aller voir ce que c'est. Et puis qui sont arrivés, c'est deux jours la formation hein, euh, donc au début ils étaient, moi quand j'travaille, j'ai pas de problèmes relationnels euh, je relationne bien, comme ils disent avec mes patients, ça s' passe toujours bien. Au bout des deux jours, ils étaient effarés de découvrir d'une part effectivement ils s'étaient pas si mal débrouillés dans des tas de circonstances, en ayant pas cette formation mais en apprenant sur le tas. Et d'autre part, que quand même, un certain nombre de fois où, de situations qu'ils sont passés à côté de quelque chose parce que ils disaient mais j'avais jamais mesuré à quel point c'était si complexe, et à quel point il se passait autant de choses, même en dix minutes de consult entre deux personnes, qui vont se revoir ou pas se revoir et à quel point y avait des tas de pistes à travailler et à quel point c'est riche et...et ils trouvaient que c'était un travail de dentellière en fait et qu'ils y étaient allés avec la grosse aiguille*sourire*et qu'ils étaient passés par..., et ils comprenaient aussi pourquoi des fois ils étaient si crevés, si fatigués, si las, pourquoi des fois ils étaient énervés. Donc voyez même avec des tas d'années d'expérience on peut encore, oui, découvrir des choses, voilà. C'est ça l'être humain, c'est un puissant, on trouvera toujours quelque chose*rire*
- Ce qui permet aussi du coup d'envisager du coup le métier différemment, d'avoir cette approche.
- Ah ben oui
- La variété elle se joue aussi dans cette dimension là.
- Tout à fait, voilà tout à fait.
- Pas seulement dans la diversité des pathologies.
- Tout à fait, exactement.
- Pour finir en fait j'voulais vous demander. Est-ce que pour vous prendre en charge ces patients-là ça fait partie complètement de votre rôle de médecin de famille.
- Ah ben oui, oui, y a pas photo. Ils iraient où les pauvres ?
- Mmm
- Pour vous c'est pas une gêne d'avoir ces patients ?
- Ah non, c'est pas une gêne, c'est, c'est notre pain quotidien donc si c'était une gêne ça serait embêtant, hein. Non, non, c'est pas une gêne. Moi c'est c' que je préfère hein*rire*, c'est ce que je préfère. Même si ils ont une pathologie grave en même temps, quoi, hein, voilà. Bon et ça empêche pas que des fois on se fait très très plaisir. Y a pas longtemps j'ai eu deux patientes coup sur coup, une jeune fille de seize ans, et une adulte qui sont venues me voir pour un vrai syndrome appendiculaire, comme on n'en voit plus. Qui ont été opérées, l'une elle était, elle démarrait une péritonite et elle avait un peu trop attendu pour venir, elle a mis quarante-huit heures pour venir et quand ils l'ont opérée...Et l'autre elle avait un bel abcès, donc deux vraies appendicites.
- Ca fait plaisir
- Ca fait plaisir aussi ça voilà, c'était une consult simple et on sentait que, on allait faire quelque chose et au bout on avait une vraie réponse, y a ça aussi en médecine.
- Mmm

- Et alors ça j'suis plus prête à l'abandonner. Quand j'dis que j'vais éventuellement évoluer vers devenir que psychothérapeute. Ca me manquera moins quand même ça.
- Oui
- Alors que le reste, si je ne devais plus faire du relationnel, ça me manquerait terriblement.
- Mmm
- Et du coup, enfin, c'est un peu, c'est la particularité un peu de ce travail là aussi.
- Oui, c'est pour ça que je dis, les arbres décisionnels là, qu'ils nous envoient, qu'ils vont même nous envoyer de plus en plus. Alors les patients viennent nous voir ils vous disent ça, vous leur posez telle question, si il répond ça vous faites ça, si il répond ça vous faites ça, alors là moi, ça me terrifie. Moi je me sauve en courant si on veut vraiment que j'fasse la médecine comme ça. Je m'en vais.
- Mmm
- C'est sans intérêt, ça n'est pas possible. Alors ça peut peut-être aider dans certaines, dans certains cas effectivement mais, pfff, qu'on nous laisse voir ils vous inventivité, notre créativité, et puis qu'on comprenne qu'en face de nous on a pas des gens qui ne vont suivre qu'un créneau, c'est pareil hein. C'est bien c' que j'vous dis. Certains ont des vraies pathologies puis ils ont aussi une autre souffrance ailleurs et ainsi de suite hein
- Mmm, vous parliez de mettre des gens dans des cases tout à l'heure...
- Mmm, mmm
- On peut éviter ça aussi...
- Ah oui, moi alors là, j'peux pas.*sourire*
- Ben, j'vous remercie.
- C'est bon ?
- J'voulais juste, en fait la dimension « psychothérapie », là dans votre exercice en ce moment, vous l'indiquez ? Enfin, vous l'avez sur votre plaque ?
- Je n'écris pas ça sur ma plaque non, parce que logiquement on peut pas écrire psychothérapeute sur sa plaque. Euh, les gens le savent, et, comme ça, par contre c'est un peu dit dans la salle d'attente, parce que on parle des tarifs et tout donc j'suis obligée de parler de ça et se sont deux clientèles différentes. Je ne soigne pas, j'suis pas le médecin de ceux que j'ai en thérapie. Et puis en plus je prends en thérapie c'est vraiment des patients dans la mesure du possible, dont je soigne absolument pas les membres de la famille. C'est vraiment un lieu neutre pour eux.
- Mmm
- Donc eux, quand j'peux avoir des plages stratégiques dans la journée
- Les moyens de formation MC en dehors de ce qu'est Balint.
- Pareil dès la première année d'installation je suis entrée dans un groupe qui s'appelait l'uniformec, l'aformec régional, où là toute l'année on choisissait des thèmes, en début d'année. Donc j'ai fait énormément de formations de ce genre aussi. Et je fais de l'homéopathie hein, donc j'ai aussi fait beaucoup de formation en homéo, où on faisait pas que de l'homéo mais aussi où on invitait parfois des, des, minces, des chefs de service hospitaliers sur des thèmes, donc y avait aussi cette formation là. Et puis j'en fait encore un peu des formations médicales. Mais là j'suis en train de lever le pied un peu, c'est tout un travail que d'abandonner la médecine, donc j'vois bien qu'à chaque fois que j'm'inscris quand même à une formation médicale, c'est que je suis encore en train de faire marche arrière donc, euh, là je vais un peu lever le pied là-dessus mais bien sûr j'en ai fait pas mal.
- Et du coup vous parliez d'homéopathie. C'est quelque chose qui vous aide pour les patients comme ça...
- Oui ah ben oui, tout à l'heure j'y pensais au début quand vous en parliez, et quand j'ai dit l'histoire des 8, 10 pour cent euh, de pathologies réelles et lourdes donc allopathie, tout le reste effectivement moi j'ai la chance d'avoir un autre outil.
- Pour vous c'est un outil justement ?

- Oui, oui. Je suis médecin généraliste. Au tout début je me suis présentée comme homéopathe, quand j'avais la formation. J'ai vite compris que j'étais pas homéopathe. Je suis médecin généraliste, l'homéopathie c'est, c'est à la fin de ma consult, c'est un outil, forcément ça donne sans doute une autre oreille et une autre façon d'écouter puisqu'on rejette pas les petits symptômes, hein.
- Mmm
- Si je suis allée vers l'homéo y a des raisons sûrement familiale mais aussi ça, c'est que effectivement, le patient qui va vous raconter, ça lui fait, j'sais pas que ça lui fait mal plus s'il boit chaud que froid, ça n'intéresse absolument pas le médecin allopathique classique alors que nous on va y porter de l'intérêt. Le fait qu'on porte de l'intérêt, déjà eux, ils se sentent écoutés autrement, donc
- C'est une médiation pour vous quoi.
- Tout à fait, mmm, mmm, mmm
- Dans la manière d'appréhender...
- Alors, après y a tout le mystère de qu'est-ce qui se passe bien avec nos granules ? J'ai, espoir qu'avant de mourir ils vont avoir trouvé*rire* une explication scientifique, mais bon*rire*
- En même temps c'est, j'trouve quelqu'un qui pratique du Balint, c'est c'est intéressant l'homéopathie parce que pour moi c'est
- C'est quoi oui ?
- C'est le fait que Balint c'est toute la théorie du médecin
- Médicament
- Médicament et du coup comment vous, vous avez, pour moi l'homéopathie, y a ça qui joue aussi enfin.
- Mais tout, alors ça oui, médecin médicament même si on est pas homéopathe.
- Oui, mais du coup
- Je suis pas sûre...J pense qu'il se passe quelque chose avec les granules hein. Parce que y a quand même des expériences scientifiques faites par les physiciens, non pas sur les patients, avec les pathologies, mais sur ce qui se passe dans l'infiniment petit qui est assez perturbante quand même.
- Mmm
- Et qu'est pas d'ordre chimique mais d'ordre justement physique, c'est pour ça que ça intéresse les physiciens. Peut-être un jour ils trouveront une explication, en médecine on se base que sur la chimie, la chimie et la biochimie, pour soigner, mais y a d'autres choses sûrement.
- Mmm
- Donc y a pas que ça. Mais par contre tout le pouvoir magique et presque mystique qu'emploient certains homéopathes avec leurs granules, c'est vrai que ça y a longtemps que j'ai démystifié moi, ça c'est clair. Et d'ailleurs, je ne vais plus dans aucune formation d'homéo, je ne peux plus. Je ne peux plus alors là, là on se retrouve parfois devant des médecins, ben c'est ça c'est le contre-pouvoir. C'est-à-dire que vous avez des patients qui sont dans la toute puissance et des médecins tout puissants. Alors y en a de partout mais j'trouve que j'en ai croisé beaucoup du côté des homéo.
- C'est ça qui vous gêne dans les, dans ces rencontres là.
- Quand on croise ceux-là, puis y a ceux, y a plein d'autres raisons, y a aussi tous ceux qui se réfugient derrière ces granules pour justement pas aller faire autre chose parce qu'ils en ont peur du réel. On le voit bien y a des patients, euh des médecins j'veux dire, dès qu'il fallait mettre un antibiotique, par exemple : ben allez voir votre généraliste moi j'suis l'homéopathe.
- Mmm
- Donc c'est un moyen de protection. Y a plein de choses, mais ça les regarde hein
- D'accord, très bien, j'vous remercie beaucoup.

Entretien M

- Donc je fais mon étude sur les médecins généralistes.
- Oui
- Face aux patients qui présentent des symptômes biomédicalement inexpliqués, donc
- La quatrième dimension ?
- Voilà,*sourire* Est-ce que ça vous évoque la situation de certains de vos patients ?
- Oh la oui.
- D'accord. Pour commencer l'entretien est-ce que vous pourriez me dire en quelques mots pourquoi vous avez fait de la médecine générale et ce que vous aimez dans votre travail aujourd'hui.
- *sourire* Pourquoi j'ai fait de la médecine générale. Euh, pourquoi j'ai fait de la médecine générale, bonne question.*rire*
- *rire*
- Euh, pfff, les circonstances de la vie quoi. Bon je fais de la médecine parce que j'avais envie de faire de la médecine ça c'est sûr, euh, bon j'ai un cursus un peu particulier, euh, ouais, j'voulais faire comme tout le monde une spécialité, j'ai passé l'internat, j'ai commencé une spécialité, j'en ai eu marre, j'ai arrêté et puis j'ai fait de la médecine d'urgence et puis euh j'voulais faire une grande carrière à l'hôpital et puis au bout de quelques années d'hôpital j'me suis rendu compte que c'était pas ma voie et mon prédécesseur laissant son cabinet, étant mon médecin généraliste lui-même, j'ai repris son cabinet pour faire de la médecine générale, chose que je n'avais jamais faite dans ma vie. Voilà.
- D'accord, et aujourd'hui vous êtes...
- Aujourd'hui, euh, ouais, j'suis très content de faire de la médecine générale parce que c'est très, c'est intéressant, mais tout ce qu'est intéressant c'est pas tellement la médecine en elle-même, c'est euh, la relation qu'on a avec notre, notre patientèle. Mais voilà quoi après bon le gros point noir, c'est trop de travail, euh, euh, trop de pression de la caisse, trop, trop de choses comme ça, quoi. TROP de travail. Voilà.
- Mais vous regrettez pas, dans la médecine, ce...
- Non, non, non, pas du tout, non.
- Cette manière de pratiquer maintenant.
- Non, non, non, pas du tout, non. Non, non, en fait effectivement, j'crois que je pourrais pas faire autre chose.
- C'était ça en fait que vous attendiez*sourire*
- Sûrement. Sûrement en fait.
- Donc, voilà, pour revenir au sujet. Donc, rapidement, est-ce que vous pourriez me parler, me donner un exemple de patient, de patiente, qui vous vient à l'esprit quand je vous parle de symptômes biomédicalement inexpliqués.
- J'ai, j'en ai tellement de patientes comme ça, euh. De patientes que je vois régulièrement pour euh, pour soigner des symptômes hein. La fatigue, le mal de tête, mal au ventre quoi, en gros, c'est soit les trois associés, soit l'un, soit l'autre, soit toujours le même quoi.
- Mmm
- Voilà.
- Et vous en faites quoi de ces patients ?
- Qu'est-ce que j'en fais ?
- Comment vous vous y prenez avec elles ?
- Ben, bien sûr, on les examine, on leur fait quelques bilans biologiques pour les rassurer sinon ils croient pas ce qu'on dit. Puis après on essaye de leur expliquer, on essaye de savoir ce qui, ce qui pourrait les, leur faire euh, leur faire admettre notre théorie et puis en fonction, on leur dit j'sais pas, que c'est le stress du boulot, qu'c'est le stress des enfants, que ils digèrent mal, qu'ils ont l'intestin paresseux, enfin...
- Votre théorie, vous dites leur faire accepter notre théorie, votre théorie c'est, pour vous c'est quoi ces symptômes ?
- C'est trouver quelque chose qui, comment dire, j'sais pas euh, faut, faut que quand on a fini d'leur expliquer ils disent oui, oui, j'pense que vous avez raison docteur, c'est

sûrement ça. Ça les empêche pas de revenir après quoi, parce qu'ils croyaient qu'on allait les guérir. Mais euh

- Et...
- Et on n'y arrive pas toujours hein.
- C'est des patients qu'on voit souvent finalement.
- Qu'on voit régulièrement, qu'ont toujours la même chose.

- Finalement l'explication elle ne leur suffit pas définitivement.

- Peut-être pas définitivement, puis après y a l'explication qu'ils admettent et puis y a les symptômes qu'ils ressentent quoi. Donc eux ils viennent pour qu'on essaye de les guérir de leurs symptômes. Ils viennent dans un premier temps, souvent pour qu'on essaye de trouver un diagnostic et même de mettre un nom sur leur maladie. Euh, donc, grâce soit à l'examen clinique, soit à une explication, soit avec des examens biologiques, hein. C'est indispensable pour qu'ils y croient. Pour mettre un nom dessus, ça semble difficile, et puis surtout il faut qu'on leur donne des médicaments pour les guérir.

- Mmm

- C'est là le plus dur.

- Vous vous aidez de quel type de médicaments ? Ou d'autres choses que des médicaments ?

- Oui alors y a, y a d'abord les médicaments qui sont symptomatiques, quand ils ont mal à la tête c'est du paracétamol, quand ils ont mal au ventre, ben c'est un antispasmodique ou du paracétamol euh. Quand ils sont fatigués euh, c'est des ampoules, euh, ils aiment bien les ampoules hein donc, des ampoules de ce qu'on veut, de mag 2, de magnésium, d'arginine, enfin des choses, des ampoules, ils aiment bien les ampoules. Puis vraiment quand c'est grave, enfin quand c'est grave, quand ça évolue vraiment ou vraiment qu'on en a marre, c'est l'antidépresseur. Soit pour le médecin, parce qu'il en a marre de les voir, soit pour le patient. Donc en général, moi j'les donne toujours au patient.

- D'accord donc ces patients-là quand vous les voyez arriver, c'est pas, enfin vous ressentez quoi face à ces patients ?

- Ben j'me dis, qu'est-ce que j'vais leur trouver, qu'est-ce que je vais leur dire ?

- Donc une certaine appréhension quand même à, à prendre en charge ces...

- Certains, y en a qui sont rigolos et puis y en a d'autres qui sont, qui sont casse-pieds, qui veulent euh, qui veulent des scanners des IRM, des trucs à pas en finir quoi, des choses qui sont, qui tiennent pas debout quoi.

- Ce qu'est casse-pied chez eux c'est leur demande itérative de, ou le fait qu'on les guérisse et que ...

- C'est l'ensemble, hein, c'est surtout non, c'est surtout cette demande hein, cette pression faut toujours avoir quelque chose, quelque chose et puis surtout en arrière pensée de ce dire qu'un jour ou l'autre ils vont venir et ils vont avoir quelque chose et on passera à côté à tous les coups quoi. Ça c'est agaçant quoi.

- Ça vous y pensez quand ils viennent.

- Ah oui, oui, oui, on y pense hein. Oh chez une petite jeune de vingt ans pas trop, mais quand ils commencent à être un petit peu âgé on se dit le jour où vraiment y aura un pépin ben c'est sûr qu'on tombera, qu'on passera à côté. C'est clair et net.

- Et euh, quand vous vous commencez à vous dire que derrière les symptômes qu'ils présentent y a pas forcément une maladie euh, qu'on peut étiqueter

- Mmm

- Euh, vous en parlez avec eux assez facilement ? enfin comment ça se passe ?

- Oui, oui enfin pas, pas la première fois parce que il faut des arguments quoi, il faut que j'ai fais un minimum de bilan, examiné une ou deux fois euh, j'leur explique qu'y rien quoi, que, alors c'est quand même théorique, ça dépend des gens que j'ai en face hein, dans la cité y a quand même pas mal de gens qui parlent pas bien le français, donc j'me débrouille comme je peux, mais c'est

sur que ça passe beaucoup par les médicaments, c'est le, c'est le

- Mmm

- C'est le médicament magique, hein.

- Mmm

- Pour tout quoi. Et puis pour ceux qui sont un peu plus, où la communication est plus simple, où qui sont plus comme on dit nous cortiqués, qui sont capables d'assimiler qu'il y a des symptômes qui sont pas forcément liés à des maladies alors, soit, soit des somatisations, soit c'est effectivement des douleurs, parce qu'on peut avoir mal sans explication, parce que notre organisme n'est pas une machine parfaite et puis on peut avoir des douleurs pour des raisons X, Y quoi.

- Mmm

- Ou des maux, ou voilà.

- Vous parliez de stress tout à l'heure, vous pensez enfin, souvent vous trouvez des situations...

- Ben oui, une grande majorité y a un problème de stress d'angoisse, euh, les mères de famille que je vois qui sont toujours fatiguées euh, euh, qui sont toujours énervées, bon ben oui c'est normal, j'veux dire, y a le mari, y a les cinq, douze enfants qui sont là, y a souvent la délocalisation hein, c'est normal qu'il y ait des choses qui pèsent quoi.

- Mmm. Et du coup vous arrivez à leur dire que ce qui les pèse c'est ça qui leur...

- Mais j'leur dis oui, oui, oui. Ben pour certaines, et j'dis certaines parce que c'est quand même typiquement féminin quand même hein, euh, elles me disent oui vous avez raison ou pas, mais elles reviennent quand même. J'en ai une ce matin, ça fait des années qu'elle vient me voir pour la même chose. Et voilà quoi.

- Et du coup, elle vient chercher quoi ?

- Toujours le médicament. Le médicament, parce que une fois elle avait mal à la tête, bon là j'ai réussi à la guérir, j'lui ai donné quelque chose qui fait du bien à la tête mais enfin elle a toujours mal au ventre.

- Mmm

- Bon c'est sûr qu'elle est constipée en plus, donc de temps en temps faut donner des vrais produits pour la déboucher. Mais bon si elle est constipée c'est sûrement aussi parce que, parce que y a le stress surajouté parce qu'elle a pas des règles d'hygiène de vie nécessaires à avoir un transit normal. Enfin, tout est intriqué quoi et effectivement ce matin pour la première fois j'l'ai mis au Prozac quoi.

- Mmm

- Parce que fallait bien faire quelque chose quoi.

- Et vous lui avez présenté comment ?

- Oh j'ai dit que c'est un médicament qui allait l'aider à être moins stressée.

- Et...

- Ou moins énervée.

- Mmm

- Oh elle l'a accepté hein. Mais bon je suis sûr qu'elle va revenir me voir dans une semaine ou dans un mois, elle aura arrêté de le prendre parce que, elle va le prendre comme peut-être les autres, ça va aller mieux parce qu'elle a pris le médicament, j'suis pas sûr que c'est la molécule qui a fait quelque chose.

- Mmm

- Elle va trouver que ça va aller mieux et pff elle va arrêter.

- Mmm

- Et rebelote elle va revenir me voir dans quinze jours, trois semaines pour la même chose.

- Mmm

- En même temps chez ces patients y a un besoin de revenir voir leur médecin.

- Oui, oui, c'est sûr, y a ça aussi, oui bien sûr être rassuré, toujours rassuré, mais bon moi j'ai une situation un peu spéciale, j'suis pas sûr que ce soit la même qu'on trouve ne serait-ce qu'en face mais euh, la mienne, oui on consomme beaucoup de médecin et bon on a besoin toujours d'être rassuré, toujours, toujours.

- Mmm

- Une grande angoisse face à la maladie.

- Est-ce que vous avez, enfin, pour la prise en charge de ces patients-là, euh, la place des spécialistes pour vous ?

- C'est, elle est limitée hein, elle est limitée, c'est toujours l'arrière pensée de dire faut pas passer à côté de quelque chose mais euh, voilà, c'est extrêmement limité hein, pour tous les, oui les grands syndromes c'est ça, c'est la tête, la tête le ventre quoi, hein

- Mmm

- Euh, bon, un scanner cérébral c'est vraiment très exceptionnel quoi, c'est vraiment soit parce qu'ils sont très, très inquiets et ils ont besoin vraiment d'être très rassurés et puis euh, j'veux dire on peut passer à côté de quelque chose, mais j'y crois pas. Et peut-être je me dis en ayant fait cet examen au moins ils me laisseront tranquille là-dessus. Et puis quand ça revient chaque fois, à chaque consultation, on se rend bien compte que tant que l'examen sera pas fait, non, on a beau leur dire tout ce qu'on veut, ils auront toujours ça.

- Mmm

- Moi j'en ai une, ouais cette fois j'lui ai fait faire son scanner. Elle a toujours mal à la tête mais elle m'en parle quasiment plus.

- Mmm

- Elle continue à dire que de temps en temps elle a un peu mal la tête mais elle m'en parle plus, elle me parle d'autre chose. Elle me parle pas de c't'histoire.

- Mmm

- Et puis le ventre, bon ben, en fonction du contexte, parfois j'envoie chez le gastro, mais c'est rarement quoi, et c'est pas difficile parce que le gastro il va les prendre en charge, c'est sûr il va faire gastro, il va faire gastro, colo, systématique, quoi.

- Donc en fait, vous dites systématique, ça veut dire que ces patients là vous les connaissez donc une certaine adaptation aussi à...

- Bien sûr oui,

- La personne

- Oui, oui, si y a pas de symptôme inquiétant euh, j'vois pas, oui voilà, enfin c'est la médecine quoi, si il me dit que son père, son grand-père, son oncle, ont eu un cancer du colon, j'vais être plus, j'vais plus rapidement envoyer chez le spécialiste, même si j'pense qu'y a rien mais bon, voilà quoi.

- D'accord. Est-ce que par rapport à la prise en charge de ces patients là vous vous sentez préparé, formé. Est-ce que vous pensez qu'il y a besoin de quelque chose de particulier pour ces patients-là, pour prendre en charge ces patients-là ?

- Peut-être, mais bon, j'pense qu'on est pas préparé mais euh, j'crois qu'c'est tellement euh, c'es tellement individuel, bon au sein de ma patientèle y a tellement de cas différents que j'sais pas si j'pourrais trouver vraiment des choses euh, pile, poil, pour moi, une méthode ou une conduite à tenir, euh. Non, j'crois qu'il faut à la fois rester professionnel et être sûr que ce qu'il nous dise c'est, c'est, qu'y a rien d'organique, en être sûr. Avec j'pense un minimum de feeling, un minimum d'examen clinique, et un minimum d'examen paraclinique.

- Mmm

- J'pense qu'on y arrive quand même. Et puis après faut essayer d'être à leur écoute pour voir quelle voie prendre pour essayer de les rassurer.

- Mmm

- Et de leur expliquer ce qu'ils ont. Parce que leur dire que c'est pas grave, qu'ils peuvent vivre avec, si vraiment c'est trop dur on va essayer avec des médicaments et que, voilà j'crois que la vie elle faite parfois de maux divers et faut vivre avec quoi.

- Donc vous votre, votre arme du coup j'entends, c'est l'écoute quoi. D'écouter, de partir de...

- Ah ben oui, oui, parce que quand même quand ils viennent il faut qu'on les écoute, et euh de toute façon que ce soit organique, pas organique, si vous les écoutez pas, ils ont pas l'impression d'avoir été bien soignés même si au bout du compte vous

- Faites la même chose...

- Vous faites la même chose...Parce que quand même malgré tout en médecine générale tout ce qu'on voit, y a quand même, j'dirais presque, j'caricature peut-être un peu mais pour la plupart, quand ils franchissent votre porte vous savez déjà ce qu'ils ont et ce que vous allez leur donner. On commence à peine l'examen clinique, vous savez déjà, presque vous connaissez déjà votre ordonnance. Bon, et si vous les laissez pas parler, raconter ce qu'ils ont à raconter, ils vont pas vous croire, ils vont pas avoir l'impression d'être bien soignés. Même si votre prescription elle est parfaite.

- Mmm. Donc ça c'est quelque chose d'important dans la manière dont on exerce...

- Ben oui, ça me paraît fondamental hein.

- Est-ce que votre prise en charge de ces patients-là elle a évolué au cours du temps. entre le moment où vous vous êtes installé et ...

- Oh ben sûrement oui, sûrement.

- En quoi, en quoi, vous pensez ?

- Moi j'avais pas l'expérience de médecine générale donc ça a forcément évolué. Au début euh, au début, sûrement que, qu'est-ce que je faisais au début ? Non, j'crois qu'j'ai, j'peux pas dire qu'avant je faisais plus d'examens paracliniques parce que j'pense, enfin, alors bien sûr, j'crois qu'j'ai un sens clinique, euh, assez, assez bon. Le fait d'avoir pratiqué beaucoup d'urgence on développe vite un sens clinique et un feeling sur les choses. Mais euh, sans doute être plus à leur écoute justement parce qu'au début sûrement j'étais euh, j'étais sûr de ce que je devais leur dire et puis ils revenaient toujours pour les mêmes choses, alors après effectivement j'ai appris à les écouter et à essayer de trouver dans leur discours ce quoi je pouvais rebondir pour leur, pour leur glisser que ça vient de là, que c'est pas grave.

- D'accord. Et ça pour vous ça se travaille ? Enfin, vous l'avez...

- Oh c'est l'expérience hein.

- L'expérience.

- Oui, oui

- Mmm, d'accord. Faut pas penser, il faut pas dire euh, moi je sais tout il me raconte que des conneries, ils ont rien euh. J'vais leur dire, tiens, y en a bien qui arrivent vous avez rien, arrêtez de m'emmerder avec ça. Euh, j'vous donne des médicaments parce que si ça leur fait trop mal j'vous le donne, puis ça va vous rassurer, mais bon arrêtez de me parler de vos histoires.

- Donc faut avoir un minimum de capacité ou de goût à écouter et puis à le prendre en compte.

- Voilà, voilà. A le prendre en compte hein, et puis j'vous dis, à discuter hein, avec certains j'vais, j'vais avoir un discours très scientifique même si parfois j'peux pas dire grand-chose mais très scientifique hein, bien, puis d'autres j'vais plaisanter on va parler de bêtises, voilà.

- Et est-ce que du coup pour vous, enfin, la prise en charge de ces patients qui n'ont pas de...enfin, qu'on ne peut pas mettre dans des cases*sourire*

- Mmm

- Dans nos cases habituelles, pour vous ça fait partie vraiment de votre travail. Vous considérez que ça fait partie de votre rôle de prendre en charge ces patients ?

- Oui, oui, ben le rôle du médecin c'est pas, c'est pas que, j'dirais pas que de soigner les maux, les maux du corps, c'est aussi soigner les maux de l'âme, les maux de l'esprit euh, voilà quoi. C'est un ensemble le corps humain, hein

- Mmm

- C'est pas, c'est sûr que ça se soigne pas qu'avec des médicaments après encore une fois y a des patients qu, qui ont la culture du médicament c'est plus difficile, c'est sûr, mais bon, on fait avec.

- Mais de votre côté pour vous ça fait partie entièrement de votre travail que de

- Ben oui

- De voir ces patients, euh

- Oui, de toute façon même dans, dans la, tous les patients qu'on voit toute la journée

- Mmm

- Y a une majorité de patients qui n'ont rien à faire chez nous qui viennent nous voir, c'est, pour pas grand-chose, même j'dirais, la goutte au nez, le rhume, j'prends cet exemple bête, le rhume. Aller voir un médecin pour un rhume, mais vous n'avez qu'à vous moucher puis voilà. Ils viennent parce que, parce que ils veulent le médicament, parce qu'on les rassure, on les écoute, on prend la tension, machin, et voilà.

- On souhaite la bonne année*sourire*

- On souhaite la bonne année, voilà. Non, mais, puis ils partent guéris hein.

- Mmm

- Et le médicament il marche. Et des vrais malades on n'en voit pas tant que ça. Bon y en a quand même qui ont besoin de nous sur le plan médical, les épidémies euh, bon effectivement la gastro, mais bon c'est pareil la gastro, les conseils d'hygiène c'est bon on passe hein, bon y a les bébés c'est sûr faut faire attention, on dépiste des choses mais ...c'est pareil.

- Donc, ils viennent nous voir et ils sont guéris à la sortie, mais pas forcément par les médicaments.

- Pas forcément par les médicaments. J'caricature sûrement dans ce que je dis, hein, c'est sûr, mais y a un peu de vrai quand même dans c'que j'dis, on le voit bien hein. D'ailleurs les gens qui fréquentent assidûment les cabinets médicaux euh, qui sont jeunes, qu'ont aucune tare particulière, hein, c'est de cet acabit l'explication hein. Les gens que je vois deux fois par an, ben, si ils viennent me voir c'est vraiment qu'ils sont malades. Le type de vingt-cinq ans qui vient me voir deux fois par an, le type il a quarante de fièvre, il tousse, il a quelque chose lui, il est vraiment malade quoi.

- Mmm

- Mais le type que je vois deux fois par mois parce qu'il a la goutte au nez, il a envie d'être rassuré c'est pas possible. Ou de ne pas aller travailler. C'est un autre problème.

- D'accord, et finalement est-ce que vous sentez qu'il y a quelque chose de particulier dans l'exercice de la médecine générale qui fait aussi que on peut prendre en charge ces patients différemment, enfin ces patients, les patients ?

- Les patients ?

- Justement, lié à la manière dont ils viennent.

- On n'est pas au*...* j'pense qu'on les prendrait mieux en compte si on avait moins de travail, et plus de temps à leur consacrer, hein.

- Et en même temps, enfin j'veux dire, y a déjà quelque chose dans le fait peut-être de les connaître ...

- Ben oui...

- Dans leur quotidien qui fait que...

- Ben, c'est-à-dire les connaître euh, j'sais pas moi, bien connaître les patients c'est, c'est un gros avantage puis c'est un gros inconvénient ces gens-là. Bien les connaître c'est un avantage parce que, parce qu'on est sûr qu'ils ont rien, mais c'est un inconvénient, c'est qu'à force de bien les connaître et d'être sûr qu'ils ont rien, le jour où ils auront quelque chose on s'en apercevra pas.

- Ca vous est déjà arrivé ?

- Euh, j'ai l'impression mais je me souviens pas donc euh, enfin, non, j'crois pas non, euh, pff. Non, j'ai l'impression, mais ça doit pas être quelque chose de bien grave. Euh.

- Donc en fait on évoque cette peur justement de passer à côté, puis euh

- Mais c'est toujours idiot quand y a quelque chose même si c'est pas grave, non de grave, non, j'ai pas j'ai pas, j'veux pas dire de bêtise, j'ai pas ce souvenir euh, j'ai pas de souvenir précis, récemment de malades, Non, j'ai pas de souvenir précis, mais bon, ça peut arriver.

- Bon, j'crois que j'ai fait le tour un petit peu de la question, j'vous remercie. J'voulais juste, question concrète, vous demander votre année d'installation.

- Euh, 2000

- Et euh, le nombre d'actes que vous faites à peu près par jour ou par semaine. Vous travaillez comment ?

- Moi, j'travaille tous les jours sauf le Jeudi. Donc euh, ça fait entre 40 et 50 par jour

- D'accord

- Ca donne autour de 200 par semaine.

- D'accord et vos moyens de formation habituels ?de formation continue

- Aucune, j'lis des fois un peu gadget, tinton et milou et sinon, non.

- Vous recevez les labos.

- Oui je reçois les labos, je reçois les labos, mais on peut pas parler de formation les labos, oui, ils nous apportent rien sinon que leur produit il es toujours meilleur que les autres. Non, moi j'ai pas le temps de me former, j'sais pas c font les confrères mais moi j'ai pas le temps.

- Mmm

- Et vous faites quoi comme horaire, vous fonctionnez comment ?

- Je démarre à 8h30, jusqu'à midi puis j'essaye de faire mes visites juqu'à quinze heures, puis de quinze après jusqu'à 18, 19 ? 19 en général,

- D'accord.

- J'suis mi-temps à l'hôpital, donc j'suis en général trois Jeudi sur quatre à l'hôpital.

- Oui donc vous continuez à l'hôpital, en vac... euh vous faites quoi ?

- J'suis au SAMU

Entretien N

-

- Ca reste confidentiel, voilà, pour commencer l'entretien, j'aurais aimé que vous me disiez pourquoi vous avez choisi la médecine générale et ce que vous aimez dans votre travail aujourd'hui. Et ce qu'est plus difficile aussi.

- Moi, j'ai toujours eu envie de faire de la médecine depuis que je, ouais, qu'j'étais ado, j'ai pensé faire médecine, au départ j'ai fait médecine générale mais je ne suis pas médecin classique puisque j'ai, j'ai pour principe de, de cerner le plus vite possible et d'aller le plus profondément possible dans la, dans la, comment dire, dans la compréhension du fonctionnement du pathologique ce que nous apprend pas la médecine d'ailleurs. En dehors d'un problème enfin..., des vraies pathologies. Toute la médecine fonctionnelle bon ça si vous voulez j'vous parle longtemps, j'aurais pas le temps. Donc face aux symptômes qu'on n'explique pas en médecine traditionnelle, et on dit les gens n'ont rien, c'est comme ça qu'on fait des cohortes de mécontents parce que les gens ne sont pas écoutés. Moi j'suis convaincu que les gens ont des tas de symptômes, qui sont vachement, qui sont pas graves mais qu'il faut savoir capter leur message et surtout leur renvoyer une, en réponse, une explication qui soit cohérente avec eux. C'est surtout ça aussi. Sans, sans faire des grandes théories quoi. J'aime, j'aime écouter les gens, leur apporter une réponse à leurs doléances, point. C'est pour ça que les moyens sont bons. Je me sers d'allopathie, c'est minoritaire. J'fais de l'homéo, j'fais de l'ostéo, j'fais de la méso.

- Donc quand j'vous parle de symptômes biomédicalement inexpliqués pour vous c'est pas quelque chose d'inconnu, enfin...

- Je n'aime pas ce terme de biomédicalement inexpliqué.

- Vous diriez comment ?

- J'vais être dur. Que les médecins ne savent pas expliquer eux-mêmes.

- Mmm

- Très souvent parce que, ils peuvent pas se remettre en cause. Moi, quand un mec me dit euh un truc bizarre, la première question que je me pose, d'abord je le fais répéter, j'fais préciser puis, j'me dis et puis si un truc me

paraît incohérent, à moins que le gars soit fou, mais c'est rare, ben j'me dis tiens il a une bonne raison de te dire ça. Effectivement, j'veais chercher à comprendre pourquoi il me dit ça, j'veais pas lui dire comme font certains, parce que la médecine nous a appris que on avait tel et tel symptôme que, effectivement, ça n'existe pas. Le gars qui vient et qui souffre, il a une raison de souffrir, des fois c'est pas évident hein, c'est sûr, c'est pour ça que les spécialistes ils s'en foutent, ils s'en tapent les doigts, c'est pour ça que je suis pas, je me suis pas dit spécialiste moi, j'ai besoin des spécialistes quand j'ai des cas limites mais, les spécialistes j'me dis, moi je serai pas spécialiste, j'peux pas être spécialiste, parce que c'est réduire l'homme à, en cartels bien découpés et ça pour moi, c'est, c'est antinomique avec la médecine, c'est pas possible.

- Tout à l'heure vous parliez de pathologie fonctionnelle, ça fait résonner ça comme, quand...

- Bien sûr, les dysfonctions existent. Elles sont niées par la médecine. Faut dire ce qui est, dans le discours actuel, oh il commence à changer un peu, mais elles sont niées alors que ça existe. Parce que, sous prétexte qu'une échographie va être négative, on va dire qu'il a rien, ça veut pas dire une échographie négative qu'un organe ne souffre pas.

- D'accord.

- Est-ce que vous pourriez me parler d'un patient ou d'une patiente comme ça, pour me donner un exemple.

- Alors simplement j'voudrais vous dire une chose

- Oui

- J'ai pas énormément de temps, j'veous ai dit hein, j'veous accorde

- Oui

- Vingt minutes, une demi-heure maximum.

- Tout à fait. C'était à ça que je m'étais engagée.

- Ben un patient, tiens, j'peux vous en prendre un de ce matin, un fonctionnel que j'ai vu, qui est un type qui a soixante-quinze ans, qui est un rhumatisant et qui, pff, qui est un mal dans sa peau mais qui a toujours refusé l'allopathie, enfin. Il fait de la déprime chronique plus ou moins. Il a jamais voulu accepter quoique ce soit, bon il se plaint toujours de doléances, de douleurs d'un peu de partout, il a probablement un canal lombaire étroit, il avait refusé le scanner. Bon et donc, comme là il commençait à devenir emmerdant j'l'ai envoyé voir un neurologue, il a vu le neurologue la semaine dernière et évidemment comme il a très confiance en moi, parce que j'l'ai quand même soulagé plus d'une fois. Ben le neurologue veut que je fasse un scanner. Bien sûr. A l'examen clinique c'est ce que confirmait le neurologue on ne trouve rien de particulier si ce n'est que, des doléances point. Et par contre ça peut coller dans un canal lombaire étroit débutant chez un obèse, qui par ailleurs qu'est diabétique, hypertendu, bon puis qu'a soixante quinze ans. Donc ce gars là, chaque fois que je lui fais de la méso ça le soulage bien, mais j'lui ai dit que la méso était limitée dans son cas et que ça ... C'est typiquement le gars ce qu'il a retenu du neurologue, le neurologue lui a dit ben monsieur vous n'avez rien. Erreur fondamentale.

- Et vous vous lui dites quoi alors plutôt.

- Alors il lui a dit vous avez rien, mais c'est ce qu'il a entendu lui.

- Mmm

- Alors une fois de plus docteur j'ai rien. Euh, moi c'est possible que je vous dise c'qu'il a, parce qu'en fait il a des douleurs, il a quand on lui fait de l'ostéo comme moi, on trouve bien c'qu'on appelle, au niveau, tout c'qu'on appelle des fascias en ostéo, j'veais pas rentrer là-dedans parce que ça c'est un domaine qui vous est étranger. On trouve des problèmes indiscutables, des tensions de tissus, de c'qu'on veut qui peuvent être à l'origine de douleurs. Bon ça j'lui explique et ça il l'entend et il le comprend.

- Mmm

- Et c'est vrai qu'on peut atténuer de manière très sensible tout ça. Bon il veut pas maigrir donc j'lui explique aussi que ne voulant pas maigrir il imposait des contraintes mécaniques donc quelque part il l'entretenait mais, quelque

part, oui, le discours passe bien et surtout j'lui do..., moi j'le gave pas de trucs.

- Mmm

- Ca c'est une chose.

- En fait, vous pensez que ce qui lui convient c'est d'avoir une réponse quand même à...

- Lui il a une plainte, il est simple, sans être vache, il est assez bas au niveau cérébral, mais, c'est pas parce qu'il est bas au niveau cérébral, il a des plaintes qui sont fondées sur quelque chose, j'en suis convaincu. Alors que jusqu'ici, il avait des, des réponses basement stupides de la médecine qui disait non, ce type là il nous emmerde.

- Mmm

- C'est le discours qu'on entend beaucoup.

- C'est pour ça qu'il y a des gens qui bouffent des sommes de médicaments.

- Mmm

- Ca, dans la médecine actuelle, c'est ce que l'on voit de plus en plus.

- Donc la part « d'écouter le patient » pour comprendre son symptôme, vous parliez d'écoute...

- Elle est fondamentale. Elle est fondamentale. Euh, ce dont j'ai l'impression moi c'est que les spécialistes sont des gens obnubilés, alors c'est bien d'être obnubilé pour éviter de passer à côté d'un truc, mais, j'dis pas qu'ils font tous des conneries, mais ils sont obnubilés par le truc grave et du moment qu'ils ont pas trouvé le truc grave, bon, ben allez, on les jette, basta. C'est le dis... En tout cas c'est comme ça qu'c'est vécu dans ma clientèle.

- Mmm

- C'est comme ça, que si vous voulez je recrute énormément, j'ai beaucoup de monde parce que les gens en ont marre de se faire traiter de manière lourde, euh, inappropriée, parce que Dieu sait, j'sais pas en quelle année vous en êtes en médecine mais, moi j'suis ahuri de voir les traitements, notamment les traitements des migraines.

- Mmm

- J'en suis alors, c'est un non sens, mais bon, c'est la mode.

- Vous les migraines vous les traitez euh... J'imagine l'ostéopathie doit beaucoup aider pour...

- Je fais, là j'ai plusieurs cordes à mon arc, j'fais de l'ostéo, de la méso et de l'homéo... et de l'écoute. Et avec ça... Et très peu de médicaments.

- Mmm

- Alors que les cocktails des migraines, moi je parle des migraines, les vraies hein, j'parle pas des céphalées de tension, ça c'est mon affaire. Les vraies migraines, moi j'les atténue alors j'dis pas que j'les soigne toutes, c'est pareil, mais, dans le pourcentage des migraines, je suis arrivé chez les vrais migraineux à avoir des diminutions, des gars qui viennent avec des cocktails ; moi ceux que je prends ils ont des antidépresseurs, des Béta-bloquants, toutes les, j'sais pas ce que c'est ces molécules, Neurontin, enfin toutes ces saloperies, c'est des trucs à rendre malade les gens.

- Mmm

- C'est tout. Et moi c'est vrai, je ne plais pas aux labos, parce que si je prescris deux boîtes de Zomig par an, c'est le bout du monde. J'leur dis, ben oui de temps en temps ils sont obligés de prendre du Zomig. Quand j'entends Zomig, traitement de fond de la migraine, ça me fait hurler, c'est tout.

- D'accord. Et donc, quand vous avez des patients euh, j'allais dire, surtout quand vous les connaissez pas encore et qui arrivent avec des symptômes qui de manière classique comme vous dites ne correspondent pas à une maladie.

- Ah ben attendez, j'fais quand même toujours un examen, là j'veous dis je reste simple. J'crois que c'est pour ça que j'ai horreur qu'on me prenne pour..., je suis très carré dans ce que je fais, même si j'ai des orientations différentes de la médecine moderne, j'ai horreur d'une chose c'est quand quelqu'un me dit que je fais de la médecine parallèle, alors là j'l'envoie chier, j'lui dis mais

attendez monsieur j'suis pas un charlot, non, non, j'sais encore quand même les grands principes de médecine, et heureusement ! Et c'est d'ailleurs ce que je fais, j'élimine quand même, j'ai toujours l'arrière pensée, mais, tout en ayant une, une directive de faire les examens nécessaires qu'il faut, j'ai une écoute, et puis j'ai un sixième sens qui me font penser que...

- Mmm. Donc j'veux dire vous au départ vous passez quand même par des explorations
- Evidemment
- Paracliniques...
- Ben évidemment. Mais on voit très vite les fonctionnels des autres.
- Vous les voyez à quoi ? Pour vous c'est...
- C'est, ça s'explique pas, c'est un sixième sens...
- Un sixième sens...
- C'est l'expérience, c'que vous voulez bon...
- Mmm
- Ca c'est vrai qu'j'ai beaucoup d'intuition, ça me sert. Mais je ne me sers pas que de ça.
- Mmm
- Par contre j'ai l'art de flairer les trucs moi, voilà.
- Et euh, pour vous en fait, les pathologies fonctionnelles, il s'agit vous disiez de dysfonctionnement d'organes, en même temps vous parlez beaucoup de l'écoute, euh, pour vous c'est quoi, ça vient d'où ?
- Les pathologies d'organe, les dysfonctionnements d'organe sont légions chez tout le monde. L'écoute c'est simplement d'écouter la plainte du patient.
- Mmm
- Et les mains ça sert. Or ça aussi c'est un défaut. Vous êtes en quelle année de médecine vous ?
- En dernière année.
- Bon, vous trouvez que vous avez appris à vous servir de vos mains ?
- Peu.
- Ah ben c'est nul ! Moi j'dirais que c'est nul. Nul, quasiment nul surtout à l'heure actuelle. Déjà de mon temps, y a trente ans, parce que j'ai passé ma thèse y a trente et un ans, à l'époque je trouvais qu'on s'en servait pas, mais j'ai appris après. Mais les mains c'est fondamental.
- Le toucher ?
- Ah ben bien sûr. Ca dans la médecine moderne, alors ça, pff. C'est d'ailleurs pour ça que les vrais ostéopathes non médecins y en a qui sont très bons, c'est pour ça qu'ils ont eu la cotte. Moi j'suis pas pour les défendre parce que y en a, y a des tas de gars qui font tout et n'importe quoi, mais y a de très bons ostéopathes. Moi j'ai appris l'ostéopathie d'A. chez des gens qui sont non médecins...
- Mmm. Et du coup, euh, les patients donc vous leur dites, tout à l'heure vous disiez avec insistance, vous ne dites pas que ils ont rien. Vous en parlez comment de ces symptômes avec les patients ?
- Comme la plainte revient souvent euh, on me dit docteur on me dit qu'j'ai rien. Alors moi déjà quand on me dit ça, ça me, ça m'éclaire tout de suite. Et ben moi j'écoute, là j'fais préciser et après la première chose que je leur dis, monsieur, madame, c'est complètement idiot c'qu'on vous a dit. Dire vous avez rien c'est stupide. Moi j'dis, vous avez rien de grave, c'est pas la même chose. Et après j'développe en fonction de ce que je pense, c'est tout.
- Mmm
- C'est pas la même chose. Et puis bon là si vous voulez, ça c'est la pratique hein, quand y a des gens qui, euh, qui souffrent de tas de choses et que on leur évoque des choses qui n'ont jamais été évoquées, bon moi je fais de plus en plus de posture et ça, la posturologie c'est un truc qui est amené à se développer, ça commence à se développer, mais c'est rare, c'est une infime minorité, mais on arrive à expliquer beaucoup de problèmes de rhumatologie grâce à la posture. Donc quand vous apportez ce problème avec des gens qui ont traîné tous les rhumato de la ville avec ça, et que vous leur apportez une solution, même si elle est pas parfaite, vous avez gagné quoi ! C'est tout, vous avez touché là où il fallait touché.

- Mmm
- De la même manière d'ailleurs que, faut quand même convenir, dans des cas un peu complexes, où c'est pour ça aussi que j'envoie encore au spécialiste, parce que j'ai des gens qu'ont des pathologies rarissimes, mais c'est rarissime. Le spécialiste il a un intérêt que pour la pathologie rarissime, point.
- Mmm
- Parce que la plupart du temps, les spécialistes quand on les voit, ben ils nous renvoient, zut ben oui ben on sait pas, on sait pas, bon. Eux ils ont dit qu'on avait éliminé un gros truc, très bien.
- Et euh, donc vous, de revoir des gens comme ça qui viennent, parce que vous disiez les plaintes sont répétées
- Ouais
- C'est, ça vous fait quoi ça vous gêne, ces personnes qui reviennent avec des plaintes répétées...
- Ben si ça me gênait j'ferais pas ce métier. C'est, ça fait partie des difficultés du métier. D'ailleurs comme moi, c'est pour ça que j'aime la médecine générale, parce que c'que j'aime dans la médecine générale c'est que j'vois aussi de tout le monde. Je fais pas que des rhumatisants non plus. J'fais, depuis que je fais de l'ostéopathie crânienne j'fais beaucoup, j'vois des tas de nourrissons, c'est fabuleux les nourrissons, on s'amuse, on se marre. A tous les âges.
- Mmm
- J'adore faire ça. En plus, vous rassurez la maman, parce que j'ai des tas, j'ai des tas de demandes, presque toutes les semaines, parce que les gens ont entendu des choses, alors ils s'imaginent...alors j'les examine, j'leur explique ça et puis c'est clair...Surtout et là c'est pareil, d'abord parce que là j'fais des examens sur un gamin, il est beau...J'aime mon métier, j'aime les enfants entre autre, et un gamin face à sa mère c'est toujours beau, c'est clair, c'est elle qui l'a fait, on va pas lui dire qu'il est moche, d'abord parce qu'on va pas lui dire, et puis voilà. Et quand vous expliquez, que vous apportez un confort au gamin, vous rassurez la mère, vous soignez l'enfant, ben tout le monde est content. Voilà.
- Mmm
- C'est aussi ça qui me plaît, parce que si j'voyais que des gens comme celui de ce matin, pff, on sature. C'est comme les mecs qui font de la psy, ou des trucs gynécos.
- Mmm
- Moi j'suis content de passer des nourrissons, au mec qu'est sportif, à la mémé qu'est chiante, pourquoi pas, il faut faire des chiants aussi de temps en temps. Faire que des chiants ce serait emmerdant.
- Et euh, les chiants c'est entre autres ceux qui justement sont un peu fonctionnels, et reviennent avec des plaintes ou pas ?
- Alors, les ch..., les vrais chiants chez moi, c'est ceux qui, y en a, et ça j'les recadre très vite, c'est d'ailleurs pour ça que j'leur dis, de manière euh, on va dire calculée, j'leur dis, quand j'vois vraiment, j'en ai pas beaucoup, mais j'en ai, mais j'finis par leur dire. Mais y en a qui, c'est vrai qui sont vraiment euh heureusement c'est pas la majorité, mais quand je vois des gens qui sont, comme celle-là là, alors vraiment la fonctionnelle vieille fille, coincée, depuis des lustres, qu'est venue me voir, et dès le départ, pour vraiment des trucs... Ecoutez madame, je vais vous faire des choses mais ça fait cinquante ans que vous prenez, attendez ne me demandez pas de vous guérir vos ..., de toute façon j'lui dis, quelque part, vous avez un fond chronique, on va pas vous faire toute neuve. J'ai même fini par lui dire que c'était son mode de fonctionnement. J'lui ai dit regardez, j'lui ai dit d'une certaine manière, j'lui ai pas balancé en pleine gueule dès le départ.
- Mmm
- Voilà, mais à chaque fois j'lui dis bon, mais là effectivement j'évite de tomber dans le piège du RDV, mais vous n'avez pas besoin, mais non j'ai pas besoin de vous voir avant deux mois, vous allez bien.
- Mmm

- Vous allez bien mais y a des petits trucs qui vont pas bien. Mais j'prends des comparaisons toutes simples. Surtout que là en l'occurrence elle a soixante-quinze ans, j'lui dis, vous savez vous êtes comme une voiture, une voiture ça se fatigue, ça s'entretient, vous êtes d'accord, j'dis toujours ça au patient, est-ce que vous êtes d'accord avec moi qu'une voiture quand elle a un certain nombre de kilomètres elle a besoin d'un entretien. Ah oui. Et ben j'lui dis, c'est comme un être humain. Et moi, j'me prends toujours en exemple, parce que moi c'est vrai que je suis en forme, je fais pas mon âge, et j'm'entretiens. Et vous savez oui j'm'entretiens. Comment vous faites, j'm'entretiens. Oui mais tous les matins quand j'fais ma gym, parce que je fais de la gym pratiquement tous les matins, j'leur dis vous savez j'prends conscience de mes raideurs, j'apprends à les déraïdir, voilà. Effectivement j'ai plus trente ans et puis, c'est comme ça.

- Mmm

- C'est ça qu'il faut faire aussi. C'est mon avis hein, peut-être que j'ai tort, mais en tout cas ça marche.

- D'accord, donc en fait, j'voulais poser aussi comme question, enfin, vous avez un peu dit quelque chose de ça tout à l'heure, votre prise en charge entre le début de votre installation et maintenant elle a changé pour ces patients-là ?

- Ben évidemment parce que quand on a, quand je me suis installé j'étais, j'étais tout jeune, puis bon ben, d'abord on a peut-être, j'avais déjà quand même une expérience parce que j'avais fait un an de médecine de campagne avant de m'installer et j'ai fait deux ans de coopération. Bon, j'avais déjà pris de la bouteille et j'avais déjà des idées que la médecine telle qu'on... C'est-à-dire que quand je suis sorti de la fac, j'ai dit tu connais rien. C'est pas..., j'avais eu conscience de ça. Et effectivement j'étais brillant, j'ai passé ma thèse à vingt-cinq ans, c'est pas courant, mais euh, j'avais pas perdu de temps. J'me suis dit tu vas pas t'installer comme ça. J'avais conscience de ça moi. J'suis pas fils de médecin moi. J'avais conscience qu'on m'avait bourré la tête de tas de trucs dont j'avais rien à foutre. Mais, j'me suis dit tu peux pas t'installer consciemment. Et ça, ça a fait tilt heureusement parce que, euh, ça a fait tilt à partir de la gynéco, parce que notamment j'm'étais dit, gynéco j'vais rien fait, donc, j'ai pas perdu de temps, parce qu'à l'époque on pouvait encore, déjà en cinquième année de médecine, j'étais allé voir par le biais d'un assistant, j'étais allé faire des accouchements, enfin, des surveillances d'accouchements sous le manteau, avec une vieille sage-femme qui était sympa la nuit, parce qu'il fallait pas que ce soit le jour, parce que, vous avez quoi vingt-cinq ans à tout cassé.

- Non, non, un peu plus.

- Un peu plus, bah, vous êtes jeune. Bon, ben à l'époque c'était encore les mecs avec les bonnets, les patrons, les années 70, bon ben j'étais allé les voir, j'me disais tu va sortir, t'as jamais fait un toucher vaginal. A l'époque, les médecins généralistes faisaient de la gynéco.

- Mmm

- Donc pour balancer une thèse, non j'peux pas. alors j'lui dis, pour faire ça, qu'est-ce tu vas faire, ben tu vas examiner des femmes enceintes, bon déjà, puis après j'suis allé en coopération, j'ai appris sur le tas, j'ai fait aussi des remplacements, voilà. Quand j'suis revenu j'avais donc deux ans de coopération et un an de médecine générale en remplacement, où là j'ai vraiment fait un peu, oui, j'me sentais un peu plus à l'aise pour démarrer. Sans quoi les jeunes, j'ai eu de la peine à trouver des remplaçants moi hein, pour ce qui est de l'avenir...

- Mmm

- Mais particulièrement ces patients fonctionnels votre prise en charge elle a, c'est l'expérience qui vous a...

- C'est l'expérience oui, y a pas que des fonctionnels hein, mais y en a beaucoup...

- Mais pour ceux-là, c'est, par rapport à ceux là, qu'est-ce qui vous a aidé pour vous former, pour...

- Ah ben ça c'est la pratique. C'est le bon sens personnel que j'ai, puis c'est l'expérience la vie, c'est tout.

- Mmm

- De toute façon moi j'fais parler les gens alors, j'les écoute mais bon, j'me laisse pas bouffer non plus hein. Ca j'suis très clair. C'est carré, c'est direct, faut pas se laisser bouffer*téléphone*

- Mmm

- Bon ben on a pas toujours le temps, mais cela dit faut prendre le temps, faut essayer d'avoir une équation qui s'adapte, quoi, c'est pour ça que moi ma première consult est toujours longue chez moi. Toujours entre 30,35 et 40 minutes, et bon j'parle pas de fonctionnels, et si y a un fonctionnel parmi les emmerdeurs qui existent, c'est vrai, bon il faut toujours cadrer le symptôme qui peut arriver un jour ou l'autre, hein, on peut toujours...mais faut quand même pas s'laisser bouffer, quoi.

- Mmm

- Et puis faut leur dire. Mais j'pense pas leur dire de la manière dont c'est trop dit dans les hôpitaux, où on les envoie bouler. Parce qu'après ils recommencent ailleurs.

- Et vous vous avez fait l'expérience d'avoir été piéger par des symptômes, parce qu'on entend beaucoup effectivement...

- Ah ben ça a du sûrement m'arriver, pas très souvent, mais ça a du m'arriver oui.

- Mmm. Mais c'est rare...

- Oui, et puis j'vous dis moi, j'ai un dé clic.

- Et du coup, est-ce que par rapport à la prise en charge de ces patients là est-ce que vous pensez qu'une formation particulière est nécessaire ? Qu'est-ce que vous conseillerez, ou euh, justement pour...

- Ah. Et ben, oh oui c'est certain que par rapport à ça, oh moi la formation telle que je l'ai eu y a trente ans, lus de trente ans maintenant, euh était, à l'époque on avait pas, j'sais pas, j'sais même pas si on avait des. Non, on n'était pas formé pour faire de la médecine générale. Et encore à l'époque, les gars qui avaient pensé faire de l'homéopathie ou de l'ostéo, ils étaient ...c'étaient des renégats quoi.

- Mmm

- Maintenant je connais pas suffisamment la formation de, que vous subissez vous donc je peux pas vous dire, effectivement...*interruption,*

- Quand vous me parlez par exemple de l'homéopathie, de l'ostéopathie, c'est des choses qui vous ont aidé pour prendre en charge...

- Ah mais bien sûr.

- Ces personnes.

- Moi j'ai conscience d'avoir appris, j'ai conscience d'avoir appris des tas de choses en médecine au niveau théorique pur. Ca c'est clair. Euh, bon qui sont, qui à mon avis font partie de la base indispensable. Mais cela dit c'est insuffisant, moi c'est très, très clair dans ma tête. Bon ben après effectivement moi ça fait bientôt trente ans que je suis installé, j'ai, je suis parti du principe qu'il fallait que j'aïlle voir ailleurs. J'continue à suivre des formations tout ce qu'il y a de plus officiel, parce que ça aussi faut garder le point, le point de vue officiel, y a eu un truc là récemment à Lyon, preuves et pratiques mais il faut faire autre chose, enfin, moi c'est mon point de vue. Et j'estime que je suis pas encore assez performant, bon, c'est mon côté, peut-être, perfectionniste. Si on veut vraiment comprendre les gens et bien il faut, il faut ouvrir un petit peu ses antennes, il faut pas non plus se disperser, j'fais pas tout hein.

- Mmm

- Mais du coup, ces techniques, ou ces...je ne sais pas comment vous les appelez vous...

- Ces pratiques, oui

- Ces pratiques-là,

- Oui

- Elles apportent une meilleure compréhension*sonnerie*de la personne.

- Ca me permet si, moi j'dis c'est comme le peintre, qu'a plusieurs couleurs sur sa palette. Ca me permet vraiment effectivement, d'abord parce que, euh, ça m'évite de faire toujours la même chose, bien que vous verrez qu'on a forcément de la routine, mais bon et heureusement

qu'on a de la routine par moment, aussi, quand même. Mais ça permet d'avoir effectivement une autre approche. Moi la médecine traditionnelle, allopathique pour moi n'est pas*sonnerie*satisfaisante du tout.

- Juste, donc est-ce que vous pensez que prendre en charge des patients comme ça qui présentent des symptômes qui, du côté des médecins,*sourire* sont inexpliqués. Ça fait partie complètement de votre rôle de généraliste.

- Ben bien sûr. Bien sûr. Pourquoi ça vous choque ça ?

- Non, mais c'était entendre votre*sonnerie*point de vue.

- Ben oui ça fait partie, en tout cas ça fait partie euh, au moins d'avoir un débrouillage et puis d'arriver à, à orienter ces gens, oui et vers une solution. Oui. Pour moi y a rien de tel que le malade qui vient voir le médecin*interruption, il donne un papier à un patient *

- On va finir...

- Oui, j'avais juste vous demander sans être indiscret vous demander votre âge, votre année d'installation.

- Euh, 56 ans, installation en 78

- Et vous travaillez comment tous les jours, enfin votre mode d'exercice quoi ?

- Là depuis euh depuis 1 an je travaille plus que 4 jours par semaine, parce que, mais j'ai travaillé tous les jours effectivement.

- Et vous faites combien d'actes à peu près par semaine ?

- On va dire par an, ce sera plus simple. Par an je fais 5500 actes.

- D'accord

- Et vos moyens de formation continue habituels ?

- Alors là, c'est, je fais des formations régulières en ostéopathie, et en plus je vous dis je suis des séminaires de médecine traditionnelle. L'homéopathie aussi exceptionnellement. Maintenant moins parce que c'est moins passionnant, on a jamais fait le tour de l'homéopathie, mais j'en fais toujours. Par contre ce que je fais c'est effectivement, mais ça fait partie de mon truc, j'ai des formations qui me coûtent parce que c'est des formations payantes, mais bon maintenant qu'il y a des trucs aussi, indemnisés par la sécu j'en fais, parce qu'on est obligés d'en faire. C'est pas plus mal, ça me donne un autre. Avec quels organismes

- Avec des organismes de formation continue, voilà.

- Merci bien.