



HAL
open science

Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecine générale

Florian Guichard, Mélanie Philippe

► **To cite this version:**

Florian Guichard, Mélanie Philippe. Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00984460

HAL Id: dumas-00984460

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00984460>

Submitted on 28 Apr 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2014

N°

**CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA RELATION
MÉDECIN-PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

THÈSE

PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

Florian GUICHARD
Né le 02/12/1984
à Sallanches (74)

&

Mélanie PHILIPPE
Née le 11/04/1985
à Saint Rémy (71)

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE*

Le 24 avril 2014

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury : M. Le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres : M. Le Professeur Jean-Luc BOSSON

M. Le Docteur François PAYSANT

Directeur de Thèse : M. Le Docteur Serge BOUHANA

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Corps PUPH 2013-2014

Occupation Actuelle	Discipline universitaire	
ALBALADEJO Pierre Depuis 01/09/2008	Anesthésiologie réanimati on	1
ARVI EUX- BARTHELEMY Catherine Depuis de 01/09/2007	chi rurgi e général e	2
BACONNI ER Pierre Depuis 01/10/1993	Biostatiques, informati que médi cal e et technologi es de communi cati on	3
BAGUET Jean-Phi l i ppe Depuis 01/09/2006	Cardi ol ogi e	4
BALOSSO Jacques Depuis 01/09/2003	Radi ot hér api e	5
BARRET Luc Depuis 01/10/1992	Médecine légale et droit de la santé	6
BAUDAI N Phi l i ppe Depuis 01/05/1990	Radi ol ogi e et i mageri e médi cal e	7
BEANI Jean-Claude Depuis 01/10/1992	Der mat o- vénéréol ogi e	8
BENHAMOU Pierre Yves Depuis 01/09/2003	Endocri nol ogi e, di abète et mal adies métabol i ques	9
BERGER François Depuis 01/09/2001	Bi ol ogi e cel l ul ai re	10
BETTEGA Georges Depuis le 01/09/2013	Chi rurgi e maxi l lo- faci al e, stomat ol ogi e	11
BONAZ Bruno Depuis 01/09/2001	Gast ro- ent ér ol ogi e, hépat ol ogi e, addi ct ol ogi e	12
BOSSON Jean-Luc Depuis 01/01/2006	Biostatiques, informati que médi cal e et technologi es de communi cati on	13
BOUGEROL Thierry Depuis 01/09/1998	Psychi atri e d' adul tes	14
BOUI LLET Laurence Depuis 01/09/2012	Médecine interne	15
BRAMBI LLA CHRI STI AN Depuis 01/10/1989	Pneumonol ogi e	16
BRAMBI LLA El i sabet h Depuis 01/10/1993	Anat omi e et cyt ol ogi e pat hol ogi ques	17
BRI CAULT Ivan Depui 01/09/2011	Radi ol ogi e et i mageri e médi cal e	18
BRI CHON Pierre- Yves Depuis 01/10/1993	Chi rurgi e t horaci que et cardi o- vascul ai re	19
CAHN Jean- Yves Depuis 01/09/2004	Hémat ol ogi e	20
CARPENTI ER François e Depuis 01/09/1997	Thér apeuti que, médecine d' urgence	21
CARPENTI ER Pat r i ck Depuis 01/10/1990	Chi rurgi e vascul ai re, médecine vascul ai re	22
CESBRON Jean- Yves Depuis 01/09/1999	I mmunol ogi e	23
CHABARDES St ephan Depuis 01/09/2010	Neur ochi rurgi e	24
CHABRE Cl i vi er Depuis 01/09/2002	Endocri nol ogi e, di abète et mal adies métabol i ques	25
CHAFFANJON Phi l i ppe Depuis 01/09/2005	Anat omi e	26
CHAVANON Cl i vi er Depuis 01/09/2006	Chi rurgi e t horaci que et cardi o- vascul ai re	27
CHI QUET Chri st ophe Depuis 01/09/2007	Opht al mol ogi e	28
CHI ROSSEL Jean- Paul Depuis 01/06/1990	Anat omi e	29

CI NQUIN Philippe Depuis 01/10/1992	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	30
COHEN Clivier Depuis 01/09/2003	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	31
COUTURIER Pascal Depuis 01/09/2007	Gériatrie et biologie du vieillissement	32
CRACOVSKI Jean-Luc Depuis 01/09/2009	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique	33
DE GAUDEMARIS Régis Depuis 01/07/1992	Médecine et santé au travail	34
DEBILLOIN Thierry Depuis 01/09/2003	Pédiatrie	35
DEMATTEIS Maurice Depuis 01/09/2010	Addictologie	36
DEMONGEOT Jacques Depuis 01/10/1989	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	37
DESCOTES Jean-Luc Depuis 01/09/1997	Urologie	38
ESTEVE François Depuis 01/09/2004	Biophysique et médecine nucléaire	39
FAGRET Daniel Depuis 01/10/1992	Biophysique et médecine nucléaire	40
FAUCHERON Jean-Luc Depuis 01/09/2001	chirurgie générale	41
FERRETTI Gilbert Depuis 01/09/2000	Radiologie et imagerie médicale	42
FEUERSTEIN Claude Depuis 01/07/1992	Physiologie	43
FONTAINE Eric Depuis 01/01/2006	Nutrition	44
FRANCOIS Patrice Depuis 01/09/1998	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	45
GARBAN Frédéric Depuis 01/09/2011	Hématologie, transfusion	46
GAUDIN Philippe Depuis 01/09/2001	Rhumatologie	47
GAVAZZI Gaetan Depuis 01/09/2011	Gériatrie et biologie du vieillissement	48
GAY Emmanuel Depuis 01/09/2004	Neurochirurgie	49
GODFRAND Catherine Depuis le 01/09/2013	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)	50
GRIFFET Jacques Depuis 01/03/2010	Chirurgie infantile	51
HALIM Serge Depuis 01/10/1990	Nutrition	52
HENNEBI CQ Sylviane Depuis 01/09/2012	Génétique et procréation	53
HOFFMANN Pascal Depuis 01/09/2012	Gynécologie obstétrique	54
HOMMEL Marc Depuis 01/09/1995	Neurologie	55
JOUK Pierre-Simon Depuis 01/09/1997	Génétique	56
JUMIN Robert Depuis 01/10/1993	Rhumatologie	57
KAHANE Philippe Depuis 01/09/2007	Physiologie	58
KRACK Paul Depuis 01/09/2003	Neurologie	59
KRAI NIK Alexandre Depuis 01/09/2009	Radiologie et imagerie médicale	60

LABARERE José Depuis 01/09/2012	Département de veille sanitaire	61
LANTUEJUL Sylvie Depuis 01/09/2008	Anatomie et cytologie pathologiques	62
LECOQ Marie-Thérèse Depuis 01/09/2002	Dermatovénérologie	63
LEROUX Dominique Depuis 01/09/1996	Génétique	64
LEROY Vincent Depuis 01/09/2007	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie	65
LETOUBLON Christian Depuis 01/05/1992	Chirurgie générale	66
LEVY Patrick Depuis 01/09/1997	Physiologie	67
MACHECOURT Jacques Depuis 01/10/1989	Cardiologie	68
MAGNE Jean-Luc Depuis 01/07/1990	Chirurgie vasculaire	69
MAITRE Anne Depuis 01/09/2007	Médecine et santé au travail	70
MAURIN Max Depuis 01/09/2002	Bactériologie - virologie	71
MERLOZ Philippe Depuis 01/10/1991	Chirurgie orthopédique et traumatologie	72
MORAND Patricia Depuis 01/09/2007	Bactériologie - virologie	73
MOREAU-GAUDRY Alexandre Depuis 01/09/2013	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	74
MORO Elena Depuis 01/09/2012	Neurologie	75
MORO-SIBLOT Denis Depuis 01/09/2005	Pneumologie	76
MOUSSEAU Mireille Depuis 01/09/1994	Cancérologie	77
MOUTET François Depuis 01/10/1990	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie	78
PALOMBI Olivier Depuis 01/09/2011	Anatomie	79
PARK Sophie Depuis le 01/09/2013	Hématologie transfusion	80
PASSAGIA Jean-Guy Depuis 01/09/1994	Anatomie	81
PAYEN DE LA GARANDIERE Jean-François Depuis 01/09/1996	Anesthésiologie réanimatologie	82
PELLOUX Hervé Depuis 01/09/2001	Parasitologie et mycologie	83
PEPIN Jean-Louis Depuis 01/09/2004	Physiologie	84
PERENNOU Dominique Depuis 01/04/2008	Médecine physique et de réadaptation	85
PERNOU Gilles Depuis 01/09/2007	Médecine vasculaire	86
PICLAT Christian Depuis 01/09/2009	Chirurgie infantile	87
PISSON Christophe Depuis 01/09/1994	Pneumologie	88
PLANTAZ Dominique Depuis 01/09/2003	Pédiatrie	89
POLACK Benoît Depuis 01/09/1998	Hématologie	90

POLOSAN Mircea Depuis le 01/09/2013	Psychiatrie d'adultes	91
PONS Jean-Claude Depuis 01/09/1998	Gynécologie obstétrique	92
RAMBEAUD Jacques Depuis 01/07/1991	Urologie	93
REYT Emile Depuis 01/10/1992	Otorhinolaryngologie	94
RIGHINI Christian Depuis 01/09/2010	Otorhinolaryngologie	95
ROMANET J. Paul Depuis 01/10/1991	Ophtalmologie	96
SARAGAGLI A Domini que Depuis 01/07/1992	Chirurgie orthopédique et traumatologie	97
SCHMERBER Sébastien Depuis 01/09/2005	Otorhinolaryngologie	98
SCHWEBEL Carole Depuis 01/09/2012	Réanimation médicale	99
SCOLAN Virginie Depuis le 01/09/2013	Médecine légale et droit de la santé	100
SERGENT Fabrice Depuis 01/09/2011	Gynécologie obstétrique	101
SESSA Carmine Depuis 01/09/2005	Chirurgie vasculaire	102
STAHL Jean-Paul Depuis 01/10/1992	Maladies infectieuses, maladies tropicales	103
STANKE Françoise Depuis 01/09/2011	Pharmacologie fondamentale	104
TAMSIER Renaud Depuis 01/09/2013	Physiologie	105
AGJILANI U		106
TONETTI Jérôme 01/09/2007 au 31/12/2010	Chirurgie orthopédique et traumatologie	107
TOUSSAINT Bertrand Depuis 01/09/2008	Biochimie et biologie moléculaire	108
VANZETTO Gérard Depuis 01/09/1999	Cardiologie	109
VUILLEZ Jean-Philippe Depuis 01/09/1999	Biophysique et médecine nucléaire	110
WEIL Georges Depuis 01/09/2011	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	111
ZACUI Philippe Depuis 01/09/2002	Néphrologie	112
ZARSKI Jean-Pierre Depuis 01/09/1994	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie	113

Corps : MCU-PH 2013/2014

Occupation Actuelle	Discipline universitaire
APEL Florent Depuis 01/09/2012	Ophtalmologie
BOISSET Sandrine Depuis 01/09/2012	Agents infectieux
BONNETERRE Vincent Depuis 01/09/2011	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge Depuis 01/10/1993	Biologie cellulaire
BOLZAT Pierre Depuis 01/09/2012	Réanimation
BRENIER-PICHART M. Pierre Depuis 01/11/2001	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël Depuis 01/09/2009	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary Depuis 01/09/2002	Hématologie, transfusion
DECAENS Thomas Depuis le 01/09/2013	Gastro-entérologie, Hépatologie
DERANSART Colin Depuis 01/09/2004	Physiologie
DETANTE Clivier Depuis 01/09/2009	Neurologie
DIETERICH Klaus Depuis 01/09/2012	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal Depuis 01/09/2004	Immunologie
EYSSERIE Hélène Depuis 01/10/2009	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien Depuis 01/09/2008	Biochimie et biologie moléculaire
GILLIS Pierre Depuis 01/09/2010	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie Depuis 01/09/1995	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita Depuis 01/09/2012	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François Depuis 01/10/1991	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard Depuis 01/09/2007	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie Depuis 01/09/2009	Bactériologie, virologie
LAUNCI-SROLLINAT Sandrine Depuis 01/09/2001	Physiologie
LONG Jean-Alexandre Depuis le 01/09/2013	Urologie
MAGNAN Maxime Depuis le 01/09/2013	Thérapeutique, médecine d'urgence
MALLARET Marie-Reine Depuis 01/08/1992	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MARLU Raphaël Depuis le 01/09/2013	Hématologie, transfusion
MAUBON Danièle Depuis 01/09/2010	Parasitologie et mycologie
MCLEER (FLORIN) Anne Depuis 01/09/2011	Cytologie et histologie
MOUCHET Patrick Depuis 01/10/1992	Physiologie
PACLET Marie-Hélène Depuis 01/09/2007	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François Depuis 01/02/2008	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER Laurent Depuis 01/01/2006	Biologie cellulaire
RAY Pierre Depuis 01/09/2003	Génétique
RIALLE Vincent Depuis 01/09/2001	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
ROUSTI Matthieu Depuis le 01/09/2013	Pharmacologie fondamentale, pharmacoclinique, addictologie
ROUX-BUISSON Nathalie Depuis 01/09/2012	Biochimie, toxicologie et pharmacologie

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Faculté de Médecine Occupation des Postes MCU-PH 2013-2014

SATRE Véronique Depuis 01/09/2005	Généti que	37
STASI A Marie-Josée Depuis 01/08/1992	Bi ochi mie et bi ol ogi e mol écul ai re	38
SEI GNEURI N Arnaud Depuis le 01/09/2013	Epi démi ol ogi e, économi e de l a sant é et prévent i on	39

Service du Personnel Marie Chamosset

Mise à jour le 04/12/2013

REMERCIEMENTS

A Monsieur le **Professeur Thierry BOUGEROL**,
Professeur de Psychiatrie au CHU de Grenoble

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A Monsieur le **Professeur Jean-Luc BOSSON**,
Professeur de Santé Publique, Biostatistiques, Informatique Médicale et techniques de communication au CHU de Grenoble

Nous vous remercions d'accepter de juger notre travail, soyez assuré de notre considération et notre gratitude.

A Monsieur le **Docteur François PAYSANT**,
Docteur en Médecine Légale et Droit de la Santé au CHU de Grenoble

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A Monsieur le **Docteur Serge BOUHANA**,
Maitre de stage universitaire, Médecin Généraliste à Aigueblanche

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse, malgré ton emploi du temps surchargé. Merci également pour ta disponibilité, ton soutien et ton aide pour ce travail.

Aux membres du département de médecine générale de Grenoble notamment le Professeur Patrick IMBERT, le Professeur Jean-Pierre JACQUET, le Docteur Yoann GABOREAU pour leur aide précieuse lors des séances d'aide au projet de thèse.

A tous les participants des focus groups qui ont accepté de nous consacrer un peu de leur temps précieux. Merci pour votre accueil et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

A tous ceux qui nous ont aidés tout au long de nos études de médecine et plus particulièrement lors de la réalisation de cette thèse.

Remerciements de Florian

A tous ceux qui m'ont accompagné et soutenu au fil de ces années :

A mes parents,

Sans qui je ne serais pas aujourd'hui ce que je suis devenu. Merci pour votre soutien depuis le début.

A mon petit frère Bénérenger,

Merci d'être là aujourd'hui frérot.

A ma grand-mère,

Tu as fait toute cette route pour me voir...

A toute ma famille.

A mes anciens co-internes pour ces moments de travail partagés.

A Mélanie, enfin l'aboutissement de ce dur labeur !

Aux médecins de Groisy, pour m'avoir fait réellement découvrir la médecine générale.

Et enfin à **Toi**. Merci d'être entrée dans ma vie...

Remerciements de Mélanie

A mes parents,

Pour les valeurs que vous m'avez transmises et pour votre soutien à toute épreuve qui me permettent de faire ce beau métier et de profiter de chaque moment de vie.

A Aurèl,

J'espère que tu trouveras ta voie.

A tous les membres de ma famille,

Pour les moments forts passés et à venir en votre compagnie même s'ils sont peu nombreux.

A Nico,

Pour ta présence au quotidien et ton soutien sans faille. A ton potentiel de geek qui m'a sauvé de quelques problèmes informatiques.

A Florian,

Merci d'avoir accepté de participer à ce projet.

A mes co-internes,

Avec lesquels j'ai passé des moments inoubliables. Une pensée particulière pour Steph et Guillaume, à notre belle amitié née depuis notre premier semestre d'internat.

Aux ami(e)s de Dijon,

Les fous rires, les cours d'anglais médical, les soirées, les vacances, le sport,...
L'éloignement ne nous empêche pas de partager encore de très bons moments !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS	12
INTRODUCTION	13
MATÉRIEL ET MÉTHODES	15
RÉSULTATS	19
DISCUSSION	31
CONCLUSION.....	38
RÉFÉRENCES.....	39
ANNEXE 1: CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS	42
ANNEXE 2: GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS.....	43
ANNEXE 3: VERBATIM DES FOCUS GROUPS	44
Verbatim Focus Group A.....	44
Verbatim Focus Group B	78
Verbatim Focus Group C	108
Verbatim Focus Group D.....	143
Verbatim Focus Group E	168
ANNEXE 4: TABLEAU DE CODAGE.....	188
ANNEXE 5 : GRILLES D'ÉVALUATION PUBLIÉES	253
ANNEXE 6 : PROPOSITION D'UNE GRILLE D'ÉVALUATION (incluant les items de la littérature).....	276
SERMENT D'HIPPOCRATE	277
RÉSUMÉ	278
ABSTRACT	278

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACTH :	Adrénocorticotrophine
CISMeF :	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNIL :	Commission nationale de l'informatique et des libertés
EBM :	Evidence-Based Medicine
ECG :	Électrocardiogramme
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HBPM :	Héparine de Bas Poids Moléculaire
HTA :	Hypertension Artérielle
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
NF :	Numération Formule
P4P :	Paiement à la Performance
RDV :	Rendez-Vous
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (stage chez le praticien de second niveau)
SEP :	Sclérose En Plaques
SMIC :	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SUDOC :	Système Universitaire de Documentation
T2A :	Tarifcation À l'Activité
TCC :	Thérapie Cognitivo-Comportementale
UPL :	Unité Pédagogique Locale (stage chez le praticien de premier niveau)

INTRODUCTION

Pour offrir des soins de qualité, les médecins s'appuient sur un savoir-faire (compétences scientifiques et techniques) et sur un savoir être (compétences interpersonnelles) dans leur pratique quotidienne. La qualité de la relation médecin-patient dépend en grande partie de la qualité de la communication entre le médecin et son patient [1]. En effet, la communication est un moyen, un instrument essentiel qui conduit à une fin qui est la relation [2]. Il a été montré qu'une relation¹ de qualité est bénéfique à la fois pour le patient et pour le médecin. Côté patient, on a retrouvé une meilleure satisfaction, une meilleure adhésion au traitement [3] mais aussi une amélioration de la santé des patients [4]. Et côté médecin, on a retrouvé également une meilleure satisfaction, une augmentation de l'efficacité avec notamment un temps mieux utilisé [5], et moins de plaintes de la part des patients [6].

En médecine générale, la formation aux habiletés relationnelles était jusqu'à présent obligatoirement enseignée en 2^{ème} et 3^{ème} cycle [7], mais une étude récente a révélé que les internes en médecine générale étaient demandeurs d'une meilleure formation à la relation médecin-patient surtout au début de leur internat [8]. À ce jour, les enseignants et les maîtres d'apprentissage ne disposent d'aucune grille scientifiquement validée en France pour évaluer les compétences communicationnelles des étudiants lors de la consultation. Il existe de nombreux outils en langue anglophone [9,10] et quelques grilles francophones [11,12]. Mais ces grilles sont souvent longues à remplir, elles comportent souvent des dimensions autres que la relation médecin-patient et elles ont toutes été validées hors de France.

¹ Pour simplifier, le terme « relation » a été utilisé dans ce travail pour désigner la communication dans la relation. Le sens en a été réduit à celui de « relation interpersonnelle » telle qu'elle est mise en jeu dans le cours de la consultation.

L'objectif principal de ce travail était de chercher à définir, à partir du point de vue de médecins généralistes, des critères permettant d'évaluer la qualité de la relation interpersonnelle entre le médecin et le patient, lors de la consultation de médecine générale. À partir de ces critères, nous avons tenté, de proposer une grille pour l'auto et l'hétéro-évaluation des habiletés relationnelles des internes et médecins en exercice, afin d'en favoriser l'apprentissage et le développement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La recherche et l'identification des critères de qualité de la relation interpersonnelle entre le médecin et le patient au cours de la consultation de médecine générale ont été menées en deux temps :

- dans un premier temps, une recherche bibliographique dont le but était de relever dans la littérature les grilles publiées et validées qui regroupaient de façon spécifique des items de communication médecin-patient en soins de premier recours ;
- dans un second temps, une recherche qualitative réalisée auprès de médecins généralistes afin de recueillir leur opinion en matière de communication avec les patients.

Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée via plusieurs moteurs de recherche.

Sur PubMed, les équations de recherche suivantes ont été utilisées : (("Physician-Patient Relations"[MAJR]) AND "Communication"[MAJR]) AND "Humans"[MeSH Terms] ainsi que ((« Physician-Patient Relations »[Mesh] AND (« Communication »[Mesh] OR « Health Communication »[Mesh] OR « nonverbal Communication »[Mesh] OR « Persuasive Communication »[Mesh] OR « Interpersonal Relations »[Mesh])) AND (« Primary Health Care »[Mesh] OR « Physicians, Primary Care »[Mesh]) AND pubmed pmc local AND loprovpmc in PubMed. Une recherche complémentaire a été effectuée en interrogeant d'autres

moteurs de recherche : EM consulte, CISMeF, Science direct, Cairn.info, Refdoc, ainsi que le SUDOC.

Les moteurs de recherche de différentes revues (La Revue du Praticien® et la Revue de santé publique en particulier) ont également été utilisés.

Cette recherche devait ainsi permettre de répertorier les différents outils d'évaluation de la communication médecin-patient déjà publiés.

Recherche qualitative

Type d'étude et justification

Le type d'enquête choisi pour cette étude était une enquête qualitative par la méthode d'entretiens de groupe autrement appelés « focus group ». Cette méthode a été choisie car elle semblait la plus appropriée pour explorer les habiletés relationnelles dans la communication entre le médecin et son patient, en créant une dynamique de groupe intéressante, en permettant l'émergence de nouvelles idées et en amenant les participants à s'engager et à s'expliquer sur leurs opinions [13]. Le domaine était limité strictement à la médecine générale. Il s'agissait de recueillir les attentes et les représentations des médecins généralistes sur la relation médecin-patient lors d'une consultation courante de médecine générale.

L'étude s'est déroulée dans les départements de l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie entre mai 2012 et Octobre 2013.

Echantillonnage

Les participants aux focus groups étaient des médecins généralistes ayant un exercice libéral et pratiquant exclusivement la médecine générale (installés ou

remplaçants) (Annexe 1). Ils ont été recrutés par le biais de groupes de pairs ou par appel téléphonique et courrier électronique. Les 42 participants n'étaient pas au courant du thème exact du focus group jusqu'au jour des débats. Au total 5 focus groups de médecins généralistes (FG A à FG E) ont été réalisés pour arriver à saturation des données.

Elaboration du guide d'entretien qualitatif

Une introduction sous forme de « *Power Point®* » était systématiquement présentée aux participants de chaque focus group. Le thème de la discussion était dévoilé, les principes du focus group étaient exposés aux participants et chaque membre du groupe était encouragé à s'exprimer. La trame de questions a été élaborée (Annexe 2), à partir de la littérature existante [9,14]. La trame de questions n'a pas été modifiée au fil des focus groups.

Enregistrement des entretiens et respect du droit des personnes

L'intégralité des débats de chaque focus group a été enregistrée via un microphone et le logiciel *Audacity®* sur 2 ordinateurs à chaque séance, pour plus de sécurité. Le consentement des participants a été obtenu pour les enregistrements. L'intégralité des enregistrements a été anonymisée puis retranscrite sur ordinateur via le logiciel *Word®* (Annexe 3). Une déclaration à la CNIL a été effectuée préalablement à l'étude et autorisée sous le n° 1706509v0.

Animation des entretiens

Un animateur se chargeait d'ouvrir les débats, de relancer la discussion et d'aborder les questions du sujet. Un observateur avait pour rôle de retranscrire le non verbal : rires, comportements, expressions faciales et corporelles, silences.

L'animation des focus groups A et B a été réalisée par un médecin tiers, alors que celle des focus groups C, D et E a été menée par l'un des deux auteurs de ce travail.

Lieu

Chaque focus group a eu lieu dans un endroit neutre, calme et silencieux. Une collation a été proposée lors de chaque séance pour détendre l'atmosphère et permettre aux participants d'échanger plus librement.

Analyse des données

L'analyse de la « table longue » a été adoptée [15]. La transcription intégrale ou verbatim des entretiens a été analysée et codée. Chaque partie de chaque verbatim a été étiquetée en fonction de l'idée qu'elle véhiculait (« occurrence ») et classée selon des catégories (ou codes communs). Les catégories ont ensuite été regroupées en sous-thèmes et thèmes plus généraux. L'ensemble du codage a été présenté sous forme d'un tableau (Annexe 4). Les hors sujet ont ainsi été éliminés. L'ensemble de ces thèmes a permis de créer une grille regroupant les critères de qualité de la communication dans la relation entre le médecin généraliste et son patient. Chaque verbatim a été analysé indépendamment par 2 chercheurs qui ont ensuite confronté leurs résultats pour aboutir à une concordance (triangulation des données).

Le but était de faire ressortir des items correspondant à des descriptifs comportementaux observables.

RÉSULTATS

Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a permis de répertorier 15 grilles d'évaluation de la communication dans la relation médecin-patient :

Grille d'évaluation de Luc Côté [16]

Arizona Clinical Interview Rating Scale [17]

Le guide Calgary Cambridge de l'entrevue médicale [12]

Common Ground Rating Form [18]

Four Habits Model [19]

Kalamazoo Essentials Elements: The Communication Checklist [20]

MAAS-Global Rating List for Consultation Skills of Doctors [21]

Macy Model Checklist-CWRU School of Medicine [22]

The SEGUE Framework [23]

Brown Interview Checklist [24]

Educational Commission for Foreign Medical Graduates [25]

Interpersonal and Communication Skills Checklist [26]

Rochester Communication Rating Scale [27]

American Board of Internal Medicine Patient Assessment for Continuous

Professional Development [28]

Patient Perceptions of patient Centeredness [29]

Les grilles sont reproduites en annexe (Annexe 5).

Recherche qualitative

Les résultats sont présentés sous forme de tableau synthétique. Ils reprennent l'ensemble des différents chapitres retrouvés lors du codage des verbatim. Chaque item est illustré par un verbatim.

Les différents chapitres qui ont été retenus pour la construction de la grille étaient au nombre de sept :

- Accueil ou amorce de l'entrevue entre le médecin et le patient ;
- Habiletés générales de communication, en jeu du début à la fin de la consultation ;
- Empathie, dimension reconnue comme fondamentale dans la relation médecin- patient ;
- Structure de la consultation, représentant la séquence des différents temps dans la consultation ;
- Information et éducation du patient, regroupant des modalités de partage d'informations thérapeutiques ou médicales avec le patient ;
- Partenariat et prise de décision partagée, pouvant conduire à une forme d'alliance thérapeutique ;
- Fin de consultation, clôture de la rencontre entre le médecin et le patient.

Le codage complet de l'ensemble des focus groups est joint en annexe (Annexe 4). Il est lui aussi présenté en tableau et illustre les items retenus pour la grille de critères de communication.

Accueil	
Dans le domaine de l'accueil, le médecin se devait tout d'abord de saluer le patient pour établir le contact.	<i>« C1 : C'est vrai que quand on va chercher le patient, on leur dit bonjour dans la salle d'attente. »</i>
Une attitude d'ouverture ainsi qu'un accueil assez chaleureux étaient souhaitables. Il était préférable d'avoir une attitude régulière. Il semblait important de ne pas laisser transparaître des émotions négatives lors de l'accueil d'un patient.	<i>« A4 : l'attitude aussi d'accueillir, l'accueil, c'est important. »</i>
Il semblait important aussi que le médecin se place d'emblée dans une disposition d'écoute. Le patient devait se sentir écouté et le médecin devait savoir montrer sa disponibilité d'esprit. Pour d'autres, la vie personnelle du médecin ne devait pas venir interférer dans la consultation. Une bonne capacité d'écoute du médecin était relevée.	<i>« B6 : Non, mais la même chose qui est importante dans la relation médecin malade; c'est il faut quand même que le malade il ait l'impression que tu l'écoutes. »</i>
Le patient devait pouvoir s'exprimer en début d'entretien sans que le médecin l'interrompe. Ainsi, l'interrogatoire était mené plus facilement.	<i>« B4 : Et effectivement, la plupart des gens, mais pas tous, ils amènent tous les renseignements dont j'ai besoin de savoir sans que j'aie besoin de poser de questions. Et c'est très étonnant et faut vraiment se forcer... »</i>

Habiletés générales de communication

Sur le plan des capacités générales de communication, le médecin devait être capable de favoriser l'expression du patient, de ses attentes, de ses demandes ainsi que des éventuels motifs cachés de consultation. Les problèmes n'étant pas forcément clairement exprimés par le patient, le médecin devait être capable d'identifier les plaintes du patient.

« B9 : Ce dont je me souviens c'était que le patient disait : Je viens pour ma tension. Mais en fait il voulait dire autre chose et il fallait surtout creuser la vraie question. Parce qu'un patient il ne vient pas pour quelque chose de simple. Parce que le fait qu'il se déplace, qu'il vienne te voir c'est qu'il a une question. Et la vraie question elle sort peut-être à la fin. » « A7 : Pour moi, une consultation où je suis satisfait, c'est une consultation où j'ai identifié, enfin, où je pense avoir identifié la demande du patient, où je pense que j'ai écouté le patient ce qui m'a permis d'identifier la demande du patient. »

Dans le même domaine, le patient devait sentir qu'il pouvait facilement exprimer ses opinions, ses croyances et son vécu. Il était par ailleurs souhaitable que le médecin marque de l'intérêt pour les représentations que le malade a au sujet de sa pathologie.

«A7 : quelle croyance vous avez par rapport à ce médicament euh. Souvent on a ça, des gens qui nous disent, je ne veux surtout pas prendre tel médicament parce que je sais pas, on apprend que sa mère ou je

	<i>sais pas il veut pas aller à l'hôpital parce que sa mère est décédée dans cet hôpital. Donc après c'est essayer de comprendre les freins de la personne. »</i>
L'interrogatoire devait alterner les questions ouvertes et fermées de façon adéquate.	<i>« A7 : Est-ce qu'il pose des questions ouvertes ou des questions fermées ? »</i>
Un comportement non verbal approprié semblait important, et notamment une tenue vestimentaire convenable semblait importante. Pour de nombreux médecins, la communication était avant tout un processus non verbal. Son importance était donc à prendre en compte.	<i>« C5 : Oui, mais communication, c'est moins de 10% de verbal hein ? » « C5 : Et là on communique là sans se parler. »</i>
Lors de l'interrogatoire, certains médecins pensaient que la reformulation devait être utilisée de manière adaptée.	<i>« C6 : Un des, un des trucs qui passe bien c'est de, de faire euh...de reformuler. »</i>
Chaque fois que nécessaire, le médecin devait être capable de recontextualiser la plainte du patient en recentrant les débats.	<i>« D2 : Il y a aussi la recontextualisation. Oui, recentrer ou recontextualiser. »</i>
De même, le médecin devait résumer régulièrement les propos du patient. Il semblait important de demander confirmation et solliciter l'accord du patient.	<i>« D4 : Pour que le patient se sente bien compris avec ses mots, et cetera, résumer et renforcer. »</i>
Pour d'autres, il était important de renforcer de manière appropriée les efforts d'adaptation et les démarches adéquates du patient.	<i>« A4 : Aussi, oui. Oui, il faut l'encourager, c'est sûr. Et donc ça aussi, on joue avec ça, surtout avec certains,</i>

	<i>c'est surtout dans cette relation-là. »</i>
Le médecin devait savoir clarifier le verbal et le non verbal du patient plutôt que de l'interpréter. Il devait pour cela pratiquer l'écoute active si besoin.	<i>« E1 : l'attitude du patient dans tout ce qui peut se transmettre dans le non verbal dans une consultation. » « A7 : L'écoute active. Et c'est impressionnant de voir comme ça modifie. Moi je l'utilisais dans des problèmes où j'arrivais pas à m'en sortir où je comprenais pas bien ce qu'il se passait. »</i>
Pendant la consultation, le temps passé à regarder l'écran d'ordinateur était une contrainte à laquelle le médecin devait prêter attention.	<i>« A7 : Euh, et puis à la fin, est-ce que l'ordinateur a eu une interférence négative sur euh...comment dire, sur la relation médecin-patient, est-ce que l'écran était devant, est-ce qu'il était en permanence en train de taper ? »</i>
Enfin, un point important était une utilisation adaptée de l'humour lors de la consultation.	<i>« D13 : En tant que médecin. On va pas plaisanter de la même façon avec tous les patients. »</i>

Empathie	
Le médecin devait savoir utiliser l'empathie et reconnaître les émotions et points de vue du patient. Il devait être assez empathique sans tomber dans la compassion. La maîtrise des émotions personnelles était primordiale. La majorité des focus group a abordé le thème de l'empathie.	<i>« C5 : Moi, ce serait d'arriver, idéalement, d'être en empathie, comme on nous l'a appris. »</i>
Un autre aspect de l'empathie était d'utiliser le reflet et de savoir explorer les émotions du patient. C'est une pratique empathique qui permet au patient de savoir que le médecin écoute et comprend ses préoccupations.	<i>« D2 : Mais c'est vrai que ponctuellement, penser à l'analyse des émotions qu'on reçoit du patient et des émotions qu'on lui renvoie c'est, ça fait avancer pas mal de chose. »</i>

Structure de la consultation	
Pour obtenir une communication efficace, le médecin devait savoir hiérarchiser et définir, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes. La majorité des participants aux focus group étaient d'accord sur le fait qu'il fallait savoir bien mener son interrogatoire pour ne pas se laisser déborder.	<i>« C1 : Une consultation qui parte pas dans tous les sens aussi. Pas 36.000 problèmes qui se rajoutent, qui se rajoutent. Une fois qu'on a fini d'en régler un, il y en a un autre qui arrive. Il y en a un autre qui arrive. Ça c'est pas satisfaisant comme consult. » « B1 : C'est pour ça moi que j'aime bien lister les problèmes dès le début. »</i>
Quand cela était nécessaire, le médecin devait savoir exprimer son désaccord de façon adaptée. Savoir	<i>« A2 : Il faut savoir dire non des fois. »</i>

dire « non » était important.	
De plus, il devait savoir limiter les digressions inutiles afin de pouvoir replacer le patient dans le contexte médical. Il savait fixer des limites et rappeler le cadre de la consultation.	« D9 : Le cadre, les limites. » « D1 : Non, mais on voit bien que chacun définit son mode opérationnel. Ensuite la relation médecin-patient, elle se base là-dessus quoi, hein. »
Enfin, le médecin devait maîtriser son temps de consultation. Il devait savoir gérer le manque de temps, sa ponctualité tout en ayant un temps de consultation suffisant. Cet aspect de la relation a largement été abordé dans les focus group. Le manque de temps était une véritable contrainte.	« A4 : pour une bonne relation, il faut quand même prendre du temps. »

Information – Education

Un critère primordial de bonne communication était d'être capable d'informer le patient avec franchise et de façon claire et appropriée. Le jargon médical devait être évité. Le médecin devait savoir donner des explications sur la pathologie, les traitements et les examens complémentaires. La quantité d'information délivrée devait être adaptée à chaque patient.	« B4 : C'est à nous de faire le boulot d'explication. Moi ça me renforce dans mon idée qu'il faut expliquer aux gens. » « B6 : Puis nous on explique à notre façon, on explique certainement d'une façon un peu trop médicale et peut-être qu'eux, ne peuvent pas entendre ça. »
La compréhension du patient devait être vérifiée par le médecin pour s'assurer de l'efficacité de la communication.	« A7 : Moi, par rapport à ça, j'essaye en fin de consultation de ...de dire aux gens : est-ce que vous

	<i>avez compris ce que je vous propose ? »</i>
Si besoin, il pouvait s'avérer intéressant de s'appuyer sur des fiches écrites. Ceci afin que le patient intègre plus facilement certaines informations importantes délivrées par le médecin.	<i>« B1 : Parce que, justement, à l'oral, tout ne reste pas alors que les écrits, si on résume (...) et puis du coup, c'est beaucoup plus ancré. Et ça passe mieux. »</i>

Partenariat et prise de décision partagée

Le médecin devait prendre en compte la singularité du patient. Il devait tenir compte de son point de vue et devait savoir s'adapter avec souplesse à chaque patient. Pour cela, il devait savoir considérer le patient en tant que personne. Il devait déterminer une prise en charge adaptée à chaque patient et lui demander son avis sur cette prise en charge.	<i>« B3 : On prend pas en charge que la maladie, on le prend en charge dans la globalité. » « D2 : Donc ça nécessite de la part du médecin une adaptabilité considérable. »</i>
L'absence de jugement de la part du médecin était souhaitable, ce qui constituait une marque de respect. Le médecin ne devait pas prendre parti.	<i>« E1 : Bah, si tu donnes ton jugement personnel, t'as déjà plus le, t'as déjà plus ton attitude professionnelle. »</i>
Pour d'autres participants, il semblait important de s'assurer du rôle que souhaitait jouer le patient dans la prise de décisions. Certains patients avaient plus besoin d'encadrement que d'autres. Le médecin devait être capable de le sentir.	<i>« B8 : il y en a beaucoup qui me réponde ben oui, c'est toi qui sais donc c'est toi qui dois me dire ce qu'il faut que je fasse. »</i>
En outre, le patient devait participer à la prise de décisions. Médecin et patient devaient parvenir à un choix mutuellement acceptable. Une collaboration	<i>« B1 : Après le faire participer à un choix, leur dire ben là il y a ça, et là, il y</i>

<p>était souhaitable afin de trouver un terrain d'entente sur la prise en charge.</p>	<p><i>a ça... Et leur dire, ben là, qu'est-ce vous choisissez ? C'est vrai que c'est... » « A1 : On avance très vite ensemble, vers une solution qui convient à tout le monde. »</i></p>
<p>Par ailleurs, l'autonomie du patient devait être respectée et le médecin devait l'encourager à prendre ses responsabilités. Le patient devait être rendu acteur de la prise en charge, il avait la possibilité de dire « non » et refuser les propositions thérapeutiques.</p>	<p><i>« E1 : Les responsabiliser sur leur santé. » « B6 : Oui mais tu peux pas non plus obliger les gens à faire certaines choses. »</i></p>
<p>Dans un autre domaine, les aires de conflits éventuelles ou les oppositions symétriques étaient importantes à repérer. Le médecin devait être capable de les désamorcer. Il devait savoir éviter l'escalade symétrique et être capable de verbaliser les problèmes relationnels.</p>	<p><i>« D2 : A la fois tu leur dis j'entends votre agressivité, euh, je la prends pas pour moi mais je l'entends, et c'est le, le, le c'est le fait d'un malaise c'est ça ? Et euh, mais le fait d'être négatif, c'est pas ça qui va nous faire avancer quoi. »</i></p>

Terminer la consultation

<p>Terminer la consultation n'est pas forcément chose aisée. Le médecin devait savoir proposer au patient de le revoir si besoin. Ceci montrait son intérêt pour l'évolution du malade.</p>	<p><i>« D2 : ou en proposant quelque chose, une nouvelle consultation. »</i></p>
<p>Il pouvait aussi gérer les motifs de dernière minute de façon adaptée sans que le patient se sente rejeté.</p>	<p><i>« A7 : S'ils évoquent d'autres problèmes bah à la fin, soit c'est urgentissime genre : en fait, j'ai oublié de</i></p>

	<i>vous dire, j'ai une énorme douleur dans la poitrine, je fume et voilà bah là, je suis obligé de m'en occuper, soit autrement, enfin, je fais en sorte de différer le rendez-vous. »</i>
Le médecin devait être capable de clore la consultation sans qu'il ne demeure d'ambiguïté.	<i>« D2 : il y a une chose plus difficile c'est savoir clore, clore sans rejeter le patient, sans le jeter. »</i>
Enfin, le médecin devait raccompagner son patient en fin de consultation.	<i>« D6 : Moi je trouve ça bien justement de les accueillir et de les raccompagner. »</i>

Ce tableau permet alors de créer la grille de critères de qualité de la relation médecin-patient (Figure 1). Les items sont numérotés de 1 à 34 et regroupés en chapitres. Nous avons ajouté une échelle de mesure de type Likert composée de quatre catégories sans point neutre de manière à obliger l'évaluateur à prendre position tout en évitant le biais médian lié au point neutre.

Figure 1. Proposition d'une grille d'évaluation de la communication médecin-patient lors de la consultation en médecine générale

1 : Tout à fait en désaccord ; 2 : Plutôt en désaccord ; 3 : Plutôt en accord ; 4 : Tout à fait en accord	1	2	3	4
I- Accueil				
1. Salue le patient				
2. Accueil assez chaleureux, attitude d'ouverture				
3. Se place d'emblée dans une disposition d'écoute				
4. Laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre				
II- Habiletés générales de communication				
5. Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes et de ses attentes ainsi que des éventuels motifs cachés de la consultation				
6. Fait exprimer au patient ses opinions, croyances et son vécu				
7. Sait alterner les questions ouvertes et fermées de façon adéquate				
8. Adopte un comportement non verbal approprié				
9. Utilise la reformulation de façon adaptée				
10. Cherche à recontextualiser la plainte chaque fois que nécessaire				
11. Résume régulièrement et sollicite l'accord du patient				
12. Renforce souvent et de manière appropriée les efforts d'adaptation et les démarches adéquates du patient				
13. Clarifie le verbal et le non-verbal du patient plutôt qu'il ne l'interprète				
14. Regarde l'écran d'ordinateur d'une façon qui n'interfère pas avec la relation				
15. Utilise l'humour de façon appropriée				
III- Empathie				
16. Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient				
17. Explore les émotions et sentiments du patient et utilise le reflet tout au long de la consultation				
IV- Structure de la consultation				
18. Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes				
19. Sait exprimer son désaccord de façon adaptée				
20. Limite les digressions inutiles et sait replacer le patient dans un contexte médical				
21. Maîtrise le temps dans la consultation				
V- Information - Éducation				
22. Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical				
23. Vérifie la compréhension du patient				
24. S'appuie sur des fiches écrites si besoin				
VI- Partenariat et prise de décision partagée				
25. Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse				
26. N'émet pas de jugement				
27. S'assure du rôle que le patient souhaite jouer dans la prise de décisions				
28. Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable				
29. Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités				
30. Repère les aires de conflit éventuel ou d'opposition symétrique et les désamorce				
VI- Terminer la consultation				
31. Propose au patient de le revoir si besoin				
32. Sait gérer les problèmes de dernière minute				
33. Parvient à clore naturellement la consultation sans qu'il ne demeure d'ambiguïté				
34. Raccompagne le patient				

DISCUSSION

Cette étude qualitative a permis de créer une grille de 34 items évaluant la relation médecin-patient en consultation de médecine générale.

Limites générales de l'étude

Les focus groups anonymisés ont favorisé la libre expression des participants et ont permis de clarifier leurs idées. De nouveaux items ont pu ainsi émerger. Le double codage indépendant et la triangulation des chercheurs ont limité les biais d'interprétation. Néanmoins, quelques limites ont pu altérer le résultat de cette recherche.

Quelques notions étaient mal définies par certains participants rendant parfois l'interprétation difficile ; c'était le cas pour l'empathie. Il existait une confusion entre l'empathie, la sympathie et la compassion. L'évolution du sens de l'empathie au fil du temps et les différentes perspectives données à son étude ont conduit à une certaine ambiguïté liée à ce concept [30,31,32]. Nous avons considéré l'empathie dans la grille d'évaluation comme un attribut cognitif qui implique, d'une part la capacité à comprendre la perspective du patient et comment ce dernier ressent les expériences et d'autre part, la capacité à communiquer au patient cette compréhension [33].

D'autres notions ont été sujettes à controverses comme la révélation et la maîtrise des émotions du médecin pendant la consultation. Ce dernier item n'a donc pas été retenu pour constituer la grille d'évaluation issue des focus groups.

La saturation des données a permis un recueil quasi exhaustif des idées sur cette thématique. Cependant, la saturation n'a été vérifiée que par un seul focus group qui comportait un nombre restreint de participants.

Les résultats de l'analyse n'ont pas été soumis aux médecins interrogés pour vérification de l'interprétation des données.

Pour les items uniquement obtenus par la revue de la littérature, il n'a pas été réalisé de traduction « back to back ».

Enfin, pour 3 focus groups sur les 5 réalisés, il n'a pas été possible de recourir à un animateur extérieur et cette fonction a été assurée par l'un ou l'autre des deux auteurs de ce travail.

Comparaison avec la littérature

La plupart des items issus des focus groups étaient également présents dans les grilles d'évaluation publiées dans la littérature (Tableau 1). Il semble donc exister une base universelle dans la communication médecin-patient indépendamment du système de santé ou de la culture des différents pays.

Tableau 1 Présence des items des focus groups dans les 15 grilles d'évaluation publiées

<i>Items issus des focus groups</i>	<i>Grilles d'évaluation</i>														
	LC	ACIR	CC	CG	4H	K	MAAS	Macy	S	BIC	ECFMG	ICSC	R	ABIM	PPPC
Accueil															
1. Salue le patient			•		•			•	•	•	•		•	•	
2. Accueil assez chaleureux, attitude d'ouverture			•	•	•			•	•	•	•	•	•	•	
3. Se place d'emblée dans une disposition d'écoute			•	•		•	•	•	•	•			•	•	
4. Laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre	•	•	•	•			•	•	•				•	•	•
Habiletés générales de communication															
5. Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes et de ses attentes ainsi que des éventuels motifs cachés de la consultation	•		•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•
6. Fait exprimer au patient ses croyances, ses craintes et son vécu	•		•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•
7. Sait alterner les questions ouvertes et fermées de façon adéquate	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•			•	
8. Adopte un comportement non verbal approprié	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•		
9. Regarde l'écran d'ordinateur d'une façon qui n'interfère pas avec la relation	•	•	•					•	•	•					
10. Utilise la reformulation de façon adaptée			•		•		•	•	•	•	•		•		
11. Cherche à recontextualiser la plainte chaque fois que nécessaire			•	•			•	•	•	•	•				
12. Résume régulièrement et sollicite l'accord du patient		•	•	•		•	•	•	•	•	•		•		
13. Renforce souvent et de manière appropriée les efforts d'adaptation et les démarches adéquates du patient		•	•	•				•	•	•	•				
14. Clarifie le verbal et le non-verbal du patient plutôt qu'il ne l'interprète			•	•		•		•	•	•					
15. Utilise l'humour de façon appropriée															
Empathie															
16. Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
17. Explore les émotions et sentiments du patient et utilise le reflet tout au long de la consultation			•	•	•	•	•		•	•			•		
Structure de la consultation															
18. Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes			•	•	•	•	•	•	•	•			•		•
19. Sait exprimer son désaccord de façon adaptée					•										
20. Limite les digressions inutiles et sait replacer le patient dans un contexte			•		•			•		•					
21. Maîtrise le temps dans la consultation			•				•	•							

• , items présents dans les grilles publiées

Tableau 1 (Suite) Présence des items des focus groups dans les 15 grilles d'évaluation publiées

<i>Items issus des focus groups</i>	<i>Grilles d'évaluation</i>														
	LC	ACIR	CC	CG	4H	K	MAAS	Macy	S	BIC	ECFMG	ICSC	R	ABIM	PPPC
<i>Information – Éducation</i>															
22. Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical	•	•	•		•	•	•	•	•		•		•	•	•
23. Vérifie la compréhension du patient	•		•		•	•	•		•						
24. S'appuie sur des fiches écrites si besoin			•		•			•							
<i>Partenariat et prise de décision partagée</i>															
25. Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse	•		•	•	•	•	•						•	•	•
26. N'émet pas de jugement	•		•	•				•	•	•	•			•	•
27. S'assure du rôle que le patient souhaite jouer dans la prise de décisions			•	•					•					•	•
28. Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable			•	•	•	•	•	•	•	•			•	•	•
29. Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités			•	•	•	•	•	•					•		•
30. Repère les aires de conflit éventuel ou d'opposition symétrique et les désamorce															
<i>Terminer la consultation</i>															
31. Propose au patient de le revoir si besoin						•		•	•	•					
32. Sait gérer les problèmes de dernière-minute															
33. Parvient à clore naturellement la consultation sans qu'il ne demeure d'ambiguïté		•	•		•	•		•	•	•	•		•		
34. Raccompagne le patient								•							

- LC Grille d'évaluation de Luc Côté [16]
- ACIR Arizona Clinical Interview Rating Scale [17]
- CC Le Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale [12]
- CG Common Ground Rating Form [18]
- 4H Four Habits Model [19]
- K Kalamazoo Essential Elements: The Communication Checklist [20]
- MAAS MAAS-Global Rating List for Consultation Skills of Doctors [21]
- Macy Macy Model Checklist-CWRU School of Medicine [22]
- S The SEGUE Framework [23]
- BIC Brown Interview Checklist [24]
- ECFMG Educational Commission for Foreign Medical Graduates [25]
- ICSC Interpersonal and Communication Skills Checklist [26]
- R Rochester Communication Rating Scale [27]
- ABIM American Board of Internal Medicine Patient Assessment for Continuous Professional Development [28]
- PPPC Patient Perception of Patient Centeredness [29]

Cependant, cinq items n'ont pas été évoqués dans les focus groups :

- un item d'accueil : « fait le lien avec les consultations antérieures »², en abordant l'évolution de la plainte ou l'observance du patient.
- un item de structuration du déroulement de la consultation : « énonce les transitions »³.
- deux items d'habiletés générale de communication : « évite les répétitions »⁴ et « évite les questions directives/suggestives »⁵.
- un item sur la qualité d'écoute : « utilise le silence »⁶.

Trois items nouveaux ont émergé des focus groups :

L'utilisation adaptée de l'humour

L'humour pendant la consultation de médecine générale en France a fait l'objet d'une étude qualitative [34]. Cet élément de communication y est présenté comme une arme efficace mais à double tranchant, tantôt thérapeutique, tantôt nuisible, qui doit être utilisée à bon escient. Il en va de même dans les publications à l'étranger [35,36]. L'humour utilisé de façon adaptée a donc toute sa place dans la communication médecin-patient.

² Items originaux: « Convey knowledge of patient's history by commenting on prior visit or problem » [19]; « Naming previous complaints, requests for help and management plan, asking about adherence to management plan, asking about the course of the complaint » [21] ; « Discuss antecedent treatments (eg. self-care, last visit, other medical care) » [23]

³ Items originaux: « Transitional Statements » [17], « Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions et en les justifiant » [12] ; « Acknowledges the transition from one area to another »[24], «The effectiveness of your transitions between different parts of the interview » [25], « The student utilized smooth and appropriate transitions »[26]

⁴ Item original : « Repetition »[17]

⁵ Item original : « Avoid directive/leading questions » [23]

⁶ Items originaux: « Use a pause » [19]; «Uses silences to facilitate the patient's expression of thoughts and feelings »[24]

Le repérage des aires de conflits

Le repérage des aires de conflits ou d'opposition symétrique et la capacité à les désamorcer constituent un item important. Selon une étude qualitative récente, menée auprès de médecins généralistes, six attitudes seraient possibles en cas de conflit : l'attaque, le repli, la soumission, la négociation, le recours à une tierce personne, et la rupture [37,38]. L'attaque et la soumission sont à éviter. Le repli et le recours à une tierce personne peuvent être utiles temporairement si la négociation échoue. La rupture est à envisager, sous conditions, seulement si la relation a des conséquences néfastes pour le patient ou pour soi-même.

D'autres pistes ont également été développées en psychothérapie pour désamorcer une symétrie. Par exemple, Cungi [39] propose au thérapeute de rester calme en utilisant des méthodes de relaxation rapide, d'écouter en quoi l'interlocuteur a raison ou quelles sont ses raisons, de préciser en quoi il pense avoir raison, et enfin de persister, si cela est utile, dans sa position d'écoute attentive et d'affirmation de soi empathique.

La gestion des problèmes de dernière minute

La fréquence des demandes en fin de consultation serait entre 8,5 et 21% [40,41]. Le fait de laisser le patient s'exprimer, de hiérarchiser les motifs de consultation, d'évaluer les croyances du patient, de vérifier sa compréhension, d'être empathique, et d'aborder les questions psychosociales tôt dans la consultation pourrait diminuer le nombre de nouveaux problèmes dans les derniers instants de la consultation [41]. Tous ces items ont été abordés dans les focus groups de notre étude.

Ouverture et propositions

En combinant les items de la littérature et ceux des focus groups, nous obtenons une grille d'évaluation des compétences communicationnelles comportant 39 items (Annexe 6).

Le but n'est pas de formaliser la communication médecin-patient en obligeant les médecins à utiliser cette grille mais de pouvoir disposer d'un outil afin d'améliorer la qualité de la relation médecin-patient.

La prochaine étape sera de valider cette grille auprès d'experts. Cela permettra de confirmer l'intérêt des items sélectionnés et de diminuer les redondances afin de raccourcir la grille. Il serait également intéressant d'étudier le point de vue des patients pour mettre en évidence les concordances ou discordances par rapport aux items de notre étude.

THESE SOUTENUE PAR : Florian GUICHARD et Mélanie PHILIPPE

**TITRE : CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA RELATION
MEDECIN-PATIENT EN MEDECINE GENERALE.**

CONCLUSION

Ce travail de recherche original, composé d'une étude narrative de la littérature et d'une recherche qualitative, a permis d'établir une grille d'évaluation de la communication médecin-patient pendant la consultation de médecine générale.

À l'heure où l'évaluation par compétence générique tient une place importante dans la formation des internes en médecine générale, celle de la compétence « relation, communication, approche centrée patient » apparaît comme fondamentale [42].

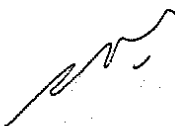
Cet outil pourra donc aider les internes et les médecins en exercice à prendre conscience des éléments nécessaires pour une communication médecin-patient efficace. Une validation de cet outil est nécessaire et constitue une étape ultérieure.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 20/3/2014

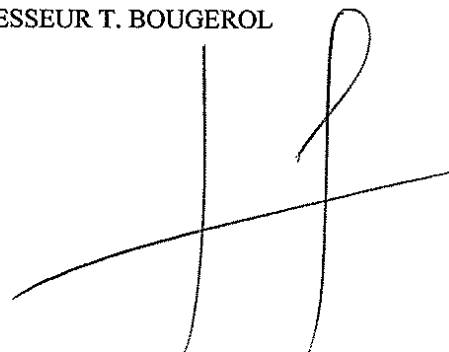
LE DOYEN

PROFESSEUR J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR T. BOUGEROL



RÉFÉRENCES

1. Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Académie Nationale de Médecine. juin 2006;190(9):1999–2012.
2. Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient: techniques, art et erreurs de la communication. Elsevier Masson; 2007. 216 p.
3. Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, et al. Communication and medication refill adherence: The diabetes study of northern California. JAMA Intern Med. 2013;173(3):210–218.
4. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc J. 1995;152(9):1423–1433.
5. Stewart M. Reflections on the doctor–patient relationship: from evidence and experience. Br J Gen Pract. 2005;55(519):793–801.
6. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, Talsky A, Sobocinski KA, Schiedermayer DL. A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. Arch Intern Med. 1989;149(10):2190–2196.
7. Ministère de l'Éducation Nationale. Arrêté du 2 mai 2007, relatif à l'organisation de la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. juin 2007. Rapport n°22. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>
8. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain J-C. Formation initiale à la relation médecin-patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. Médecine. 2011;7(8):381–385.
9. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. J Clin Epidemiol. 2012;65(1):10–15.
10. Schirmer J, Mauksch L, Lang F, et al. Assessing communication competence: a review of current tools. Fam Med. 2005;37(3):184–192.
11. Santé Canada. Outils de communication II - La communication efficace...à votre service. Allium Consulting Group Inc, 2001.
12. Bourdy C, Millette B, Lussier M. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. In: Richard C, Lussier MT (éditeurs); La communication professionnelle en santé. Montréal, Canada: Les Éditions du Renouveau Pédagogiques Inc, 2004.
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. exercer. 2008;(84):142–145.
14. Moreau A. Selon quels critères de qualité évaluer le relation médecin malade? Rev Prat Médecine Générale. 1999;(477):1835–1838.
15. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Médecine Générale. 2004;18(645):382–4.
16. Côté L, Savard A, Bertrand R. Évaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. Élaboration et validation d'une grille. Can Fam Physician. 2001;47:512–518.

17. Stillman PL, Brown DR, Redfield DL, Sabers DL. Construct Validation of the Arizona Clinical Interview Rating Scale. *Educ Psychol Meas.* 1977;37(4):1031–1038.
18. Lang F, McCord R, Harvill L, Anderson DS. Communication assessment using the common ground instrument: psychometric properties. *Fam Med.* 2004;36(3):189–198.
19. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *J Med Pract Manag.* 2001;16(4):184–191.
20. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2001;76(4):390–393.
21. Van Thiel J, Ram P, Van Dalen J. *MAAS Global Manual 2000.* Maastricht: University Press, 2003.
22. Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, et al. Teaching communication in clinical clerkships: models from the macy initiative in health communications. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2004;79(6):511–520.
23. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns.* 2001;45(1):23–34.
24. Novack DH, Dubé C, Goldstein MG. Teaching medical interviewing. A basic course on interviewing and the physician-patient relationship. *Arch Intern Med.* 1992;152(9):1814–1820.
25. Whelan GP. Educational Commission for Foreign Medical Graduates: clinical skills assessment prototype. *Med Teach.* 1999;21(2):156–160.
26. Cohen DS, Colliver JA, Marcy MS, Fried ED, Swartz MH. Psychometric properties of a standardized-patient checklist and rating-scale form used to assess interpersonal and communication skills. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1996;71(1 Suppl):S87–89.
27. Epstein RM, Dannefer EF, Nofziger AC, et al. Comprehensive assessment of professional competence: the Rochester experiment. *Teach Learn Med.* 2004;16(2):186–196.
28. Lipner RS, Blank LL, Leas BF, Fortna GS. The value of patient and peer ratings in recertification. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2002;77(10 Suppl):S64–66.
29. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796–804.
30. Marchand M. Le médecin de famille doit-il être empathique? NON. *Can Fam Physician.* 2010;56(8):745–747.
31. Lussier MT, Richard C. Le médecin de famille doit-il être empathique? OUI. *Can Fam Physician.* 2010;56(8):744–746.
32. Brunel ML, Martiny C. Les conceptions de l'empathie, avant, pendant et après Rogers. *Carriérologie.* 2004;(9):1–27.
33. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry.* 2002;159(9):1563–1569.
34. Sanselme A, Chambe J. La place de l'humour dans la consultation de médecine générale: étude qualitative sur le ressenti des patients. *exercer.* 2012;(104):226–7.

35. Berger JT, Coulehan J, Belling C. Humor in the physician-patient encounter. *Arch Intern Med.* 2004;164(8):825-830.
36. Howard J, Bennett M. Humor in Medicine. *South Med J.* 2003;96(12):1257-1261.
37. Martin C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale: enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. *Faculté de Médecine de Poitiers;* 2012. 26p.
38. Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J.* 2006;82(963):9-12.
39. Cungi C. L'alliance thérapeutique. Retz; 2006. 286 p.
40. Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. *Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard Lyon 1;* 2006. 166 p.
41. White J, Levinson W, Roter D. « Oh, by the way ... »: the closing moments of the medical visit. *J Gen Intern Med.* 1994;9(1):24-28.
42. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer.* 2013;24(108):148-55.

ANNEXE 1: CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

Numéro de participant	Année de soutenance de thèse	Année d'installation	Date de naissance	Sexe
FOCUS GROUP A				
A1	1984	1986	1956	M
A2	2007	2008	1976	F
A3	2008	2010	1979	F
A4	1983	1991	1953	F
A5	1984	1985	1956	F
A6	1987	1990	1952	F
A7	1999	1999	1968	M
A8	1990	1991	1960	F
FOCUS GROUP B				
B1	2011	2012	1979	M
B2	1987	1991	1959	F
B3	NT*	-	1986	F
B4	1987	1990	1959	M
B5	2012	2012	1982	F
B6	1979	1980	1947	M
B7	1992	1992	1964	M
B8	1985	1985	1951	M
B9	1998	2006	1971	F
FOCUS GROUP C				
C1	1992	1992	1962	F
C2	1996	1998	1969	F
C3	1999	2003	1971	F
C4	1993	1997	1960	F
C5	1996	1997	1967	M
C6	1978	1980	1952	M
C7	1997	2002	1969	F
C8	2002	2003	1971	F
FOCUS GROUP D				
D1	1989	1992	1962	F
D2	2009	-	1979	F
D3	1986	1988	1954	M
D4	NT*	-	1985	F
D5	2011	2013	1984	F
D6	1986	1987	1958	F
D7	1991	1991	1952	F
D8	1981	1983	1954	M
D9	NT*	-	1987	F
D10	1980	1980	1952	F
D11	2007	2007	1980	F
D12	1984	2012	1957	M
D13	1978	1979	1952	M
FOCUS GROUP E				
E1	NT*	-	1984	M
E2	NT*	-	1985	F
E3	2012	-	1985	F
E4	2013	-	1983	F

*NT : participant n'ayant pas encore soutenu sa thèse.

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS

Faut-il s'intéresser à la relation médecin-patient ?

Quels sont les critères d'une bonne relation avec le patient ?

Pouvez-vous évaluer la relation que vous avez avec votre patient ?

Pour vous, qu'est-ce qui fait qu'un patient est difficile sur le plan relationnel ?

Que diriez-vous des attentes du médecin et du patient dans le domaine de la relation ?

Qu'est-ce qui fait la qualité de la relation médecin-patient ?

Quelle place accordez-vous aux émotions dans la consultation ?

Si vous aviez à évaluer les habiletés de communication de votre interne stagiaire, comment procéderiez-vous ?

ANNEXE 3: VERBATIM DES FOCUS GROUPS

Verbatim Focus Group A du 30 mai 2012

Modérateur : Dr Serge BOUHANA (M), Observateur : Mélanie PHILIPPE

M : Faut-il s'intéresser à la relation avec le patient ? Finalement on est vachement sous la contrainte de recommandations, d'impératifs, ... euh, administratifs, d'impératifs de suivi de recommandations scientifiques. Finalement, est-ce qu'il est important de s'intéresser à la relation thérapeutique ?

A6 : Il y a un troisième élément...

A7 : *(répond en même temps)* Ça n'a aucun intérêt. Le seul truc qui compte c'est le P4P. *(Rires de l'ensemble du groupe)*

A6 : Dans cette relation, il y a la maladie donc ça fait un triangle. Puisque la relation médecin-patient, c'est médecin, maladie, patient. Euh... Patient-médecin, patient-maladie. C'est plus compliqué que binaire en fait. Alors après ça je sais pas bien comment... comment... si on fait intervenir la maladie ou pas ou comment intervient la maladie ou ... dans cette relation.

A7 : Tu penses que la maladie c'est un... intermédiaire... comme ton patient ?

A6 : Eh bien le patient il vient parce qu'il est malade au départ, donc euh c'est le patient plus sa maladie. Il y a quand même la maladie qui est là et c'est ce que tu disais là, toutes les recommandations c'est par rapport à la maladie.

A3 : Moi j'ai envie de dire que la maladie c'est pas une personne. Donc effectivement si on s'intéresse à la relation c'est deux personnes automatiquement c'est le médecin et le patient. Alors après il y a plein d'autres trucs qui interviennent : la maladie, l'environnement, ...

A4 : Et si, il y a la P4P *(Rires de l'ensemble du groupe)*.

A3 : Je trouve ça vachement intéressant parce que je trouve que le P4P ça détruit, enfin... j'ai pas encore décidé mais moi ça me...

A7 : Ça biaise.

A3 : Ça me révolte que la relation médecin-patient... enfin, il faut que j'en fasse abstraction. Il faut que je fasse abstraction de ma révolte contre le P4P pour euh... essayer de mener à bien.

A1 : C'est quoi le P4P ? *(Rires de l'ensemble du groupe)*

A3 : ...la relation.

A5 : Tu peux travailler sans l'avoir en tête ! Moi j'exerce sans l'avoir en tête. Là, tu vois, t'es dans les clous ou t'es pas dans les clous mais à la limite... euh tu vois si ça colle aux recommandations, si ça colle à ta logique, et ta façon de faire. Après tu vois si scientifiquement c'est justifié ou pas justifié, tu vas pas modifier ton activité dans ce sens. Mais au départ c'était pas ce qui nous a été dit.

A3 : Non, mais je suis tout à fait d'accord avec toi. Sauf que moi, ça m'embête un petit peu, parce que je le dis ce P4P à la « con », euh ça donne je sais pas combien de mille euros à la fin de l'année...

A6 : Non mais c'est vrai qu'obligatoirement ça joue.

A3 : Il y a certains médecins ben voilà. Moi j'ai un prêt de maison. Alors pourquoi j'aurais pas mes mille euros à la fin de l'année alors que d'autres l'auront. C'est trivial, c'est idiot et je suis d'accord pour plus en parler. (*Rires*)

A3 : Parce que c'est inintéressant au possible !

A7 : Après on va vivre avec.

A3 : Oui, voilà !

A7 : C'est ce que tu disais hein !

A4 : Je suis tout à fait d'accord avec toi.

A3 : Le problème c'est que je suis juste hypersensible.

A5 : Sur plein de sujets, tu as déjà ce qu'ils demandent.

A7 : Aujourd'hui...

A5 : Effectivement, pour l'instant.

A3 : Sauf que moi par exemple, un truc typique, quand j'ai envoyé deux patients aux urgences la même journée, je me dis : je suis nulle.

A6 : Pourquoi, non !

A3 : Si je dois envoyer un troisième patient aux urgences la même journée, je vais hésiter, même si je dois l'envoyer.

A6 : Eh ben pourquoi ?

A3 : Eh ben, c'est idiot mais c'est parce que,

A4 : C'est ce qu'on appelle la loi des séries.

A5 : Exactement.

A4 : C'est drôle ça.

A2 : Ah ouais, mais moi, je ressens ça aussi parce que tu finis par te dire que aujourd'hui, bah, j'y arrive pas quoi.

A3 : Ouais voilà, que c'est pas justifié, non, je peux pas. C'est pas possible qu'il y ait trois patients qui soient envoyés aux urgences le même jour. Mais c'est idiot.

A6 : Et qu'est-ce qu'ils vont te dire en plus ?

A3 : Voilà, la peur du jugement, tout ça. Mais c'est idiot.

A4 : Ça fait rien, ça passe.

A7 : Tu te fais encore engueuler ?

A3 : Je me souviens mon stage d'interne aux urgences, et j'avais eu les urgentistes et voilà. Après c'est mon ressenti complètement paranoïaque et hypersensible.

A6 : Si t'as un doute il vaut mieux que tu envoies aux urgences que de garder ton patient, qu'il rentre chez lui et que ça se passe mal.

A3 : Ah oui, mais je suis tout à fait d'accord.

A8 : Là on parle pas de relation médecin-malade !

A7 : La grande phrase du philosophe du vingtième siècle, qui disait : il vaut mieux passer pour un con que prouver qu'on en est un.

A3 : Bah ouais mais euh.

A7 : Bah ça peut t'aider quoi.

A2 : On va méditer ça.

M : Sur les aspects relationnels...

A7 : Moi je pense que A6 quand elle voit un patient, elle se dit c'est pas Monsieur euh... Duchemolle. Elle se dit c'est une pancréatite et elle se dit comment je vais négocier avec la pancréatite. (*Rires*)

A3 : Bon alors c'était quoi la question au fait ?

M : La question c'est est-ce qu'il faut s'intéresser à la relation avec le patient ? Et qu'est-ce que ça nous apporte de nous intéresser ou qu'est-ce que ça apporte au patient qu'on s'intéresse à l'aspect relationnel?

A6 : Disons que le patient va se sentir plus en confiance. Et puis, ça va permettre de mieux parler et d'expliquer son ressenti, sa maladie et puis toute sa vie à côté quoi.

M : Et alors qu'est-ce qui inspire la confiance ?

A6 : Qu'est-ce qui inspire la confiance ? Ça c'est subjectif.

A5 : Comment on inspire la confiance ?

M : Non

A6 : Qu'est-ce qui inspire la confiance ?

A3 : Bah moi, je pense qu'il y a le relationnel avec le patient. Il faut écouter ce qu'il dit parce que des fois il pose des questions bêtes, entre guillemets, parce qu'il n'y a pas de questions bêtes.

M : Le respect du patient

A3 : Et donc voilà. Pouvoir répondre à toutes ses questions les unes après les autres

A4 : L'attitude aussi d'accueillir, l'accueil, c'est important.

A6 : L'accueil c'est important

A4 : Ah docteur, vous avez toujours le sourire, sympa. Ils savent que t'as pas la gueule que t'es pas fatiguée. Je crois que c'est vachement important déjà. Comme ça ils ne sont pas sur la défensive, ou là je le dérange. Hein.

A3 : ça c'est vrai

A2 : Être tout le temps régulier.

A4 : Régulier dans l'attitude. Toujours la pêche quoi.

A6 : Il y a déjà le lieu.

A5 : Il faut un lieu un cabinet accueillant, propre, agréable.

M : Le lieu.

A2 : Oui, c'est important la salle d'attente. Si tu rentres dans une salle d'attente propre, accueillante.

A7 : Ça dépend. Avec un cabinet propre, tu dois mettre à l'aise certaines personnes et très mal à l'aise d'autres.

A2 : Bah non.

A4 : T'as le droit d'avoir un cabinet propre.

A7 : Ou un truc hyper rangé avec les gens qui vont se dire : attend on est bien là et t'en as d'autres...

A4 : On n'a pas dit rangé, on a dit propre. Ça peut être propre et chaleureux.

A8 : Propre c'est quand même un local accueillant.

A4 : T'as le droit de mettre un petit cadre sympa, une petite fleur.

M : Il y a d'autres choses qui inspirent la confiance chez les patients selon vous ?

A3 : Ouais, la possibilité pour le patient de dire non. Parce que je trouve que quand il sent qu'il a la possibilité de refuser tout ce qu'on lui propose : un traitement, une possibilité, une explication ou n'importe quoi. Ça le met en confiance. Il sait qu'on va expliquer, qu'on va prendre le temps.

M : L'attitude d'ouverture alors ?

A3 : Oui

A4 : Le médecin n'a pas toujours raison aussi. Donc euh...

A3 : Ouais, voilà

A4 : Il faut prendre le temps. C'est à toi d'expliquer.

A7 : Non mais tu peux avoir raison et ne pas avoir compris du tout ce que voulait le patient. Et du coup tu as tort.

A4 : Mais il y a des médecins c'est je dis j'ai raison. Donc il faut faire ce que je vous dis sinon allez vous faire soigner ailleurs.

A7 : C'est exactement ce que je viens de te dire.

A3 : Bon, on va dire que les deux ont raison c'est tout. Nous on a envie de l'hospitalité comme ça il va revenir ...

A4 : La possibilité du patient à gérer sa...son avenir quoi.

A2 : Sa liberté

A4 : Sa liberté de choix

M : Laisser le choix au patient.

A4 : Hum, hum.

A3 : Le choix en connaissance de cause

A8 : Voilà, bien lui expliquer la situation.

A3 : Parce que, il comprend tout de suite et après quand on lui dit mais pourquoi ...

A6 : Laisser le choix au patient ça revient à ce que tu dis. S'il ne veut pas faire son hémoglobine glyquée tous les trois mois et bien tu ne vas pas l'obliger.

A7 : Non mais t'as raison, parce que je vais pas pouvoir payer mon échéance de prêt. (*Rires*)

A3 : Non mais c'est horrible ce truc.

A6 : Non, mais je suis d'accord avec toi, je trouve ça horrible c'est...

M : C'est animé dans un conflit d'intérêt si je comprends.

A6 : Bien sûr, complètement.

A7 : Sur la grippe par exemple on est évalué sur le nombre de gens vaccinés alors qu'on devrait être évalué sur le nombre de gens à qui on a proposé la vaccination. Notre boulot c'est pas de forcer les gens à vacciner les gens mais c'est de leur proposer la vaccination et de leur expliquer : les critères, enfin... l'intérêt de les vacciner et l'intérêt...l'inconvénient de pas l'être.

A6 : Mais ça tu peux pas l'évaluer

A7 : C'est pas évaluable, c'est pas payer ça. Et là pour eux, sur des critères comme ça c'est facile à évaluer parce qu'ils disent : un médecin, tant de patients vaccinés contre la grippe et puis comme ça, c'est facile à mesurer pour eux, mais c'est pas du tout un bon critère.

M : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui sont importantes pour inspirer la confiance dans la relation?

A7 : D'avoir une belle voiture. (*Rires*)

A8 : Pas trop grosse quand même.

M : A1 on t'entend pas !

A1: Parce que j'avoue que j'ai un peu de mal à définir ce qui ... ce qui établit la confiance dans la relation médecin-malade. J'ai beaucoup de mal. Je cherche mais...

A5 : Ça vient peut-être aussi dans la continuité.

A1 : Je pense qu'en plus, dans ma pratique personnelle, il y a eu une évolution. Quand je suis arrivé jeune médecin, j'avais un comportement extrêmement technique. Et donc euh...style blouse blanche, faites ci, faites ça parce que c'est comme ça. Et puis petit à petit ma pratique a évolué, elle est devenue je dirais plus sensible à la personne quoi. C'est-à-dire que j'avais tendance à traiter la maladie. Et je suis passé de la maladie à la personne. Ça, ça m'a demandé du temps et quelques claques. Pour comprendre qu'effectivement, euh...je soigne une personne et pas une maladie. C'est ce qui m'a fait aller vers l'homéopathie par exemple. Qui permet effectivement d'avoir une analyse globale de la personne et pas seulement des symptômes qu'il présente, qui peuvent être présentés par n'importe qui mais chercher derrière ce qui se passe et on découvre derrière quelque chose qui nous implique nous-mêmes. C'est-à-dire que pour pouvoir connaître l'autre et lui permettre de s'ouvrir, il faut commencer par s'ouvrir soit même. Ça s'appelle l'empathie...enfin je crois. C'est quelque chose qui ressemble à une mise en cause de soit même. On peut pas rester à l'extérieur de la relation avec le malade...euh...avec cette attitude un petit peu technique. Moi j'appelle ça technique. Et avoir la confiance du patient.

A7 : Eh bien moi je pense que tu confonds ce qu'on appelle la sympathie et l'empathie. Parce que justement l'empathie c'est être capable en restant professionnel de montrer à d'autre que tu es ouvert à ce qu'il te raconte. Mais de pouvoir écouter...euh...sans donner ton propre vécu. Et c'est aussi important dans certaines situations parce que si tu montres trop ce que tu ressens, les gens ils vont se dire ça je peux pas le dire à mon médecin parce que ça va le mettre encore dans un état pas possible. Et le fait de montrer que tu es là pour réceptionner l'information. Pas montrer que tu es insensible. Tu peux dire aux gens bah, ce que vous me dites euh, ça me touche, euh, ça me paraît important euh... Mais t'as pas à dire moi aussi j'ai, enfin tu vois...le côté sympathie, bah oui moi aussi, j'ai ma grand-mère qui a fait ci, ça. C'est pas...l'empathie c'est, pour moi...

A1 : C'est effectivement les deux termes que j'ai confondu mais c'est effectivement de l'empathie. C'est-à-dire, tu livres pas tes expériences personnelles. Mais tu as une ouverture, je sais pas comment la définir...avec des mots. Mais c'est une ouverture qui te permet de recevoir l'autre en confiance

A7 : D'accord.

A1 : Voilà. Mais je peux pas définir ce que c'est que cette ouverture. C'est euh...En tout cas c'est un changement par rapport à quelque chose qui te dit...

A6 : C'est l'écoute.

A1 : Hein ?

A6 : Savoir écouter.

M : Ça veut dire pour toi : la relation, elle est très individualisée.

A1 : Ah bah, pour ce qui concerne ma pratique. C'est-à-dire je suis médecin généraliste libéral, euh, je reçois une personne à la fois, ou une famille ou un couple ou une mère et sa fille, c'est très très individuel. Et chaque...chaque varicelle que je vois est une varicelle qui est unique, qui appartient à la personne qui se présente avec cette varicelle, quoi. Et le traitement sera peut-être pas le même. Et en tout cas les mots que je vais employer ne seront pas les mêmes.

M : D'accord.

A1 : Je sais que vous êtes pas d'accord mais voilà.

A4 : C'est obligé hein !

A7 : Moi, j'ai fait l'expérience d'un truc...euh...qui s'appelle l'écoute active. J'ai fait deux jours de formation là-dessus. Et c'est monstrueux euh.

A6 : L'écoute active ?

A7 : L'écoute active. Et c'est impressionnant de voir comme ça modifie. Moi je l'utilisais dans des problèmes où j'arrivais pas à m'en sortir ou je comprenais pas bien ce qu'il se passait. Et c'est un système un peu stéréotypé où on...on...on a des questions ouvertes où on passe par quatre stades de questions euh... enfin de...d'évaluation. Et au début on se dit bah, c'est un peu bizarre comme truc. Et le fait de passer par ces quatre stades. Eh bah, ça fait sortir des choses qu'on n'a pas fait sortir en six sept ans et on comprend euh...pourquoi... les gens sont coincés dans ce système dans lesquels on les a mis et dans lequel ils se sont mis aussi. Pour répondre à ta question... C'est un peu difficile à utiliser en consultation parce que ça prend du temps, faut être vraiment bien disponible. C'est une technique à utiliser...quand on la maîtrise pas très bien...il faut être en forme pour euh...mais bon, c'est intéressant. Et ça c'est de la pure écoute et c'est de la thérapie par...par

l'écoute. Le but c'est d'arriver à trouver les ressources...à ce que la personne trouve ses propres ressources pour se soigner.

A5 : Solliciter les ressources.

A7 : L'idée c'est qu'elle identifie ses...elle identifie ses ressources et après essayer de l'aider à utiliser ses ressources...au maximum.

A2 : Et comme tu disais tout à l'heure, il y a quand même une part d'instinct aussi dans...dans la relation...dans la confiance. De la part des deux d'ailleurs. S'ils rentrent et qu'ils savent que ça va passer ou ça va pas passer.

A7 : Après...

A2 : Il n'y a pas que ça. Mais ça joue aussi. Il y a des choses qu'on n'explique pas.

A7 : Il y a plein de chose sur le relationnel, sur l'attitude que tu as, sur les mots que tu utilises par rapport aux gens, euh...si...

A3 : Des fois il y a aussi des trucs tout bêtes, ils sont passés par leur pharmacien préféré, leur tante. Il suffit qu'on ait fait un bon truc avec leur cousine germaine qui leur a dit et paf quoi, ils nous accordent leur confiance quoiqu'il arrive pendant 10 ans. Enfin, c'est des trucs tout bêtes mais ça existe.

A7 : Des fois, tu as le contraire.

A3 : Des fois t'as le contraire forcément.

A7 : J'ai le souvenir avec une stagiaire, premier jour de stage, la patiente qui me dit euh...la première fois que je suis venu vous voir je me suis jurée que plus jamais je reviendrai vous voir. C'était horrible. Et puis un jour au mois de juillet, j'étais le seul médecin sur (*Ville*). J'étais très malade, alors voilà, j'étais obligée de venir vous voir, il n'y avait personne d'autre. Et puis, depuis ce jour-là, euh...pour rien au monde je changerais de médecin.

M : Tu veux dire qu'il y a des aspects subjectifs. Qui sont pas clairs quoi ? Qu'on n'explique pas. Ou que tu peux expliquer ?

A7 : Alors par rapport à moi, oui, ça je peux l'expliquer. C'est que ma première consultation...euh, je suis très sur la réserve je...j'attends de voir qui sont les gens. Et euh...je fixe mon cadre de consultation et je vois si les gens le supportent. D'ailleurs pour le médecin traitant, je dis toujours aux gens qu'il faut qu'ils m'aient vu deux fois pour que j'accepte de signer le papier.

A5 : Oui, moi, je fais pareil.

A7 : Je leur dis, vous savez, je suis quelqu'un de pas facile...il faut voir si vous êtes capable de me supporter. Et en fait, c'est dans les deux sens. C'est-à-dire que moi, je m'assure aussi que ... Comme eux, ils peuvent changer de médecin comme ils veulent et que nous on peut pas, à moins de passer au tribunal de la sécurité sociale après je sais pas quoi. Si on veut quitter un patient, en tant que médecin traitant.

A4 : Si, si tu veux. Si tu le confies à quelqu'un d'autre. Si t'es sûr qu'il va être pris par quelqu'un d'autre.

A7 : Pas du tout. S'il refuse...

A4 : Non, non, moi je l'ai fait une fois.

A7 : Euh, normalement, s'il est pas d'accord pour aller voir le médecin que tu ...

A4 : Eh ben, ...

A7 : Dans les textes, c'est marqué que...

A6 : Dans les textes c'est marqué quoi ?

A7 : C'est marqué que si tu refuses de soigner quelqu'un il faut que tu passes au tribunal de la sécurité sociale.

A3 : Je pensais qu'il fallait juste faire une lettre au patient.

A4 : Non, il faut que quelqu'un d'autre le prenne en charge. Il faut pas le laisser dans la nature quoi. Moi, je l'ai fait une fois pour quelqu'un d'insupportable, hein. C'était cadeau pour le médecin traitant.

A7 : Non, mais, dans la relation médecin-malade, c'est vachement important d'être capable de dire à quelqu'un euh...vu la relation qu'on a en ce moment, c'est pas possible, je ne peux pas vous soigner.

A4 : C'est rare.

A7 : Je l'ai fait très rarement mais c'est vrai que je l'ai fait. Une autre chose qui est importante, notamment avec les gens qu'on connaît un peu en dehors du cabinet, c'est de rappeler le cadre de la consultation. C'est-à-dire que nos questions peuvent paraître de la curiosité ou euh...malveillante ou euh...aborder des choses, mais euh...dans ces cas-là je leur dis que ça correspond à des questions que j'ai besoin de poser pour des raisons précises et que c'est pas de la curiosité, c'est purement médical. Et puis, je rappelle que tout ce qui se dit au cabinet reste au cabinet. Il est accessible aux autres médecins avec l'accord du patient en partageant le dossier et euh...Et que mes enfants, ma femme, mes amis, et même les autres médecins, si j'ai un problème à exposer, bah je ne citerai pas le nom du patient.

A5 : Surtout avec les ados je trouve que c'est important.

A7 : Avec tout le monde.

A5 : Oui, non, mais, c'est quelque chose que j'ai à cadrer plus souvent avec les ados qu'avec les adultes en fait.

A2 : Moi aussi.

A3 : C'est le moment où ils passent à l'âge adulte et c'est le moment où ils ont le droit entre guillemets au secret quoi.

A5 : Dès le moment où ils sont seuls dans le cabinet, quand on fait sortir les parents, quel que soit l'âge à la limite euh...On rapporte aux parents ce qu'il veut bien qu'on rapporte aux parents.

A1 : Pour revenir à quelque chose qui peut montrer effectivement l'importance de la relation médecin patient. C'est justement ce cadre du conflit entre un médecin et un patient. Et moi, je me rappelle d'un cas comme ça où je suivais une femme depuis bien six ou huit ans et hum...je me suis rendu compte un jour que...qu'elle...qu'elle me mentait, qu'elle disait pas la réalité des choses quand elle présentait ses symptômes et les choses qu'elle présentait ne collait pas avec la réalité que je pouvais découvrir par l'extérieur. Bon c'est souvent le cas des gens qui...qui...qui sont dans la drogue ou qui sont dans une addiction. Et euh, j'avais bien basé mes...enfin...j'avais basé notre relation sur la franchise. Je lui dis : bon, donc que tu racontes des histoires à tes proches, je comprends. A tes amis, pareil. Mais si tu veux que moi je continue à m'occuper de toi, il faut qu'il y ait une relation qui soit claire, c'est-à-dire, si tu as pris des médicaments et ben tu me le dis si tu es allée prendre des produits ailleurs tu me le dis et puis on en discute. Mais que tu aies au moins la possibilité de t'exprimer clairement, en toute franchise, avec quelqu'un. En sachant que ça sortira pas de...Et elle m'a mené en bateau de la même

manière que les autres. Et un jour j'ai dit stop je veux plus te suivre. Et après je l'ai regretté parce que je lui ai fermé une porte plus parce que j'étais vexé qu'elle ait pas tenu le contrat. J'ai pas à la punir de son comportement. Tu vois, quelque part, je me suis passé du rôle du médecin au rôle de censeur ou de justicier, quoi. Donc des fois cet équilibre entre le patient et le médecin, il est fragile. Il faut pas grand-chose pour qu'on soit touché dans notre fierté ou dans notre...ou dans nos convictions aussi.

A4 : Ou ingrats.

A3 : Oui, parce que par exemple ils sont anxieux ou dans une mauvaise passe et nous, bah pareil, il suffit qu'on ne soit pas bien ce jour-là et paf, on prend ce qui a été dit pour soi, on l'analyse mal.

A1 : Et donc cette relation médecin-patient, elle est fondamentale, quoi. Pour moi dans un acte médical, si le médecin...C'est pour ça que je trouve que la régulation médicale, c'est quelque chose qui pour moi est un contre-sens, une ineptie. Le fait de pouvoir conseiller à distance quelqu'un que tu vois pas, qui te décrit des symptômes par téléphone et puis qui ...enfin, bon, je sais pas t'es peut-être pas d'accord parce que toi tu en fais (*en s'adressant à A9*), mais... Le peu de régulation que j'ai fait, j'étais très très mal à l'aise quoi. Parce que je ne peux pas voir je ne peux pas toucher, je ne peux pas ...enfin, je n'ai qu'un seul sens qui fonctionne, c'est l'oreille. L'oreille puis après le cerveau et mon imaginaire. Ce que je mets derrière ce que j'entends. C'est quand même vachement limité. Parce que la relation médecin-patient c'est autre chose quoi, et...il y a tout quoi, il y a le toucher, l'odorat, les yeux, la façon de bouger de la personne. Je sais pas, moi je reconnais un enseignant dès qu'il passe la porte hein ! Je sais que c'est un enseignant. (*Rires*)

A1 : C'est un exemple !

A6 : Il y a le portefeuille de la sécu aussi.

A7 : Tiens A6, est ce que tu peux repréciser ta notion de patient, médecin et maladie, parce que si t'as dit ça, ça m'intéresse de savoir ce que tu en penses.

A6 : Eh ben, c'est parce que, ...

A7 : Comment tu vois ça toi ?

A6 : Eh ben moi, je vois toujours ça en triangulation en fait. Euh...Le médecin, la maladie et le patient. Et voilà. J'examine bien enfin, je vois bien la maladie, puis après je vois le patient, je me focalise après sur le patient, dans la relation si tu veux. Et puis après j'essaye d'associer patient-maladie. Et voir comment ça peut s'imbriquer les deux quoi. C'est un petit peu comme ce qu'on disait, voir l'aspect global du patient.

A7 : Il y a des moments, tu vois un peu la maladie du patient un peu toute seule quoi ?

A6 : Euh, oui, un peu toute seule. Oui, oui. A un moment donné, je la vois bien un petit peu toute seule ...Alors c'est peut-être pour ça que le truc du P4P là c'est pas complètement faux, puisque finalement, il y a la maladie qui est là et qui a un coût pour la société et il y a le patient qui est là. Et il faut bien raccrocher les deux quoi.

A4 : Moi je partage bien les deux...enfin, je ne partage pas les deux. C'est-à-dire que moi, la maladie, c'est toujours dans un patient. L'otite, comme disait A1, la même otite que tu soignes chez toi ou chez un gamin ou même chez ta cousine germaine. Ça ne sera pas la même otite, tu ne la traiteras pas pareil.

A7 : Enfin A6 a raison de dire que c'est quand même une otite et qu'il y a un cadre pour les otites et de savoir...

A4 : Il y a un cadre pas forcément parce que tu peux faire une otite avec comme point d'appel tu as mal mais c'est pas forcément une grande maladie.

A6 : Je vois la maladie et puis après je vois la relation avec le patient si tu veux.

A5 : Ouais, c'est ça.

A4 : Enfin c'est peut-être ma déformation d'homéopathe peut-être aussi mais euh... Mais quand il y a une maladie on se dit mais pourquoi il est tombé malade à ce moment-là et pourquoi il a un rhume. Et après tu te dis que ça aurait pu être ailleurs mais pourquoi. Donc en fait, il faut aussi prendre du recul pour pas se précipiter sur la maladie, il a une angine, une otite enfin je... La maladie est importante, mais il n'y a pas que ça. C'est comme le diabète qui est déséquilibré. Des fois ils font comme d'habitude. Ils te disent que le diabète monte et tu ne sais pas pourquoi. Et là il faut te poser la question, bah, qu'est-ce qu'il s'est passé dans votre vie ? Vous avez eu un choc ? Tout de suite j'extrapole un peu. Et en dessous, il y a des tas de réponses pour ça. C'est vrai moi je connais des copains, c'est vraiment la maladie d'abord. Que la fille elle soit une dépressive ou qu'elle ait perdu son chat ou sa grand-mère, ils s'en foutent complètement. C'est vous avez une angine et au revoir. Terminé. Alors que moi, je ne fonctionne pas du tout comme ça.

A7 : Il a raison parce que si t'as son hémoglobine glyquée qui est en dessous de 7,5% ça te fait tant de points pour le P4P.

A4 : Alors ça moi, je, ... j'ai pas signé le machin.

A7 : Ça existe ça hein !

A4 : Oui, oui, mais moi, ça, c'est pas possible. Je m'en fous complètement du 4PP là... euh. J'ai pas signé, j'étais pas là.

A3 : Mais pour revenir à ce que disait...

A7 : Mais c'est pas complètement idiot non plus, parce que il y a des critères enfin par rapport aux gens. Il y a des médecins quand même, ... il y en a ils font des trucs, on se demande comment c'est possible de faire des choses pareilles. Et euh... c'est important dans la relation médecin-patient aussi. Il y a des gens qui voient 50-60 patients par jour. Ces gens-là quand vous faites le calcul euh... moi j'en vois une vingtaine. Ils gagnent 3 fois mieux leur vie que moi.

A6 : Et ils vont avoir un PAP bien mieux.

A7 : Bien plus... Pas forcément parce qu'il y a... Alors c'est sûr que sur les critères de patientèle ils vont avoir un P4P important, mais sur les critères de qualité, ils vont... probablement ils perdent un peu. Et euh, ça c'est quand même assez satisfaisant quand même. Parce que franchement, il faut de temps en temps, euh... avoir le sens de son travail, assez poussé pour se dire que... enfin qui accepterait de gagner 3 fois moins si euh... on lui disait que... parce que c'est ça quand même euh... 20 patients ou 60 patients, c'est un salaire divisé par 3. Tout ça pour avoir un temps de relation avec les autres patients... dans le relationnel avec les patients, ça compte. J'en vois un qui m'a dit à la dernière FMC : bah moi de toute façon euh... les gens je leur dis bah, vous venez à 19h, je vous verrai en 3 minutes. Mais il dit je fais du super boulot parce que je leur rends service euh... (*Rires*)

A7 : Mais non, mais il était vachement content de ce qu'il faisait. Je les vois en 3 minutes, ça leur rend service, ils ont leur traitement et, ... et voilà. Et euh, je vois 60 patients par jour.

A2 : Il y a des gens à qui ça convient très bien. C'est qu'il y a 60 patients par jour qui viennent le voir.

A7 : Bah bien sûr ! Et en plus, c'est des bons médecins parce que... Parce qu'il y a du monde dans leur salle d'attente euh...

A3 : Et puis ça draine beaucoup et il y a beaucoup de patients qui sont contents.

A7 : Non, mais c'est vrai. Mais sur le relationnel...

A4 : C'est pas de la bonne médecine.

A5 : Après il y a ta satisfaction de la fin de journée aussi quand même qui est importante.

A4 : Lui la satisfaction, c'est le tiroir-caisse.

A7 : Moi, en 2 patients je suis vanné. Et j'ai vu en période d'épidémie de grippe, il y a un jour où j'ai vu 37 patients dans la journée, c'était mon record. Eh bien, j'ai fini, il était 19h10. Je suis rentré à la maison, ma femme m'a demandé mais qu'est-ce que tu fais ?

A4 : Direct au lit...

A7 : Non, pas du tout, je suis en pleine forme! Alors, c'était des grippes, des gastro, ça prend pas la tête, t'as pas besoin de réfléchir, hop, hop, c'est bon. T'as fait 20 fois la même chose dans la même journée. C'est sûr que le soir tu te dis : bon, c'est quand même pas...

A2 : S'il y avait une pyélonéphrite dans le tas,...(Rires)

A4 : Ou la méningite que t'as pas vu, ça fait chier.

A7 : Et malgré tout ça compte dans notre relation avec les patients. On est payé en fonction du nombre de gens qu'on voit donc euh...

A6 : T'en as quand même pas beaucoup des médecins qui font 60 actes par jour. Parce que la moyenne, la moyenne, c'est quoi ? 15-20 je crois.

A5 : Oh, plus que ça.

A4 : Il y en a qui en voit toutes les 5 minutes ! Il y en a qui ont été condamnés parce qu'ils en voyaient 110 par jour.

A6 : Non, mais, il y en a pas beaucoup.

A7 : À quel endroit ? En Haute-Savoie ?

A6 : Tu l'as la moyenne générale ? Mais la moyenne générale, c'est pas tant que ça.

M : Et vous pensez qu'il y a un lien entre le nombre de patient qu'on voit et la relation ? Et dans quel sens ?

A7 : Si on en parle. Bien sûr !

A6 : Si tu veux, le patient qui est très pressé euh, voilà, qui s'en moque de la relation, il va voir ces médecins-là.

A1 : Mais c'est encore une relation.

A2 : Ah oui, c'est ce que j'allais dire !

A4 : Pour une bonne relation, il faut quand même prendre du temps, expliquer et...recueillir les plaintes du patient. Ils ne vont pas toucher, y'en a plein qui ne prennent pas la tension !

A7 : Si. Ils ne prennent que la tension !

A4 : Sur le manteau. Oui.

A7 : Et ils prennent la tension.

A4 : C'est tout. Mais pas l'attention. Rires.

A7 : Moi, c'est un défi pour moi, en consultation de ne pas prendre la tension et de montrer que j'ai fait attention aux gens.

A4 : Moi aussi. Je leur dis c'est pas obligé là.

A7 : En plus, la tension, je la prends pratiquement plus au cabinet, je la fais prendre qu'à domicile. Mais les gens ça les perturbent. Il y a des gens qui disent...alors, ceux qui me connaissent, ils ne disent plus rien mais...ceux qui ne me connaissent pas me disent : vous ne m'avez même pas pris la tension.

A6 : Ah bah, ça te fait gagner du temps comme ça ! (*Rires*)

A7 : Non, mais, ça prend beaucoup plus de temps de leur montrer que tu t'occupes des gens sans leur prendre la tension. Et qu'ils sortent en disant il s'est occupé de moi.

A2 : Il faut savoir dire non des fois.

A4 : Mais pour une entorse, tu la prends pas.

A7 : Il y en a qui disent mais vous m'avez même pas pris la tension.

A4 : Oui, oui, oui, quand même.

A1 : Je pense qu'il faut quand même différencier, enfin en ce qui me concerne par exemple, moi, je fais pratiquement que de la consultation unique. C'est-à-dire, je vois la personne une fois, et c'est tout. Je ne la revois plus. Dans pratiquement 80% de notre clientèle, c'est ça. Hein ?

A8 : Oui.

A1 : Donc c'est une consultation et on ne voit plus la personne après. Donc je pense qu'il faut bien différencier la première consultation d'une consultation qui se répète avec la même personne pendant des années.

A5 : Oui, parce que la relation se construit en fait au fil des consultations.

A1 : Parce qu'il y a quelque chose d'autre qui va apparaître ...

A5 : Au fil des consultations.

A1 : Au fil des consultations, la relation va évoluer et euh... Bon, j'ai les patients locaux qui viennent consulter toute l'année. Et c'est vrai que le relationnel est complètement différent. Donc je dirais que la première consultation, c'est quelque chose à mettre à part. C'est quelque chose où chacun se découvre. La personne qui rentre, elle te connaît pas. Toi qui vois rentrer la personne eh ben, tu la connais pas non plus. Et puis il va se faire quelque chose quoi. Et puis à la sortie, il faut qu'elle ait son traitement, qu'elle soit contente. Eventuellement, qu'elle soit très contente, sinon tu vas avoir des mauvais retours... euh... quelques temps plus tard. Donc euh...il faut que le gars il sorte avec son paquet cadeau et le nœud sur le paquet quoi.

A7 : Mais d'un autre côté la première consultation, elle a un intérêt. C'est-à-dire que tu as un regard neuf sur le patient que tu n'as plus quand tu suis les gens. Et avec les internes, je trouve ça intéressant. Quand les internes voient les patients que nous on voit régulièrement, ils font toujours des

remarques sur des choses auxquelles on n'aurait pas fait attention. Ou ils posent des questions qu'on s'était imposé de ne pas poser. On s'était dit ça il faut pas l'aborder avec le patient et ils arrivent avec leurs grosses baskets. Ils posent la question et on a une réponse complètement inattendue qui débloque des situations. Et ça c'est un reproche que je fais aux médecins traitants, c'est que les gens, ils sont maintenant euh... bloqués avec un médecin. Et j'ai remarqué, de temps en temps, ça aidait vachement les gens, de pouvoir... de prendre un autre avis, d'eux même. Nous on n'arrive pas à démêler un problème et l'autre, il va aborder les gens autrement, avec un autre regard. Et ça débloque des situations, des trucs dont on merdouille. Donc moi, je fais attention, de plus rapidement adresser à des spécialistes maintenant... euh, qu'à revoir le médecin traitant. Parce que j'ai eu l'expérience euh... Bah, des trucs j'avais pas trouvé et puis euh... le médecin d'à côté, bah, il l'a trouvé quoi... à la première consultation, parce qu'il avait un regard neuf et qu'il a posé des questions.

A1 : C'est marrant, ça m'est arrivé cet hiver, avec un gars qui avait un souffle des deux carotides, à 4 sur 5 quoi. Et bon, ça faisait au moins 20 ans que j'avais plus mis mon stétho sur ses carotides, quoi. Et bah, mon interne, elle est arrivée, elle m'a dit ah, ça souffle et tout. Et je lui ai dit : ah bon ? *(Rires)*

A7 : C'est perturbant les internes !

A1 : C'est perturbant. Puis en même temps d'un autre côté, c'est vachement salvateur, parce que c'est un gars qui n'aurait vu que moi. Et puis bon, bah j'aurais peut-être..., et puis, bon, il a été opéré et ça s'est super bien passé quoi.

A7 : En sachant que 50% des rétrécissements carotidiens sont sans souffle !

A8 : Enfin, ouais, en plus, là, je... *(Rires)*

A1 : Ouais mais dans ce cas-là, c'était particulièrement impressionnant quoi.

A7 : C'est chacun une relation différente et ça fait un prisme qui fait que bah, on voit mieux certaines choses.

A1 : Et je crois, je crois que notre rôle de médecin traitant, c'est de ne pas tomber dans cette routine. Effectivement, au fil des consultations et des années, se dire ah bah, celui-là je le connais. Enfin regarder chaque personne qui rentre et à chaque consultation avec un œil neuf, quoi.

M : T'as des astuces pour ça ? Comment tu fais pour aborder les patients avec un œil neuf ?

A1 : Bah, j'essaye de les prendre par surprise quoi ! *(Rires)*

A1 : De me prendre par surprise ! Le mec que j'ai jamais fait déshabiller par exemple, bah, un jour, je vais lui...

A7 : Tu fais déshabiller par surprise ? *(Rires)*

A1 : Il vient pour un problème précis, et je fais quelque chose de complètement différent.

A3 : Moi j'essaye des fois de refaire comme une première consultation. La première consultation, la première fois que je vois les gens, déjà, je double le créneau. Et je vois tout en revue enfin, j'essaye d'être vraiment systématique. Et ça ressemble, c'est le côté unique quoi, pour le patient d'ailleurs. Et je les préviens, bah écoutez, je vais vous poser plein de questions. Et c'est vrai que de temps en temps, quand j'ai un gros dossier, enfin... quand j'y comprends plus rien ou tout ça, je refais mon plan comme la première consultation quoi.

A7 : Ouais, tu sais que c'est vachement important parce que dans le temps, ta première super consultation. Eh ben, au bout de 5 ans, il s'est passé des choses que t'as peut être pas noté dans le dossier que... dont t'es pas au courant, et moi, je m'aperçois qu'on se plante pas mal là-dessus. Ils ont

vu des gens, ils ont été hospitalisés à...l'autre bout de la France. T'es pas au courant, c'est pas noté et c'est un truc qui est important !

A3 : Et sinon, pour en revenir à ce que tu disais tout à l'heure sur la maladie et tout ça, moi j'ai aussi besoin. Enfin, c'est pas deux choses différentes. Tu dis une otite c'est pas la même chez tout le monde, ça je suis tout à fait d'accord. Mais moi, quand je vois un patient, je suis obligé de le déshumaniser quoi. Enfin, pour l'analyser en fait. C'est-à-dire que je vis ce patient un peu...enfin, oui, je suis obligé de me concentrer sur, sur, sur...enfin oui, sur tout ce qu'il a. Sur ces symptômes, mais aussi son attitude, ça...j'enlève pas sa personne, qu'on soit bien d'accord. Mais c'est un peu comme si, euh, je me mettais vraiment dans une espèce d'attitude d'analyse extrême quoi ! Enfin, d'analyse extrême c'est vite parler mais voilà. Et puis j'essaye de désosser les choses, et de remettre les choses ensemble. Et euh...et voilà pour essayer de...Un exemple par exemple, un jeune de 20 ans qui vient pour une gastro, il peut avoir l'air mourant. On est d'accord ? Ça peut être vachement impressionnant. Et en fin de compte, on peut se dire mais il va mourir dans les minutes qui suivent. Enfin, il va pas mourir, mais je veux dire, qu'est-ce qu'il est mal et tout...il arrive pas à marcher, des fois, il nous demande de venir à domicile. C'est fini, ça mais bon. Il pleure au téléphone, voilà, je peux pas me déplacer. Alors qu'il y a un vieux qui va venir juste après avec par exemple une insuffisance rénale à 18 et qui vient sur ses pattes, et qui va me dire, je vais très bien Docteur, j'ai 85 ans. Et qui va être avec son infarctus, son diabète, son insuffisance rénale à 15. Je veux dire, il est vachement précaire quoi. Et pourtant, ça ne se voit pas sur sa figure, enfin, voilà, c'est juste ça. Je vais me dire, le vieux, bah, finalement il va très bien, alors que le jeune, il va me foutre les jetons quoi. Bah voilà, j'ai besoin de déshumaniser la personne, ça veut simplement dire pour moi, enlever chez le vieux le ça va très bien, au revoir Docteur et chez le jeune, enlever le je vais mourir docteur, c'est pas possible.

A7 : T'enlèves la façade !

A3 : Voilà !

A7 : Enfin, l'humanité.

A3 : Enfin, je sais pas comment l'expliquer

A7 : La façade ! Ce qu'il te montre.

A3 : Bah le truc quoi. Enfin en même temps c'est pas une façade, c'est quand même ce qu'il ressent profondément, et voilà quoi. Je pense que c'est l'analyse en fait.

A7 : Non, c'est pas ce qu'il ressent profondément. C'est ce que tu interprètes de leur attitude, c'est pas la même chose.

A3 : Oui, enfin, quand même.

A4 : Il y en a un qui est angoissé et pas l'autre.

A3 : Oui, voilà, c'est ça. Je me dis bah oui, voilà lui maintenant, il est angoissé. Il est au fond du trou avec son mal de ventre, c'est normal, c'est pas grave mais ça fait vachement mal un mal de ventre...bah, c'est absolument pas grave.

A7 : Je suis désolé mais malgré tout, moi, ça m'est déjà arrivé une fois, une jeune fille de 17 ans, un samedi matin, comme ça qui avait une gastro. Eh ben, c'était une méningite !

A3 : Effectivement, c'est ça que je te dis, au début quand je me suis installée, j'avais extrêmement peur des jeunes de 20 ans qui avaient une gastro parce que je pensais qu'ils avaient des méningites, parce que je pensais qu'ils allaient mourir dans la seconde quoi. Voilà, n'importe quoi ! Alors que les vieux qui viennent sur leurs pattes bah c'était comme mon grand-père qui va très bien, et voilà. Tu comprends ce que je veux dire ou pas ?

A7 : Ouais, mais justement, notre rôle de professionnel c'est de ...

A3 : Oui, c'est exactement ce que je te dis. C'est de prendre du recul, d'analyser, etc...mais c'est quelque chose euh...qui se pratique, qui s'apprend, qui intervient dans la relation donc voilà dans l'analyse et dans ce qu'on va faire après. Non t'as pas compris ce que je voulais dire ?

M : Tu penses que ça, ça intervient dans la relation ou est-ce que... ?

A3 : Oui, ça intervient !

M : Dans la relation au patient ou à la maladie ?

A3 : A tout en fait, à la consultation et donc au résultat de la consultation et donc à la prise en charge. Ce que je veux dire c'est que par exemple moi au début, quand j'ai pratiqué, j'étais affolée quand je voyais une gastro chez des enfants. Alors que je pouvais, et c'était une grande erreur, ne pas m'affoler chez un vieux de 85 ans qui a fait son infarctus, son diabète et son insuffisance rénale à 15. Tu comprends ce que je veux dire ? Et que j'ai appris petit à petit. Enfin au fil des consultations, alors je sais pas pourquoi, je sais pas comment, enfin voilà. Mais à mieux analyser les gens, à mieux mettre ce filtre dans ce qui me renvoyait, c'est de l'ordre de l'émotionnel. En fait je pense que c'est...Par exemple, je prends 2 gastro, il y en a un il va arriver : bonjour docteur, j'ai la diarrhée depuis 3 jours, je vomis depuis 2 jours, j'ai mal au ventre ça fait des coliques, qu'est-ce que vous en pensez, qu'est-ce que je peux prendre comme traitement ? Pas affolé, machin, quoi. Bah, ça c'est du gâteau ! Tu l'examines, pas de problème. Monsieur, je vais vous donner ça, voilà. Et puis, t'as le même qui te dis, qui arrive, super angoissé qui arrive en disant oh docteur, je vais mourir j'ai ça, ça se tord. Enfin, qui en fait tout un cinéma. Et ben, c'est la même épidémie, ils sont dans la même classe...enfin voilà...bien sûr que je peux passer à côté de la méningite, j'ai bien compris. Mais c'est théoriquement le même virus, la même gastro et le ressenti est tel que ça va changer mon comportement, enfin ça peut changer mon comportement en face.

A8 : Bah, c'est normal !

A2 : Bah oui, parce qu'elle elle va avoir besoin que tu la rassures que tu prends les choses au sérieux et lui, il va juste avoir besoin que tu lui donnes des médicaments.

A3 : Ce que je veux dire c'est qu'elle, elle va m'affoler moi et je vais penser à la pancréatite...

M : C'est sur le plan émotionnel.

A3 : Oui, voilà c'est ça. Parce que moi, sur le plan émotionnel, je suis vachement hypersensible. Et ça effectivement, d'une personnalité de médecin à un autre, on ne va pas se faire piéger de la même façon. Mais moi, je me fais piéger sur des trucs comme ça. Mais parce que je suis hypersensible. Voilà.

A2 : Et ça change quoi ?

A3 : Eh ben ça change que je vais plus souvent des examens complémentaires soit je vais l'adresser aux urgences et entre guillemets : c'est pas bien. Enfin, j'ai pas été assez professionnelle parce que j'ai pas mis des barrières suffisantes.

M : Tu veux dire que les émotions du patient ou les émotions du thérapeute peuvent influencer sur la relation ?

A3 : Sur la prise en charge du patient.

A7 : Mais ça tu pourras jamais faire autrement.

A3 : Oui, mais je pense que c'est utile.

A8 : C'est l'expérience...

A3 : Oui, je pense que c'est à travailler, ça va beaucoup mieux. Et puis effectivement, je pense que c'est ce qui fait que quand un patient est vu par une personnalité de médecin ou un autre, n'aura pas la même prise en charge à la fin. Un médecin qui n'est pas sensible, enfin, qui a plus de recul, c'est pas qu'il soigne moins bien. Quand je dis pas qu'il est moins sensible, je ne dis pas qu'il les prend moins en compte. C'est 2 choses différentes ! Je suis bien d'accord.

A2 : T'es moins touché...

A3 : Moins déstabilisé, voilà déstabilisé. C'est vraiment de la déstabilisation.

M : Et tu penses que c'est important de les percevoir ces émotions ?

A3 : Bah, oui, moi maintenant, enfin...les émotions à soi ?

M : À soi et au patient !

A3 : Ah bah, oui, je pense. Par exemple, si j'analyse la dernière en me disant froidement, en me disant : maintenant je me dis effectivement, oulala celle-là elle m'appelle toutes les 10 secondes. Alors je me dis, je vais m'asseoir, machin, tout ça, je me calme. Bon bah, qu'est-ce qu'elle a exactement, bon bah, elle est excitée, bon d'accord, mais je sais qu'elle a un tempérament anxieux. Ok, elle vient de perdre son petit copain donc elle est mal. Ok, elle a juste une rhinopharyngite mais en fait son petit garçon a une gastro, ça fait un mois qu'elle ne dort pas, que, elle vient d'accoucher, machin, tout ça. Donc effectivement elle a besoin d'un arrêt de travail. Ok, c'est une autre motivation mais comme tu disais l'arbre cache la forêt.

A7 : Moi, je trouve qu'il y a un autre truc qui est déstabilisant, c'est les gens qui disent : docteur, j'ai mal au dos euh...il me faut une IRM. Ça ces gens-là, j'avais tendance à me dire bah toi mon petit gars t'en auras pas !

A3 : Je ferais tout pour ne pas t'en faire ! Moi aussi au début c'était comme ça.

A7 : Et c'est vrai qu'avec le temps, je me suis plutôt dit, on va voir si l'IRM est justifiée ou pas et s'il y en a besoin ou pas. Parce que malgré tout de temps en temps, il y en a qui ont raison de demander une IRM. Et souvent c'est des gens de ce profil-là, qui arrivent en sachant tout et on a souvent tendance à avoir une attitude un peu fermée par rapport à ces gens-là. Et on peut se faire avoir sur des trucs euh... Et pour répondre à ta question sur les maladies chroniques, pour les voir de façon différentes, moi, j'ai une liste de questions où je leur dis par exemple : comment est-ce que vous vous voyez dans 10 ans avec votre diabète ? Pour vous qu'est-ce que c'est que ce diabète ? Ou ça influence quoi dans votre vie de tous les jours ? Votre « Kenzen », il sert à quoi ? Pourquoi est-ce que vous le prenez ? Euh... votre statine, je préfère parler de statine en général, pourquoi est-ce que vous prenez une statine ? Euh...Je leur pose des questions comme ça. C'est une autre façon de voir la maladie chronique.

M : Sur le vécu du patient par rapport à son traitement ou sa maladie.

A7 : Par rapport à sa maladie. C'est une façon différente de voir les gens dans le temps. Je m'étais posé la question. J'ai une liste de questions comme ça pour aborder les choses autrement.

M : Ok.

A3 : Ce que tu disais sur l'IRM, je l'ai totalement vécu. Surtout au début, moins maintenant. Parce qu'en fait je pense qu'on confond nous avec le médecin finalement. Parce que nous, quand on a été

patient. Enfin, on est médecin, bon d'accord mais on est une personne. Et quand le patient nous disait, je veux des antibiotiques pour mon angine : bonjour docteur, j'ai mal à la gorge, il me faut des antibiotiques. Et moi au début j'étais vraiment dans le truc bah, mon petit gars t'en auras pas, je vais tout faire pour que tu n'en aies pas. Et mais c'était monstrueux. Pour moi c'était la guerre était déclarée quoi! (Rires). Alors que le patient il arrivait simplement en me demandant un truc. Et moi je le prenais parce que...en fait, c'est une histoire de malentendu effectivement dans la relation. C'est-à-dire que lui, il arrive avec une demande qui s'exprime par ça, enfin, qu'il exprime comme ça et nous, on le prend pour une remise en cause de nos compétences. Et donc du coup après la relation, elle se fait sur un malentendu. Voilà. Et donc du coup après je cherche à prouver que j'ai raison enfin...ou à faire mon chef quoi.

A4 : Le pouvoir de décision. C'est pas le malade qui choisit, c'est toi,...l'issu du traitement.

A3 : Oui, et la meilleure façon de bien montrer que c'est moi le chef, c'est de...

A7 : Faire le contraire.

A3 : Faire le contraire. Quand il vient et qu'il me dit : j'ai besoin d'un antibiotique pour ma sinusite euh...

A4 : Il y a aussi un truc dans la relation, c'est que : est-ce qu'on n'attend pas une certaine reconnaissance de nos patients et des fois est ce qu'on n'est pas très déçu de ne pas avoir assez de reconnaissance ? On les a bien traité, on leur a bien expliqué tout ça et puis en fait, des fois eux ils s'en fichent un peu des fois. On explique des choses des fois pour rien. Je pense que quand même on recherche une certaine reconnaissance, une certaine...ça nous rassure aussi de dire qu'on est un bon médecin, qu'on fait bien les choses. Des fois on est un peu au bout du rouleau.

A5 : Dans toute profession tu as besoin de reconnaissance.

A7 : Hum.

A5 : C'est important

A4 : Oui, bien sûr.

A7 : Et le patient il a aussi besoin de reconnaissance.

A4 : Aussi, oui. Oui, il faut l'encourager, c'est sûr. Et donc ça aussi, on joue avec ça, surtout avec certains, c'est surtout dans cette relation-là.

A5 : La reconnaissance mutuelle, la valorisation. Le patient il a besoin, dans certain cas, ils arrivent ...

A4 : Oui, je pense que ça joue dans la relation entre le patient et le médecin.

A7 : Moi, par rapport à ça, j'essaye en fin de consultation de ...de dire aux gens : est-ce que vous avez compris ce que je vous propose ? Euh, et puis après, je leur dis : est-ce que ça vous convient ?

A4 : Bah ouais, mais euh...à la cinquantième explication de l'hémoglobine glyquée, et à la cinquante et unième tu te dis bah ok d'accord, on l'aborde plus.

A7 : Bah ouais mais à court terme tu peux te dire que tu gagnes du temps mais à long terme, si tu leur dis bah finalement voilà on va euh...ce que je voudrais c'est améliorer votre hémoglobine glyquée parce que ça va...Et sur le résultat à long terme ça fait une grosse différence. Du coup le patient au lieu de prendre un médicament, un comprimé de « Glucophage » de plus, euh, s'il a compris que c'était pour faire en sorte que son diabète lui pose moins de problèmes ultérieurement, au niveau de ses jambes, de ses yeux, de son cœur, peut-être que dans le temps, dans le temps, ça sera autre

chose. Et puis le mettre...Moi, j'aime bien que mes patients soient un peu acteur de ce qu'ils font. J'aime pas du tout les gens qui sont dans le, comment dire...

A5 : Dans le : mais c'est vous le Docteur.

A7 : Ou débrouillez-vous avec ça.

A5 : Mais, moi, je vous fais confiance, c'est vous le docteur.

A4 : Le problème c'est que t'as des gens limités quand même, qui ne comprennent pas tout et on a tendance à les prendre pour plus que ce qu'ils peuvent entendre.

A7 : Souvent on les prend pour moins que ce qu'ils peuvent comprendre.

A4 : Pour moi, dans nos consultations on donne peut être trop d'explications. Pour l'ordonnance je mets : pour le cholestérol, pour le cœur, pour le diabète comme ça ils savent à quoi ça correspond et c'est déjà pas mal d'ailleurs ! Et si tu expliques bien, ça fait trop des fois.

A7 : Moi, j'ai remarqué que les gens qu'on estime un peu arriérés comme ça, moi, il y en a qui m'ont largement surpris par rapport à ceux que je pensais être intelligents. Sur des explications, même de temps en temps, des gens qui me disent mais moi j'ai bien remarqué que quand je prends du « lasilix », quand j'ai pris 2 kilos et que je prends mon « lasilix », je respire mieux après. Et ça, ceux qui m'ont dit ça je peux te dire que c'est pas évident qu'ils comprennent quelque chose comme ça alors qu'ils l'ont compris d'eux même. Et les gens qui sont très intelligents, qui prennent leur comprimé.

A4 : Je suis d'accord avec toi.

A7 : Moi, je suis très surpris que des gens notamment, je pense à 2 ou 3 agriculteurs, on a l'impression qu'ils comprennent rien à rien. Eh ben, c'est impressionnant le niveau de réflexion qu'ils ont sur ...

A4 : Parce que c'est des gens qui regardent la nature et qui savent.

M : Donc tu recherches le...tu t'intéresses au...à la façon qu'à le patient de vivre son problème, son traitement ?

A7 : En fait, à un moment, j'avais fait une fiche d'évaluation de consultation, et j'avais mis dans les critères : est-ce que le patient est satisfait de la consultation, est ce que moi, je suis satisfait de ce que j'ai fait à la fin de la consultation. Et de temps en temps à la fin de la consultation j'essayais de me dire est ce que ce que j'ai fait ça me convient ? Et dans ce cas j'essaye de demander au patient s'il a compris et si ça lui convient. Et puis de temps en temps, j'essaye de faire reformuler. Pourquoi est-ce que vous prenez...ou pourquoi j'ai changé votre ordonnance.

M : Et ça veut dire tu peux être amené à négocier des choses avec le patient ?

A7 : Moi ?

M : Oui.

A7 : Euh, oui. Si le patient me dit bah non j'ai pas compris ou ça me convient pas...

M : Comment tu fais ?

A7 : Bah, je vais lui dire, enfin j'essaye de lui demander : qu'est-ce qui vous convient pas ? J'essaye de dire : dans ce que je vous ai proposé qu'est-ce qui vous convient pas, qu'est-ce qui vous gêne, qu'est ce qui va vous empêcher d'arriver à...enfin, ...Et puis après, en fonction de sa réponse, euh...

ou je vais lui dire, qu'est-ce que vous avez compris de ce que je vous ai dit, de ce que je vous ai expliqué ? Ou quelle croyance vous avez par rapport à ce médicament euh. Souvent on a ça, des gens qui nous disent, je ne veux surtout pas prendre tel médicament parce que je sais pas, on apprend que sa mère ou je sais pas il veut pas aller à l'hôpital parce que sa mère est décédée dans cet hôpital. Donc après c'est essayer de comprendre les freins de la personne et...de voir après...Je vais essayer d'analyser dans ce que je lui ai proposé si c'est quelque chose de vital, est ce que c'est important est ce que c'est accessoire, est ce que c'est anecdotique. Si c'est anecdotique, je vais lâcher tout de suite, si c'est vital, je vais essayer de tenir. Enfin, je vais essayer de tenir, je vais essayer de...de trouver des arguments ou des explications qui vont lui permettre de passer sur ce qui bloque quoi.

M : D'accord.

A4 : Le problème qu'on a aussi dans cette relation médecin malade, c'est aussi le temps qu'on a quoi. On aimerait mieux avoir du temps aussi mais le temps...On prend le temps quand même, mais bon. Quand tu commences à aborder des choses qui fâchent ou des explications.

A5 : Mais ça avec le même patient, tu ne le fais pas à chaque fois. Quand tu as une relation dans la continuité, il y a des choses...Si tu sens qu'il est plus réceptif à un moment donné...Ils viennent chercher leur traitement et puis ils ont pas forcément envie d'explication et puis à d'autres moments, ils ont envie de comprendre un peu ce qui leur arrive justement pour participer à leur propre soin.

A7 : Moi pour écouter les patients, je facture les vaccins.

A5 : Bah, moi aussi, je facture les vaccins, parce qu'on parle en même temps !

A7 : Normalement, non !

A5 : Sauf si je fais clac clac (*mime le fait de vacciner*).

A7 : Normalement, tu n'as pas le droit de facturer 23 euros une vaccination !

A4 : Tu l'examines avant quand même, tu prends la tension.

A7 : Normalement c'est un K5 ou je sais pas quoi.

A8 : Tu fais pas uniquement la vaccination. C'est rare.

A7 : Moi, c'est le moyen que j'ai trouvé pour euh...

A6 : Maintenant, ils vont chez l'infirmière pour le vaccin contre la grippe.

A5 : Ceux qui veulent que le vaccin tout court,...

A6 : On ne les vaccine plus maintenant contre la grippe.

A1 : C'est une « connerie » hein ? Ca nous permettait de les voir un peu dans l'hiver.

A5 : Oui, certains ça permettait de les voir une fois.

M : Et d'après vous, du point de vue du patient, quelles sont ses attentes au patient par rapport à la consultation ou à la relation ?

A1 : La salle, la salle d'attente. (*Rires*)

A7 : Non mais c'est vrai que la salle d'attente...

A5 : Pour le patient, c'est qu'on l'écoute ! Qu'on prenne en compte sa demande.

A4 : Ça dépend desquels.

A5 : En général c'est qu'on l'écoute et qu'on prenne en compte pourquoi il est ici.

M : Donc qu'on l'écoute ?

A8 : Il y a des personnes âgées, des personnes âgées qui viennent juste pour qu'on les écoute ! Alors bon, c'est par exemple leur problème de genou, mais elles savent très bien qu'il n'y a pas tellement de solution mais elles viennent parce qu'elles ont besoin de parler. Et moi, je vois beaucoup ça en rhumato, j'ai des patients qui reviennent me voir hors cure thermale bah, pour parler, pour me faire part de leurs plaintes, pour être un petit peu conseillé, mais au final, c'est surtout pour parler.

A7 : Fais de l'écoute active !

A8 : Comment ?

A7 : Fais de l'écoute active ! Tu verras c'est...sur ce genre de chose, c'est ce que tu dois faire sans le savoir mais quand tu sais ce que tu fais, ça aide vachement. Pour répondre à...pour prendre en charge ce genre de soucis.

M : Oui, parce qu'il y a différentes façons d'écouter.

A7 : C'est Voltaire qui disait euh : le patient est là pour distraire le malade pendant qu'il guérit tout seul.

A5 : Le médecin !

A7 : Le médecin est là pour distraire le malade pendant qu'il guérit tout seul. Il y a une phrase qui est aussi assez sympa sur euh, c'est : le patient dit tout, c'est le médecin qui ne l'entend pas.

A4 : Ah oui ?

A7 : Le patient dit tout, mais c'est le médecin qui ne l'entend pas. Ça fait réfléchir ça !

A4 : Les patients ils ont raison et puis c'est tout.

A7 : Pas forcément non. C'est pas la même chose. Le patient a toujours ses raisons.

A3 : Il a raison de ce qu'il ressent.

A7 : Hein ?

A3 : Tu ne peux pas le contre dire.

A1 : En fait, on ne sait pas toujours ce qu'il attend le patient. C'est, c'est, justement dans la relation médecin patient que la demande du patient va être révélée ou pas.

M : Mais ce que je voulais dire c'était par rapport à la relation. Qu'est-ce que le patient attend de la relation avec le médecin ?

A1 : Il attend quelque chose lui ? (*Rires*)

A5 : Mais déjà, est ce qu'ils attendent tous la même chose ?

A7 : De façon un peu systématique, qu'est-ce qu'il peut attendre le patient?

A1 : Parce que socialement, le médecin, on va le voir parce qu'on est malade et qu'on veut un traitement et puis qu'on veut guérir des symptômes qu'on présente. Il n'y a pas de... Des fois, on va voir un médecin pour autre chose ?

A2 : Il n'attend pas qu'une réponse technique quand même !

A7 : Pour moi, le patient, il vient chercher une réponse à un problème qu'il n'a pas réussi à résoudre par lui-même.

A1 : Mais à ce moment-là, tu peux jouer le rôle de prêtre, de garagiste euh, enfin, je veux dire...Précise ce que tu dis, j'ai pas bien compris. Il vient chercher un problème qu'il arrive pas à résoudre

A7 : Tu réponds sans avoir compris ce que j'ai dit. (*Rire*).

A1 : Qu'il n'a pas pu résoudre

A7 : Son problème par lui-même.

A1 : C'est énorme ça ! Tu te rends compte la tâche du médecin, là derrière.

A7 : Elle est énorme notre tâche. Alors après la réponse, tu peux répondre comme tu veux mais...

A1 : Non, mais quand même, il vient te voir pour un problème médical !

A7 : Il peut te présenter ça sous la forme médicale. Une entorse de cheville par exemple. Une entorse de cheville, quand tu regardes une entorse de cheville, pratiquement tout le temps, c'est quelqu'un qui est fatigué. Moi j'ai vu dans ma vie, je me suis tordu 4 fois la cheville et les 4 fois, c'était des moments où il fallait que je m'arrête.

A3 : C'est comme les rhinopharyngites chez les jeunes mères de trente ans avec 2 enfants en bas âge et qui n'en peuvent plus quoi. J'ai de la fièvre, le nez qui coule, la pharyngite là on se dit...enfin, au début je me disais là c'est sûr, c'est pour un arrêt de travail, puis maintenant, je dis toujours, enfin, je fais de l'écoute active sans le savoir et puis au bout de 5min elle craque en disant et puis je dors pas depuis 15 jours, j'en peux plus (*mime les pleurs du patient*). Bon alors racontez moi : il y a ma chef qui me fait chier, mon mari il est parti, je me cogne tout à la maison...

A1 : Non, mais ce que tu es en train de dire, c'est que l'entorse de cheville ou la rhinopharyngite, ce n'est qu'un prétexte.

A3 : Parfois

A1 : Ça peut, mais est ce que le patient en est conscient ? Parce que la question, c'est quand même de dire : qu'est-ce que le patient attend de la relation ? Alors ça veut dire que d'une manière euh...enfin en sous-jacent, il y a tout le reste. C'est ça ?

A2 : De toute façon, ils attendent qu'on s'occupe d'eux. Par le réconfort.

M : Ouais.

A4 : Et qu'on les soigne !

A5 : Oui mais c'est quoi d'être soigné ?

A4 : Bah oui, c'est quoi. Tu vas finir par prendre conscience qu'ils sont fatigués.

A5 : Qu'on prenne soin d'eux.

A4 : Voilà. Tu peux leur dire de s'arrêter avant ou de partir en vacance avant de faire l'entorse par exemple.

A8 : On ne peut pas tout gérer.

A5 : Ah bah non !

A8 : On ne peut pas tout gérer. Il ne faut quand même pas...

M : Quelle est le lien qu'il peut y avoir entre la relation qu'on a avec les patients et la fatigue de la journée ?

A3 : Ah bah, il y a un lien c'est énorme ! (*Rires*)

A3 : Enorme.

A5 : Ça dépend des fois, on peut pas dire que toutes les consultations...

A1 : Celles de fin de journée, elles sont souvent pourries.

A5 : Pas forcément pourries.

A6 : Ça dépend du patient !

A5 : Il y en a que tu supportes bien le matin, mais le soir avec la fatigue, tu n'arrives plus à supporter.

A3 : Forcément, qui dit écoute active dit action. Qui dit action dit énergie. Et si tu n'as plus d'énergie, et bien, tu ne peux plus. (*Rires*)

A3 : Et quand tu ne peux plus, tu te tords la cheville ou alors tu n'écoutes plus ton patient !

A7 : Il y en a qui ont connu (Nom) ?

A6 : Qui ?

A7 : (Nom)

A6 : Ah, oui, oui.

A7 : Un jour, sur la relation médecin patient, il nous a dit : « on a un métier qui n'est pas physique donc le soir, on n'a aucune raison de rentrer fatigué de son boulot. Si vous êtes fatigué de votre boulot, c'est que vous le faites mal. »

A5 : Il disait ça ?

A7 : Ouais ! C'était quelqu'un assez intelligent quand même.

A3 : Alors je le fais très mal. *Rire*.

A7 : Et il nous a dit : Reprenez des consultations que vous savez bien faire.

A5 : Des quoi ?

A7 : Des consultations que vous savez bien gérer, que vous gérez bien.

A5 : Ouais.

A7 : Ces consultations là, vous les faites vite, vous les faites bien. Et à la fin de la consultation, vous êtes content de votre boulot. Et ça ne vous fatigue pas. Par contre, des consultations qui sont

difficiles, quand vous y réfléchissez, ce sont des consultations que vous avez du mal à gérer, sur lesquelles vous n'avez pas les bonnes solutions tout de suite et c'est des consultations où ni le patient, ni vous ne trouvez votre compte. A la fin, vous n'êtes pas satisfait, et c'est ça qui vous fatigue et c'est pour ça que vous êtes fatigués le soir.

A2 : Ça dépend aussi de la formation des gens aussi.

A7 : Bah oui, mais quand tu es bien formé à faire ton boulot...t'as la possibilité...enfin, tu vois bien que tes consultations que tu sais bien gérer, celle pour lequel tu es bien...ça veut dire qu'il faut se former.

A3 : Moi j'ai remarqué, que, on prend du temps à se former, en fait, en général, en préparant mes consultations à l'avance, et bien effectivement on les fait mieux et c'est plus facile. Quand je dis préparer les consultations à l'avance, c'est par exemple euh..., aller à des formations et me dire les insuffisants rénaux par exemple, je ne sais pas, je dis n'importe quoi. Par exemple, je suis allée à une formation sur la grossesse, sur le suivi de grossesse et bien maintenant mes consultations je vais les faire comme ça. N'empêche, c'est un travail qui se fait. Par contre après on est fatigué après les formations. *(Rires)*

A3 : J'avais même mal au crâne. Eh bien, n'empêche effectivement, je suis moins fatiguée après avoir fait les vraies consultations. Et effectivement, tout est comme ça, plus je prends le temps à me former, effectivement, plus le boulot est facile ou moins fatigant.

A7 : (Nom), quand il m'a dit ça en réunion, j'étais fou furieux. Mais dans le temps, c'était un psychiatre hyperactif. Tu l'as connu ?

A6 : Oui.

A7 : Le problème pour nous, c'est qu'il allait 10 fois plus vite intellectuellement et que tu pouvais pas le suivre. Mais autrement,...Cette phrase-là elle était choquante, mais quand on y réfléchit, on se dit que...

A3 : La phrase, c'était quoi ?

A7 : On a un métier qui n'est pas physique, donc le soir, il n'y a pas de raison qu'on soit fatigué. Si on est fatigué, si on prend l'exemple des consultations qu'on sait bien faire, on les fait vite, on les fait bien et à la fin on est satisfait. Les consultations qu'on ne sait pas bien gérer, qu'on ne maîtrise pas, on a du mal à les faire, le patient n'est pas satisfait enfin, ça ne se passe pas bien, et à la fin, on n'est pas satisfait nous-même. Et ça, ça nous fatigue, parce que ça nous prend du temps, de l'énergie, et c'est pour ça que le soir on est fatigué.

A3 : En fait ça, ça revient à dire que..., vous savez, le cerveau, ça consomme vachement de glucose.

A6 : Ouais.

A7 : C'est vrai !

A3 : On ne sait pas pourquoi. C'est vrai mais on ne sait pas pourquoi.

A7 : Bah, si, parce que le métabolisme des cellules cérébrales consomme beaucoup de glucose !

A3 : Non, mais il n'y a pas de métabolisme du glycogène tout ça. Non mais j'ai lu ça récemment dans un article.

A7 : Mais il y a un métabolisme.

A3 : Non mais ça bien sûr.

A7 : Qui fonctionne avec le glucose.

A3 : Tout à fait. Mais on ne sait pas pourquoi ça consomme autant par exemple, par rapport à un autre organe.

A2 : Il y a alors des raisons d'être fatigué alors, bon sens.

A3 : Ce qui est facile ne consommerait pas d'énergie alors que ce qui est difficile consommerait de l'énergie quoi.

A6 : Il faut adresser aux spécialistes, quand on est dépassé, il faut pas hésiter, il faut pas essayer de chercher quelque chose, surtout quand on a des personnes compétentes, il faut pas... On ne connaît pas tous les domaines, et il ne faut pas hésiter à déléguer. Et c'est pour ça que quand tu envoies aux urgences et bah, c'est bien que tu envoies aux urgences. C'est pas... Si tu as un doute et que tu envoies aux urgences, il ne faut pas culpabiliser. Après tu rentres chez toi, tu es plus tranquille.

A2 : Il y a des gens, je ne sais même pas vers qui les envoyer. On comprend tellement rien à ce qu'ils ont que tu ne sais même pas à qui faire appel des fois.

M : Et puis après, quand tu as fait appel à quelqu'un ou à divers spécialistes, et ben après, qu'est-ce que tu fais de ça ?

A6 : Oui, oui

A3 : Oui, parfois on ne sait pas.

A6 : Oui, mais à ce moment-là, tu impliqués le patient, tu lui dis : bah écoutez,...tu poses le problème quoi. Là, la relation, elle est importante.

M : Oui. Qu'est ce qui est important dans la relation ?

A6 : Repartir à zéro, tout remettre à plat, et recommencer.

A1 : Et moi je dirais que ce qu'on a décrit là, parce que A4 a commencé avec le temps. C'est des facteurs qui interfèrent dans la relation médecin patient mais ils ne font pas parti de cette relation. C'est des éléments qui la perturbent. Par exemple, les gens qui ont du mal à exprimer ce qu'ils ont, euh, le temps qu'on a ou qu'on n'a pas, la fatigue qui s'est accumulée au cours de la journée.

M : Les émotions.

A1 : Tout ça c'est des choses, je dirais qui sont extérieures à la relation médecin patient qui viennent la perturber ou la faciliter selon comment ça se présente. Si on est en pleine forme, si l'autre en face sait à la perfection exprimer ses symptômes, qui nous recadre sans arrêt et qui nous dit : non, ça et ça, ce n'est pas la peine de le demander parce que moi je sais ce que j'ai euh. C'est vachement plus facile quoi et puis ça permet d'avoir une relation médecin patient entre guillemets idéale. On avance très vite ensemble, vers une solution qui convient à tout le monde. Si on n'a pas le temps, qu'on est fatigué, qu'on a en plus mal au crâne et que le mec dégueule sur la table. *(Rires)*

A6 : Ah bah là, ça va plus ! *Rire*

A1 : Sans compter qu'il a déjà parfumé le WC quoi ! *(Rires)*

A1 : Je disais ça comme ça quoi.

A3 : On sent le vécu.

A4 : C'est du vécu ça ! *(Rires)*

A1 : C'est la gastro de station ça ! (*Rires*)

M : Et qu'est ce qui fait qu'une consultation est satisfaisante et pas fatigante ?

A6 : Quand tout le monde part avec le sourire. (*Rires*)

A4 : Il a son IRM, il a son antibiotique, son arrêt de travail ou un bon diagnostic.

A4 : Quand tu sens qu'il y a une justesse entre ce que tu as fait et le résultat. C'est pas forcément qu'on a juste dans le diagnostic hein. Juste que tu as fait le maximum avec le temps que tu avais et la situation donnée.

A5 : C'est rester cohérent.

A4 : Oui, voilà !

A6 : Que tu aies une belle angine, tu as fait ton strepto et il est positif.

A3 : Les anti grippe, anti vaccin, ils commencent à être anti antibiotiques aussi.

A6 : Ah oui ?

A3 : Oui. Il y a des mamans qui me disent à 2 ans il a une otite. Bon allez machin. Mais il a jamais eu d'antibiotique jusqu'à maintenant, vous êtes sûr qu'il a besoin d'antibiotiques ? (*Rires*)

A3 : On va essayer sans, il n'y a pas de problème.

A7 : Pour moi, une consultation où je suis satisfait, c'est une consultation où j'ai identifié, enfin, où je pense avoir identifié la demande du patient, où je pense que j'ai écouté le patient ce qui m'a permis d'identifier la demande du patient, où j'ai eu un examen et des prescriptions qui me semblent cohérentes par rapport à la demande du patient et qu'à la fin, le patient ait compris et a adhéré à ce que je lui ai proposé. Ça pour moi, c'est une consultation satisfaisante, si tu veux savoir ce que c'est.

A4 : C'est un peu ce que je dis, c'est juste dans tu as bien pensé.

A6 : Et que le patient a bien compris.

A7 : Non, c'est pas juste dans ce que j'ai bien pensé.

A4 : Quand tu tiens compte de la demande du patient. On se sent bien, dans ce qui a été fait et dit.

A5 : Que tu aies répondu à la demande du patient.

A2 : Ça s'ajuste.

A6 : On trouve un compromis.

A5 : Voilà.

M : Quand il y eu un partage de décision, c'est ça ce que tu veux dire ?

A7 : Oui.

A4 : Il y a le patient le patient à lui avec son dilemme, sa pathologie et toi, t'as bien compris ce qu'il avait eu, tu as identifié son problème et tu as résolu son problème. Ou tu l'as aidé à ce moment-là, ça veut pas dire que tu as...

A7 : La réponse que je vais lui apporter est satisfaisante pour moi et pour lui.

A4 : Voilà, c'est ça.

A1 : Moi, ce que j'adore dans la consultation c'est quand elle me dit à la fin de la consultation : Ah docteur, l'année prochaine, je reviendrai à la station rien que pour vous. *(Rires)*

A7 : On peut se retrouver au fond du garage 47 ! *(Rires)*

A7 : On n'a pas le droit d'avoir de relation sexuelle avec ses patients. Non mais, dans la relation médecin patient, c'est important !

A4 : Mais c'est pas fréquent quand même. *(Rires)*

M : On a parlé à un moment du patient difficile.

A6 : Oulah !

A3 : Oulah !

M : Comment vous faites avec ses patients pour essayer de maintenir une relation, essayer d'avoir une relation qui soit pas trop pénible à vivre pour vous.

A4 : On s'imperméabilise.

A3 : La respiration abdominale ! *(Rires)*

A3 : On se pose, on respire

A4 : Mets ta cagoule, les lunettes et zip. *(Rires)*

A4 : Bah, on se blinde hein ? Moi, je me blinde.

A3 : Oui. Non mais c'est ce qu'on disait tout à l'heure, ça fait partie de la maladie, tu essayes de comprendre. En théorie après euh, ça m'est arrivé d'en envoyer « chier ». Alors que c'est pénible, alors que ça fait partie de la maladie.

A1 : Mais la relation médecin patient peut être difficile à cause de pleins d'éléments quoi. Elle peut être rendue difficile par beaucoup de chose, quoi. En plus, la relation peut être difficile avec certains patients à certains moments et puis redevenir plus facile après, euh. C'est difficile de répondre à ta question.

A4 : On a tous des patients quand même très « chiants » quoi. Le jamais content...

A1 : Le patient dont on sait qu'il est « chiant ».

A4 : Ah, non, mais il le sent ! Soit ils sont toujours en train de se plaindre et ils n'ont rien. Des fois à l'examen...c'est toujours la même chose, ils passent devant les autres, ils ne sont jamais contents, ça ne va jamais, ils sont en retard, ils ne disent pas bonjour, enfin, des trucs comme ça.

A7 : Oui.

A4 : Moi je leur dis des fois mais allez voir un autre médecin.

A1 : Mais tu ne les prends pas comme ils sont !

A4 : Bah, si je les prends comme ils sont mais quand même des fois j'essaye de les cadrer parce que des fois on n'y arrive pas, je suis très gentille.

A1 : Moi j'ai une diabétique, à chaque fois qu'elle vient me voir, elle m'insulte.

A4 : Moi aussi !

A6 (*qui s'adresse à A1*) : Et qu'est-ce que tu lui dis ?

A1 : Bah, je laisse faire, je continue exactement...Et chaque fois, elle vient, elle me rentre dedans.

M : Donc tu restes neutre et bienveillant.

A8 : C'est sa façon de parler ?

A1 : Bah ouais, quand même. « Foutez-moi » la paix docteur avec vos histoires. Moi ça ne m'intéresse pas, je suis très bien comme je suis. Je peux pas manger un haricot vert. Il est pas question que je mange un haricot vert, j'en ai jamais mangé ! Il est pas question ! Je lui dis mais vous êtes quand même (*mime la femme grosse avec ses mains*), bon. (*Rires*)

A1 : Je suis très bien comme je suis...Et tous les mois, elle revient, tous les mois elle m'engueule, tous les mois je lui parle de haricots verts !

A7 : Tu veux que je te donne une solution ? Tu mets 2 mois de renouvellement ! (*Rires*)

A2 : Tu peux varier, tu peux lui demander : Vous appréciez les courgettes ?

M : T'as une relation durable alors avec cette patient ?

A1 : Bah, tu me dis...Il y a des patients qui sont vraiment difficiles à prendre en charge et moi je crois qu'il faut faire abstraction dans ces cas-là de ce qui nous dérange et laisser filer ça, cette partie-là. Pour arriver à continuer une relation euh...

A5 : T'en as, t'as des diabétiques qui ont 10% d'hémoglobine glyquée parce qu'ils font n'importe quoi. Ah bah, le docteur machin, il m'a dit qu'il fallait pas que je fasse ça.

A6 : Quand tu dis déjà une fois il faut pas manger ça, il faut pas faire ça.

A1 : Ça c'est un casse-tête, ça.

A5 : Avec ceux-là effectivement au bout d'un moment.

A6 : Bah tu n'en peux plus.

A5 : Tu te demandes, je continue à donner des conseils, j'arrête, c'est utile, c'est pas utile.

A4 : C'est quand même...Quand tu as l'impression de faire un truc inutile, que tu perds ¼ d'heure, 20 mn, 30 mn de ta vie, en sachant que c'est comme d'habitude et que ça n'a rien avancé, euh, il y a des fois, je suis un peu découragée quand même pourtant je suis ...

A3 : Bah, il ne faut pas le faire.

A4 : Bah non, des fois, oui, je lâche un peu.

A3 : Mais c'est comme l'arrêt du tabac, enfin moi au départ, je disais au patient, bah voilà euh, il faut arrêter le tabac. Vous n'avez pas le droit de fumer. Et puis un jour, je suis allée à une formation. On m'a expliqué le cercle de la motivation là. Et après je me suis dit, bah, non, c'est pas comme ça, je veux dire. Parce que voilà, pour moi un patient difficile en fait, c'était celui qui n'arrêtait pas de fumer, enfin...Donc il y avait un malentendu, moi je me sentais mauvais médecin parce qu'il n'arrêtait pas de fumer, parce qu'il ne faisait pas ce que je lui disais et en fait, c'était un malentendu en fait. J'avais du mal à analyser la situation en fait. La situation, ah non, c'est pas ça, c'est que, ce monsieur, il a d'énormes freins pour arrêter de fumer et c'est là où il faut que je travail et c'est pas sur le résultat

d'arrêter de fumer. Et mon travail, je ne vais pas l'évaluer sur l'arrêt du tabac, mais sur... Bah voilà en 20 mn, moi j'ai des consultations de 20 mn, je vais travailler les freins et puis ce patient-là, soit au fil de sa vie on aura fait sauter tous les freins et peut être qu'il arrêtera de fumer, soit bah, on n'y arrivera pas mais mon travail aura été fait, et je peux être contente de mon travail dans tous les cas, qu'il ait arrêté de fumer ou pas. Et voilà, je pense que quand on a des patients difficiles, il faut essayer de comprendre aussi pourquoi ils sont difficiles. Le mec qui est agressif bah pourquoi, est ce que c'est parce qu'il a perdu sa mère la veille et qu'il pète un câble, est ce que... Dans ce cas-là bah non, l'agressivité, elle n'est pas contre moi, c'est le déroulement psychiatrique normal qui est décrit pour les phases de deuil quoi. Alors voilà, pour moi des fois, le patient difficile ça ne veut rien dire. Alors, je me dis tous les jours que untel est chiant, untel fait chier, truc comprend rien et machin, parce que je pense qu'on a besoin de se décharger. Mais je pense que, enfin, une fois que j'ai dit qu'elle était chiant, j'essaie de réfléchir à pourquoi. Alors après on y arrive ou pas parce qu'on a des limites, mais...moi le patient qui est difficile, c'est...

A6 : Tu crois que finalement ça vient un peu des gens ?

A3 : Bah, quelque part, quand tu vois des fois, il y a des patients qui viennent te voir en disant : voilà docteur, j'ai fait ceci, j'ai fait cela, bah, c'est le moment de mon vaccin, c'est le moment de ma prise de sang. Ah bah, vous savez, dans un mois je dois faire ma visite annuelle chez le cardiologue, d'ailleurs, j'ai déjà pris rendez-vous. Vous n'avez plus qu'à faire la lettre. Le super patient, il rentre dans mes clous, pour le P4P, c'est impeccable, je voudrais en avoir que des comme ça. Bah, finalement, mon travail, c'est zéro quoi ! Non, mais, c'est vrai. Et puis finalement à la fin de la consultation, oui, je suis nulle.

A7 : Si, c'est de leur dire : vous faites bien votre travail au patient!

A3 : Oui, mais...

A7 : Je vous félicite quand c'est comme ça.

A5 : Oui, mais à un moment donné, ça veut dire que le travail il est fait. La relation, elle a été faite, expliquer au patient quand il a eu sa maladie.

A3 : Non, peut-être pas, pas forcément. Peut-être qu'il l'a fait de lui-même des 2 parts, soit que quelqu'un l'a fait ou peut-être pas, enfin, peu importe ! Et il est tel qu'il est et je fais mon travail à chaque consultation et de la même façon que je fais un travail chez les patients diabétiques à 12 ou 13 d'hémoglobine glyquée. Bah, pendant 20 mn, je fais quelque chose. Alors effectivement ça n'a aucun rapport enfin aucun impact sur son hémoglobine glyquée mais...Je ne sais pas ce que je fais mais...Je fais un truc. Bah, oui, elle est diabétique euh...

A1 : Et tu disais que tes consultations duraient 20 mn.

A3 : Bah, il y a des fois...

A1 : Ça veut dire quoi ? Ça veut dire que au bout de 20mn tu dis c'est terminé, on verra ça la prochaine fois, comment tu fais pour arrêter une consultation?

A3 : Bah ouais. C'est-à-dire que maintenant, je me dis euh...je me dis effectivement euh...Bon déjà, sur mon planning, j'ai 3 patients par heure, parce que ça fait à peu près 20 patients dans la journée. Et je me dis voilà, j'ai besoin, enfin, de façon très triviale, psychologiquement et intellectuellement, je ne peux pas voir plus de 20 patients par jour. Euh, voilà. Financièrement parlant, il faut quand même que j'en vois 20. Donc j'en vois 20 point final. C'est bon, donc 20 dans la journée, ça fait 20 mn par patient. C'est ce que je peux leur donner, point final, c'est tout. Après voilà, il y a des médecins qui peuvent en voir 60 dans la journée. Donc je considère que 23 euros ça correspond à 20 mn et je fais quelque chose pendant 20 mn, alors à quelque chose près hein. Il y a des fois, ça peut être 10 mn et

comme ça après je peux voir un patient 25 mn ou 30 mn, quoi. Mais effectivement, quand il y a quelqu'un qui vient déblatérer tout un tas de truc, euh, bah maintenant, je ne prends plus 1 heure. Effectivement, ça peut durer $\frac{3}{4}$ d'heure ou $\frac{1}{2}$ heure, ou des fois il va y avoir un truc euh, ça peut bien durer $\frac{3}{4}$ d'heure mais, euh mais au bout de 20 mn, de toute façon au-delà de 20 mn chez un même patient, je vais tout mélanger, je ne vais pas faire du bon boulot tout ça. Donc voilà, je fais ça, ça, ça et la conclusion tout ça, voilà, j'ai pu identifier quel était le problème, et puis je lui dis bah voilà, on se revoit tel jour telle heure. Mais c'est aussi parce que je me suis dit que si je ne voulais pas me faire avoir, il fallait que ben voilà, 23 euros, c'était 20 mn. De façon très triviale.

A5 : Surtout qu'au bout d'un moment, t'es obligé de rompre le patient qui vient enfin, qui a un problème, euh... tu le traites et puis... Ah oui, puis aussi, au bout de 20 mn, ah bah, j'ai mal au genou. Euh, bah je leur dis peut être que... Vous prenez un peu de paracétamol et vous reprenez rendez-vous, et on verra ça tranquillement. T'essaye de trouver un système en me disant bah, ramenez moi tout ce qui a déjà été fait.

A3 : Oui, voilà.

A5 : Trouvez un système pour enfin oui, pour ne pas leur dire on n'a pas le temps, parce que ça moi j'y arrive pas, j'ai encore un peu de mal. Mais c'est vrai qu'on pourrait mieux voir les choses si vous amenez ce qui a déjà été prescrit: les radios, tout ça. Et puis tu les revois une autre fois !

A7 : Tu leur dis, chez le garagiste quand vous dites et que vous récupérez et que vous dites il faudrait me faire les joints de culasse,

A5 : Moi, je n'y arrive pas, il y a des consultations...

A7 : Moi, ce que je fais, c'est qu'à l'interrogatoire, je verrouille mon interrogatoire. C'est-à-dire qu'à la fin de l'interrogatoire, je lui demande, je demande aux patients s'ils ont d'autres choses à exprimer, et s'il y a d'autres soucis à voir et s'ils n'ont pas été dits à la fin de l'interrogatoire et ben, ce sera vu une fois plus tard.

M : Donc au début de la consultation ?

A7 : Donc, j'écoute les gens, je les interroge et à la fin de mon interrogatoire je leur dis : vous avez d'autres chose. Et j'appelle ça verrouiller mon interrogatoire parce que après ce moment-là, s'il apparaît des choses, je leur dis bah écoutez, pendant la consultation il est apparu ça et il faut qu'on se revoit pour voir ça. Et du coup, quand ils m'ont dit à un moment de la consultation, euh, maintenant je n'ai plus rien d'autre à vous dire. A la fin de la consultation, s'ils me disent : j'ai ça, ça et ça, ou du genre je me suis endormi au volant la dernière fois au feu rouge, alors là on est embêté parce que...

M : Tu structures ta consultation en faisant une espèce de programme que tu négocies avec le patient. C'est ça ?

A7 : Non, c'est à la fin de l'interrogatoire, je leur demande s'il y a d'autres choses qu'ils souhaitent exprimer pendant la consultation, s'il y a d'autres problèmes qui les embêtent en ce moment. Et à partir du moment où ils ont dit non.

M : Oui mais, s'il évoque d'autres problèmes !

A7 : S'ils évoquent d'autres problèmes bah à la fin, soit c'est urgentissime genre : en fait, j'ai oublié de vous dire, j'ai une énorme douleur dans la poitrine, je fume et voilà bah là, je suis obligé de m'en occuper, soit autrement, enfin, je fais en sorte de différer le rendez-vous.

M : Tu négocies un programme, c'est ça ?

A4 : Oui, c'est à dire que, quand même, il y en a qui viennent avec 10 items !

M : Et vous faites ça euh?

A4 : Oui, moi, je fais comme ça : genre, je leur dis, qu'est ce qui est le plus important aujourd'hui? c'est le genou, c'est l'angine ? Ah bah c'est l'angine. Bon ok. Vous reviendrez à un autre moment. Je leur fais l'ordonnance. Voilà je fais comme ça.

A7 : Ça tombe bien que tu dises ça parce que par rapport au patient difficile. Moi, j'ai une patiente comme ça, quand je viens la voir, c'est...Et à chaque fois que j'arrivais, c'était toujours pareil, elle avait 80 ans. Ah bonjour docteur, et elle prenait son papier et alors docteur voilà. Et une page recto verso et ça rien que d'arriver à la porte, à un moment, ça me mettait la boule au ventre, et je me disais : punaise, elle va être assise sur sa table comme d'habitude avec son papier et elle va le lever au moment où elle va me voir, ça va être l'enfer ! Et donc j'ai beaucoup lutté, je me suis blindé tout ça. Et puis finalement, un jour, je me suis dit bah, aujourd'hui, ça va bien se passer !

A3 : On va y aller cool !

A7 : On va y aller cool ! Et j'ai fait en sorte qu'aujourd'hui ça va bien se passer et euh...J'ai trouvé des solutions, euh, la consultation... et après, mon défi, je m'étais mis le défi que la consultation se passe bien. Et après ça se passait du coup beaucoup mieux. Au moins pour moi.

A4 : C'est surtout le fait de le lire. Tu leur dis : bah donné moi le papier, tata tatatata tatatata, et tu dis bon alors on va regarder ça et ça. C'est toujours la même chose qui revient après !

A7 : Mais là, je ne me souviens plus ce que je vous ai écrit. *(Rire de A4)*

A7 : Donc euh, non, non, mais euh...

A4 : Ah, c'est terrible. Ah la la ! *(Rires)*

A7 : Mais les patients difficiles, de ne pas se mettre dans l'idée qu'on est en opposition avec eux, je pense que c'est important de...d'avoir en tant que professionnel cette attitude.

M : De ne pas se mettre en escalade !

A7 : Oui.

M : En escalade symétrique. Parce que ça, c'est fatigant !

A7 : Ça c'est fatigant.

M : Ça bouffe de l'énergie.

A7 : Et moi, ce que je trouve ce qu'il y a de plus dur c'est avec les familles des patients. Euh la fille qui vient, classique, la fille qui vient de Paris et qui la trouve chez elle et qui dis : mais on ne fait rien pour elle, euh, faut faire ci, faut faire ça. Ça, je trouve c'est une interférence dans la relation médecin patient alors que tout se passe bien et euh... Eux, ils sont loin, ils n'arrivent pas à gérer et ils nous mettent en avant le fait qu'on ne s'en occupe pas bien. Que eux à Paris, ils l'auraient envoyé à l'hôpital Cochin, où ils connaissent très bien le Professeur « Schmolle » qui fait ci et ça et que...ça c'est un truc difficile que je trouve dans la relation médecin patient. C'est sûrement la plus grosse difficulté actuellement.

A5 : Le soignant. Encore, ils ont encore plus de poids sur le patient que nous et que la famille...les infirmières... Qu'on n'en fait pas assez ou...alors que le patient n'a pas forcément envie qu'on en fasse plus. Après voilà, c'est pas la relation directe avec médecin patient.

A7 : C'est une interférence.

A5 : Oui.

A7 : Ça compte !

A5 : Oui.

M : Et si vous aviez à évaluer les habilités de communication de votre interne stagiaire, comment est-ce que vous feriez ? Quels seraient vos critères d'évaluation ?

A6 : Pour évaluer quoi ?

M : Evaluer les habilités de communication du stagiaire, de l'interne, avec les patients. Si vous deviez évaluer ça, quels seraient vos critères ? Comment est-ce que vous feriez ?

A7 : Ma grille ! J'ai une grille d'évaluation où point par point à l'interrogatoire, à l'examen, euh, pour la prescription et à la fin.

A5 : C'est la grille que tu nous avais envoyée.

A6 : S'il est bien habillé, s'il est bien coiffé, s'il a les mains bien propres. Rire. Ça joue hein ?

M : La présentation !

A5 : La présentation.

A6 : La présentation, c'est important.

A5 : L'accueil après. L'accueil des patients.

M : Présentation, accueil.

A3 : Après le fait d'être présent, ça interfère déjà. Moi je me souviens, quand j'étais interne, quand j'étais en présence de mon maître de stage Saspas, j'avais pas du tout la même communication avec le patient. C'est clair ! *(Rire de A6)*

A3 : Non mais c'est vrai ! Du coup, ça gêne.

A6 : Le fait que l'interne ait son matériel, je trouve ça important qu'il ait son matériel. Il y a des choses à respecter, c'est pas...

A1 : C'est-à-dire un stéthoscope ?

A6 : Oui !

A1 : Au moins.

A6 : Oui. C'est pas toujours.

A7 : Déjà au niveau de l'hygiène, c'est mieux quand même !

M : Ça fait partie de son apprentissage.

A6 : Oui, tout à fait !

M : Bon, il y a une tierce personne mais, si vous vouliez aider euh, développer les communications de l'interne, sur quels critères tu évalues et comment tu fais ?

A7 : Ça commence à...

A6 : À l'interrogatoire

A7 : par la préparation de la consultation. Est-ce qu'il a regardé ? Est-ce qu'il est allé voir avant ? Comment il va chercher les gens dans la salle d'attente ? Comment il leur adresse la parole ? Comment il ouvre, il dit de s'asseoir ? Comment il ouvre le débat, est ce qu'il dit euh...Bon après comment il écoute les gens ? Au bout de combien de temps il coupe la conversation, la parole au patient ?

M : Ouais.

A7 : Ensuite euh...Quand est-ce que, quand est ce qu'il prend la parole ? Est-ce qu'il pose des questions ouvertes ou des questions fermées ? Est-ce que il identifie les différents problèmes du patient ? Est-ce qu'il a évalué que son, euh, son interrogatoire lui a permis de valider que c'était bien le problème du patient ? Ensuite moi c'est vrai que je fais verrouiller mon interrogatoire. C'est-à-dire que je leur demande, enfin...Je vérifie, s'assurer qu'il n'y a pas d'autres problèmes à côté desquels il va être confronté en fin de consultation et qui va l'embêter. Et puis, si après sur la relation, si la relation médecin patient, c'est aussi physique. C'est-à-dire, est ce qu'il est à l'aise pendant son examen, est ce qu'il a la bonne distance par rapport aux gens ? Euh...Parce que la bonne distance, elle est pas toujours facile à trouver. Euh...On peut faire les choses très bien et puis faire des choses qui ne se font pas sans s'en rendre compte. Je pensais à une stagiaire qui était hyper concentrée sur ce qu'elle faisait, elle cherchait une hernie inguinale, elle s'était mise à genoux devant un patient, elle le faisait tousser, c'était très bien mais il y a sa femme qui était de l'autre côté et qui disait mais qu'est-ce qu'elle est en train de faire ? *(Rires)*

A7 : Bah oui, mais elle, elle était dans l'idée de chercher une hernie inguinale. Elle avait les 2 mains comme ça *(mime la recherche d'une hernie)*, voilà...

A1 : De profil !

A7 : Et c'était quelqu'un de super...et de profil. Donc euh voilà... *(Rires)*

A7 : Non, mais bon, c'est des trucs tout bêtes ! Et au contraire d'avoir une distance, de faire mal, de pas avoir un geste qui est sécurisé. Euh, enfin, je dis ça, mais j'ai réfléchis pour mes internes, c'est ma réponse. Après c'est euh, est ce que la proposition que je vais faire à mes patients, enfin euh, la proposition qui a été faite elle est en accord avec mes connaissances, les connaissances de la science que ce soit pour la prescription de médicaments, de biologie, de paraclinique. Euh, et puis à la fin, est ce que l'ordinateur a eu une interférence négative sur euh...comment dire, sur la relation médecin patient, est ce que l'écran était devant, est ce qu'il était en permanence en train de taper ? Est-ce que les notes sont suffisantes, est ce qu'on pourra retracer et est ce qu'on pourra, est-ce que par contre il n'y a pas des phrases entières, qui sont euh, qui sont trop longues. Et puis, est-ce que le patient a compris ce qu'on lui a dit, est ce qu'il était satisfait ?

A5 : Est-ce que l'interne a aussi un langage accessible au patient ?

A7 : Voilà, oui, tout à fait, c'est vrai. Bah, c'était ma grille mais je crois que je vous l'avais fait passer ? C'était ma réflexion sur la relation médecin patient des internes. Et c'est une grille, je précise quand même que les internes utilisent d'abord sur mes consultations, c'est pour ça, ils évaluent ma consultation à partir de cette grille et ensuite en fin de stage, quand ils travaillent seuls enfin, quand ils travaillent et je suis à côté d'eux, je les évalue aussi. Mais ils m'ont d'abord évalué. Ce qui rend les choses plus facile. Bien que ça les stresse quand il me voit écrire quelque chose. Et il y en a peut-être d'autre qui ont d'autres, enfin...bah moi, ça m'intéresse d'avoir vos... Toi tu fais comment ? *(en s'adressant à A6)*

A6 : J'évalue pas bien, je suis mal notée d'ailleurs. Euh...

A1 : Par rapport aux évaluations, tu es mal notée ?

A6 : Oui ! Je suis mal notée par l'évaluation

A1 : Par le stagiaire ?

A6 : Par le stagiaire.

A1 : Tu as « C » ?

A6 : Oui

A1 : Moi aussi ! (*Rires*)

A5 : Peut mieux faire !

A1 : Ça s'apprend hein ?

A5 : Moi, j'ai que des Saspas alors on est moins avec eux alors il faut apprendre à évaluer, après euh...c'est plus les retours patients, euh, ou le récit que l'interne fait de sa consultation, on arrive à voir comment ça s'est déroulé au final. Comment la relation s'est établi quoi, en gros. Mais ça reste subjectif !

A1 : C'est vrai qu'on n'a pas fait...Je l'ai ta grille, je me souviens, tu nous la fait passer. Mais j'ai du mal à la mettre en pratique. Parce que ça demande une discipline assez euh...

A7 : Ah, mais je ne note pas sur tous les items quelque chose mais au cours de la consultation s'il y a un truc qui me..., je me pose la question. Je me dis tiens là il y a un truc qui s'est passé. En bien ou en mal, c'est pas du tout pour euh...dire qu'ils font mal, au contraire, quand je vois un truc bien hop, je note. Alors ils se disent mince, il est en train de noter quelque chose, punaise, qu'est-ce que j'ai fait comme connerie ! Et après je leur dis, bah non, c'était bien je sais pas t'as bien pensé à approfondir cette question ou t'as bien identifié ce problème et euh, c'était vraiment le problème principal des patients, du patient à mon avis aussi. Donc euh, et en fait, ça permet de reréfléchir à la consult, aux différents temps de la consultation, et de se dire : euh, est ce qu'on a essayé d'être à peu près. Il faut pas reprendre tous les items, c'est ingérable autrement. Mais se poser la question sur chaque item pendant la consultation, c'est pas mal. Enfin,...

A6 : Il faut que je relise la grille !

A7 : Mais, non, non, non, il faut avoir vos idées ! Nan, nan, c'est...Moi, c'est mon vécu de la consultation, c'est, je vous la donne la grille, c'est pas pour...

M : Il y en a beaucoup de grilles ! Nous quand on regarde la littérature.

A7 : Ouais. Les autres enfin, je...Moi, j'avais fait une formation où ils nous avaient présenté 2 ou 3 grilles, où j'ai retenu l'idée de la grille mais c'est tout. C'est tout ce que j'ai retenu parce que les autres grilles m'avaient pas emballé. Mais j'ai fait la mienne parce que c'est l'outil qui me convient. C'est évident que ça peut ne pas vous convenir, ça c'est certain mais euh, ça peut vous aider à créer votre outil. Moi je vous l'ai donné dans ce sens. J'ai pas de...Je ne dis pas qu'il faut que vous l'utilisiez comme ça. C'est des éléments et une façon d'organiser les éléments. Après, il y a peut-être d'autres éléments. Si vous en avez d'autres d'ailleurs, vous me les envoyez par mail, je les rajouterai et je serais ravi.

M : La grille sert aussi à s'auto évaluer !

A7 : Oui.

A1 : Et toi t'as une grille toi M ?

M : Oui.

A1 : Pour toi ?

M : Ouais.

A7 : Que tu avais avant ?

M : Que j'avais avant.

A7 : Je me doute, j'en étais sûr.

M : Mais on peut s'auto évaluer, euh...S'il y a l'interne, c'est vrai que la présence du maître de stage perturbe la relation, mais,...On peut quand même l'évaluer. Et aussi, le fait que l'interne évalue aussi le maitre de stage, ça c'est excellent parce que c'est un bon apprentissage par modèle.

A6 : Bah, ça te fait progresser oui.

M : Les deux, dans les deux sens, aussi bien pour l'interne que pour le maitre de stage !

A7 : Moi, je prends des stagiaires, c'est pas pour eux, c'est pour moi ! C'est pour progresser moi, je leur dis, euh,

M : C'est peut être aussi un peu pour eux ? (*Rires*)

A7 : Si un peu, mais, nan, c'est surtout que moi je leur dis : à la fin du stage, je veux que ça soit comme pour les autres c'est-à-dire que quand je fais tel chose je me dis tiens je penserais à untel, pendant que je suis à mon ordinateur et que je touche à cette touche, là, ça c'est Y qui faisait, celle-là c'est...enfin, chaque interne m'a appris des choses et quand je les fais, quand je mesure le temps pour mes bandelettes urinaires, je pense à X, parce qu'elle m'a dit, c'est 2 minutes une bandelette urinaire c'est pas...Donc maintenant je fais tac, 2 minutes et voilà ! Elle m'a aussi dit quand tu fais un vaccin, prends du coton comme ça tout de suite après ça coule pas. Le temps que tu ailles chercher ton coton, euh, mais elle me soule mais elle a raison. Donc euh, voilà. *Rire*. Et donc, chaque interne, m'apporte quelque chose, enfin, et...et si les internes me disent c'est super ce que tu fais, je leur dis mais attend, c'est pas ce que je te demande ! J'attends euh...Et puis quand je les vois examiner, je me dis tiens il fait comme ça, l'appendicite il recherche ça alors je leur demande, t'as fait ça, t'as fait ça comment. Et il y a des patients qui me disent : mais attendez, vous docteur, vous êtes vraiment super, on vient pour vous, mais vos internes, on ne veut pas les voir. Je leur dis mais attendez, faites ce que vous voulez, mais ce que je suis aujourd'hui, c'est grâce à mes internes ! Donc euh...si j'avais pas mes internes, je ne serais pas le médecin que vous avez en face de vous ! On fait comment ? Et toi A6, t'as pas de...

A6 : J'ai pas de grille, non.

A7 : Non mais sans parler de grille. Dans ta consultation, quand tu vois, quand tu es à côté de ton interne qui parle...toi, t'as un UPL ou un SASPAS?

A6 : Alors là, celui qu'on a en ce moment, il est bien, il sait bien examiner donc on fait la consultation ensemble en fait. Et l'interrogatoire se fait quasiment ensemble. Je parle et lui parle aussi, alors parfois ça perturbe un peu la patiente aussi mais, heu, ça va bien.

A7 : Parfois, il faut apprendre à se taire.

A6 : Mais alors là celui-là, il vient juste d'arriver. Donc euh, des fois je me dis allez hop, je m'arrête de parler et c'est toi qui parle. Quand le patient commence à regarder l'interne, alors, je laisse faire !

A7 : Mais là tu...

A6 : Mais bon, c'est peut-être pas le bon système mais je le sens bien à l'aise et que j'aurai peut-être pas fait avec des internes qu'on a eu avant.

A7 : Mais, là, toi, tu dis, je laisse faire. Et au contraire t'as peut être intérêt à être active mais active dans ton...plus dans ton rôle de médecin, mais dans ton rôle de mettre de stage. Au lieu de laisser faire, et bien là de dire je vais être attentif à ce qu'il fait et du coup t'es plus en relation avec la patiente, tu vois ce qu'il se passe mais tu es attentif à ce qu'il fait lui et ça c'est plus facile du coup pour être euh, pour laisser la relation médecin patient avec l'interne et toi t'as ton propre rôle

A6 : Oui, c'est vrai.

A7 : Et au lieu de te dire : je laisse faire, te dire et bien maintenant, je vais être active dans la, dans sa façon

A6 : Dans sa façon de faire et que je sois plus en retrait.

A7 : Voilà, et le fait de noter, d'avoir un truc et de noter, ça te permet de montrer que tu as un autre rôle dans la consultation. Moi, je sais que j'ai un petit calepin, un truc comme ça là, et puis je note au fur et à mesure les trucs et du coup, le patient voit que je suis en train de faire autre chose. Je suis dans la consultation mais je prends une autre part dans la consultation. C'est plus visible pour le patient et pour l'interne parce que souvent les internes, ils ont tendance à quand on prend la parole, plus savoir ce qui est de leur rôle et du notre.

M : Est-ce que tu vois d'autres critères de la relation de la communication entre l'interne et le patient, dans la relation du stagiaire avec le patient ?

M : Bon bah, je crois qu'on a fait le tour.

A7 : Juste une question, t'évalue avec quel type de grille ?

M : En fait j'en ai fait une

A6 : Et existe-t-il d'autre type de grille d'évaluation ?

A7 : Aux formations sur les maitres de stage ! Mine de rien, c'est pas mal.

A6 : D'accord.

FIN

Verbatim Focus Group B du 23 janvier 2013

Modérateur : Dr Serge BOUHANA (M), Observateurs : Florian GUICHARD et Mélanie PHILIPPE

M : Selon vous, est-ce qu'il faut s'intéresser à la relation médecin-patient ?

B7 : Qu'est-ce qu'on entend par relation médecin-patient ?

B2 : Avec B4, on a discuté hier un peu du sujet et une des questions qu'on s'est posé c'est est-ce qu'avoir une bonne relation avec son patient, sans s'auto-féliciter, est-ce que ça change finalement le résultat, ça donne des meilleurs résultats thérapeutiques que si on n'a pas de bonne relation ? On s'est dit que ça nous aidait surtout nous à prendre plaisir à soigner, que c'était quelque chose qui était fondamental. C'est plus thérapeutique pour nous que pour les autres ; c'était peut-être anti « burn-out ».

B1 : Pas seulement.

B2 : Pas seulement mais, quand nous sommes contents d'une consultation ; est-ce que finalement, par rapport à quelqu'un qui a expédié sa consultation en allant directement à l'essentiel et en étant « hyper-sec », est-ce que finalement on a mieux soigné que celui qui a été ?...

B1 : Sauf que le patient a besoin d'entendre, enfin, la façon de dire, participe aussi. Faut essayer de le convaincre, de la faire changer d'attitude. Et que ça, ça peut être dit ... Entre la façon de dire sèchement et la façon ...

B6 : Ouais mais est-ce que le fait d'avoir une bonne relation médecin-patient ça influence sur la qualité du diagnostic, sur la qualité de la thérapeutique, sur un certain nombre de choses ?

B1 : Non.

B6 : Après effectivement on se fait plaisir, je pense qu'on se fait plaisir à avoir une bonne relation avec le patient parce que c'est agréable et que à partir du moment où on n'a pas de barrières vis-à-vis du patient, c'est peut-être plus facile et on arrivera plus facilement à lui faire passer un certain nombre de choses. Mais est-ce que notre diagnostic il est meilleur ou pas ? C'est une question que je me pose.

B2 : Moi aussi.

B6 : J'espère, enfin je pense que c'est meilleur.

B5 : Je pense qu'on est plus à l'écoute si on s'entend, si ça passe bien avec le patient.

B3 : Il se confie plus.

B5 : On va être plus réceptif à ce qu'il va nous raconter.

B3 : Du coup au niveau diagnostic et thérapeutique, ça va être plus...

B6 : On s'adapte à lui mais est-ce qu'on, on s'adapte plus à ce qu'il veut. Mais est-ce qu'on fait un meilleur diagnostic ? Est-ce qu'on va mieux le soigner ?

B3 : Ben oui, parce qu'on va prendre en charge son côté psychologique aussi, donc forcément. On prend pas en charge que la maladie, on le prend en charge dans la globalité.

B4 : Moi je vois le risque, c'est de passer un bon moment (*Rires*) c'est sympa. Puis de zapper des choses parce qu'on y aura pas pensé ou qu'on n'a pas envie de les aborder. Si on est trop copain...

B6 : Ouais quand on connaît trop les patients.

B4 : Y'a des choses qu'on hésite à aborder. Nous, on va vouloir faire trop plaisir, à répondre trop à certaines demandes, alors que d'un strict point de vue médical, il n'y aurait pas lieu de le faire. Donc ça c'est un risque.

B9 : Ça dépend ce qu'on veut dire par une bonne relation.

B1 : Voilà, exactement.

B9 : Est-ce qu'une bonne relation, c'est une relation où on s'entend bien sur le plan social ou est-ce que c'est une relation où le patient il nous écoute et fait ce qu'on ce qui est bien pour lui ?

B1 : Est-ce que ça peut être aussi la bonne compréhension ? Est-ce qu'on comprend bien les symptômes, est-ce qu'on écoute bien ce que nous raconte le patient ? Et quand nous on lui explique, est-ce qu'il y a une bonne compréhension ?

M : Oui, c'est le côté communication.

B1 : Voilà, est-ce que la communication est claire ? Sans forcément être « copain-copain ». On peut très bien, indépendamment du côté affectif, on peut s'assurer que les messages soient passés ; dans les deux sens.

B6 : En général on essaie de bien communiquer mais le problème c'est que on s'aperçoit, même si on fait attention, même si on est attentif, même si on prend des précautions, on s'aperçoit souvent que le message qu'on a voulu faire passer, bah, ça pas été obligatoirement bien perçu. Heu, enfin nous on le voit assez facilement en traumatisme. Quand on explique les choses aux gens, peut-être qu'on les explique mal... Encore une fois je ne critique pas, je constate les choses. On s'aperçoit que quand eux vont raconter l'histoire à la famille ou aux proches, et ben y'a au moins 50% des choses qui sont passées à l'As... (*Rires*). Et encore, quand je dis 50%, parfois c'est plus !

B4 : Tu passes 15 min à leur expliquer les ligaments croisés, le téléphone sonne... Arrghh, je me suis explosé les genoux ! J'ai tous les ligaments foutus (*Rires*).

B5 : Ça fait un quart d'heure que tu lui expliques que...

B6 : On a souvent effectivement l'impression que même si on a passé beaucoup de temps, que nous on a l'impression que la relation était bonne avec le patient, et vraisemblablement elle est bonne. Le résultat il est que on n'est pas convaincu qu'ils aient bien compris les choses ! Bon ça, je vois surtout ça en traumatisme.

B1 : Mais en traumatisme, c'est tellement particulier, c'est un accident, c'est brutal. Ils sont en train de réfléchir à tout ce que ça va introduire d'avoir la jambe avec les béquilles pendant 1 mois ! Le travail, la voiture, que du coup ils ne peuvent pas assimiler le message. Ça je crois, il me semble, que ça a déjà été étudié, enfin, aux urgences... Le lendemain, il faut reprendre... D'où l'intérêt des fiches conseils.

B6 : Les situations sont particulières.

B2 : Je pense que ce qu'a dit M est très important, c'est que avoir une bonne relation, c'est pas forcément être copain, c'est... heu... avoir une relation efficace. Qui satisfait, certes, mais qui a les résultats thérapeutiques escomptés.

M : C'est une relation qui reste professionnelle.

B2 : Voilà, aujourd'hui, on est tellement dans les mots, l'empathie, etc...

B9 : Je crois que si la relation est perçue comme bonne par le patient, en fait, il est souvent content. Ils disent que... c'était super, super docteur, et tout... alors qu'on a peut-être fait des bêtises. Ça c'est vrai, nous on n'a pas la même perception de bon ou mauvais, peut-être.

B1 : Mais la relation c'est notre vitrine.

B9 : Oui c'est ça. Les patients, s'ils ont une bonne relation, ils disent, ah ben celui-là il est sympa. Ça se passe super bien, il faut aller le voir. B7, il est très gentil ! (*Rires*). Donc ça c'est la bonne relation pour le patient. Je pense que c'est le plus important pour le patient.

B7 : Mais on voit bien, enfin, on voit des gens comme les touristes. Ils sont soignés, et on ne comprend pas parfois quand ils nous racontent leurs histoires... Quand on voit leurs ordonnances, des fois c'est parfois effarant ! Pourtant ils continuent de voir leur médecin. Quelque part, ils ont une bonne relation avec ce médecin-là. Quand je dis bonne relation, c'est qui les satisfait eux. Donc, est-ce qu'une bonne relation, c'est une relation qui satisfait le patient ? Est-ce que ça ne pourrait pas être des fois, on envoie « chier » des gens, on les engueule. C'est peut-être une bonne relation... Si elle répond à un objectif thérapeutique... c'est plus le même... (*Rires*).

B8 : Je vais quand même dire un mot. Hier, quand j'ai vu le message de B4, il dit la relation médecin-malade ; il a dit d'y réfléchir. Un peu comme le disait B2 tout à l'heure. Je me suis dit mais... Dans le travail que je fais depuis un certain nombre d'années, j'ai en gros 3 sortes de clientèle. La clientèle touristique, malheureusement, qui vient pour un problème très ponctuel et qu'aime bien qu'on l'accueille un peu chaleureusement ; qu'on soit pas, je veux dire, qu'on prend pas en charge dans sa globalité. Ils en ont quelque part rien à faire. Bon alors des fois c'est vrai qu'on est parfois surpris comme dit B4 par rapport au traitement qu'ils ont. On leur demande parce qu'il faut, qu'on va intervenir dessus, si on rajoute quelque chose. Donc pourquoi en rajouter une couche à ce qu'ils ont déjà, ou éviter les interactions les trucs comme ça... Mais ça, bon, j'allais dire on a une relation qui est de courte durée. Ils sont bien contents qu'on les « dépanne ». Je parle pas en traumatisme, parce que moi je fais peu de traumatisme, je fais essentiellement de la médecine. Après, j'ai un autre type de clientèle, ma clientèle personnelle, qui est venue me faire confiance. Moi je bosse, je pense, je vois les choses comme ça. Les gens m'ont fait confiance, ceux qui ne m'ont pas fait confiance, un jour je leur ai dit. Ben allez voir quelqu'un d'autre ! (*Rires*). B4 en a récupéré de mes patients. (*Rires*). Parce que je leur ai dit carrément, vous n'avez pas confiance en moi. Ben je dis on va pas pouvoir travailler ensemble, c'est pas la peine. Ça, j'ai pas eu peur de le dire. Il y en a carrément que j'ai mis à la porte, mais ça... c'est arrivé quelques fois. Autrement, des fois y'a des gens, j'ai plus une relation d'empathie, j'ai créé trop de relation personnelle avec eux. C'est peut-être un défaut je sais pas... Mais ils me font confiance là-dessus donc bon... Je sais pas si... si c'est bien ou si c'est mal. C'est la question que je me suis posé après ça. En me disant peut-être qu'en faisant ça, en étant trop bien avec eux, laisser passer certaines choses, de pas aller au fond des choses ; parce qu'on pense que bon... On les voit tous les jours donc s'il y avait quelque chose qui arrivait... Pas tous les jours, on les voit régulièrement, donc on se dit si il y a un problème un jour, on s'en apercevra. Puis c'est des fois quand on s'en aperçoit, ils arrivent... on a laissé passer un diagnostic, mais bon... Mais ils ne nous en veulent pas. (*Rires*).

B9 : La bonne relation, c'est ça ! Faire des conneries, ça passe ! (*Rires*)

B8 : Je ne suis pas très dirigiste dans les traitements, si vous voulez pas le faire, vous le faites pas. Vous ne voulez pas faire cet examen... Je veux dire, je ne suis pas, heu... J'essaie d'être plus... Je leur ai dit que c'était à eux de se prendre en charge. Comme je leur dis, si j'étais capable, moi... Je le dis souvent à certains de mes patients. Si je prenais les médicaments à votre place et ça vous guérissait, ben je le ferais mais ça ne marche pas comme ça. Donc vous, vous acceptez mon traitement, vous acceptez ce que je vous demande de faire. Et il y en a beaucoup qui me répondent ben oui, c'est toi qui sais donc c'est toi qui dois me dire ce qu'il faut que je fasse. Et c'est vrai que c'est un peu le style de chose que j'ai vécu, je veux dire, sur les trente dernières années. Je pense que, j'allais dire, chaque médecin a sa clientèle. Sa clientèle est le reflet de ce qu'il est.

B2 : Je réagis par rapport à ce que tu dis sur, heu... Ils nous disent : « c'est toi qui sait, c'est toi qui nous dit ce qu'il faut faire ». Et je me rends compte que souvent, j'ai l'impression que j'explique trop, que je voudrais trop qu'ils comprennent, qu'ils adhèrent ; en comprenant pourquoi je fais ça ; et à mon avis, c'est une erreur de ma part parce qu'en fait ils ne sont pas capables. Dans un bon nombre de cas où j'explique mal, mais je pense quand même que, régulièrement, euh, le fait de trop expliquer ce qu'on veut faire. Pourquoi on le fait, etc... On veut... On les braque un peu. Ils disent mais, comme tu dis, « c'est vous qui savez, vous dites ce que je dois faire et je le fais mais... ». Ils ne veulent pas prendre la responsabilité. Nous on voudrait qu'ils prennent la responsabilité d'adhérer au traitement et de se soigner et pas d'être soignés. Et je pense que beaucoup de patients ne sont pas dans cette démarche là, ils ont une démarche très passive, et ben quelques fois on s'y prend mal pour le résultat qu'on voudrait obtenir.

B6 : Moi je pense que c'est pas si évident effectivement. Tu as des patients chez qui il faut bien expliquer, longtemps expliquer, largement expliquer. Et puis effectivement il y en a beaucoup d'autres qui n'ont pas besoin de tant d'explications. Et c'est là où c'est pas facile de faire la part des choses. C'est vrai que des fois quand on essaie de trop expliquer... Mais est-ce que c'est si important d'expliquer ? Est-ce que c'est parce qu'on va beaucoup expliquer que les gens vont nous faire confiance... Moi je ne suis pas convaincu.

B1 : Il y a quand même expliquer pourquoi, quel est le but de ce médicament, pour améliorer l'observance.

B6 : Oui oui, ça, d'accord.

B1 : Après le faire participer à un choix, leur dire ben là il y a ça et là, il y a ça... Et leur dire, ben là, qu'est-ce vous choisissez ? C'est vrai que c'est...

B2 : Non, mais sans dire un choix mais, heu, les faire un peu adhérer quoi.

B5 : Dans les maladies silencieuses comme l'HTA ou le diabète, c'est bien d'expliquer pour qu'ils comprennent l'intérêt de prendre un traitement maintenant pour éviter des problèmes plus tard.

B7 : On est bien naïfs.

B6 : B7, pourquoi tu dis ça...

B4 : Moi, je trouve que trop souvent... Je lis des articles ou j'entends des réactions de gens que je soigne qui se plaignent de pas avoir assez eu d'explications, d'avoir eu affaire à des médecins qui leur ont prescrit des examens, des traitements, sans leur demander leur avis... Donc j'ai l'impression qu'il y a pas mal de gens qui ont besoin d'explications ; qui se plaignent de la mauvaise relation.

B9 : Souvent, je pense qu'on n'explique pas la chose qu'ils demandent. En fait ils ont une demande, et nous on explique à côté. Parce que nous on voit un problème là où eux ne voient pas de problèmes.

B6 : Puis nous on explique à notre façon, on explique certainement d'une façon un peu trop médicale et peut-être qu'eux, ne peuvent pas entendre ça. Ils voudraient peut-être des choses plus simples et éventuellement plus pratiques. Et nous on est dans notre discours médical et on a du mal à bien faire passer le message.

B4 : Comment on pourrait faire pour savoir, eux, ce qu'ils ont envie de savoir ?

B5 : Faut leur demander.

B9 : Il paraît qu'il faut qu'on écoute plus.

B4 : Moi je me force à écouter et j'ai remarqué... Avec B2 on est allé à un séminaire sur la relation médecin-malade. Et moi j'avais retenu qu'il fallait laisser parler les gens et qu'au bout de 2 minutes ils avaient tout dit.

B2 : Ben ça c'est pas tous !

B5 : En moyenne le médecin coupe la parole au patient dans les 30 secondes.

B4 : Entre 15 et 30 secondes et n'empêche que je me force... Parce que j'avais remarqué que, effectivement je leur coupais la parole très vite. (*Rires*). Et effectivement, la plupart des gens, mais pas tous, ils amènent tous les renseignements dont j'ai besoin de savoir sans que j'aie besoin de poser de questions. Et c'est très étonnant et faut vraiment se forcer...

B1 : A pas parler !

B5 : Même s'il y a un trou, tu les laisses...

B4 : Oui, même s'il y a un trou, c'est ça qu'est si dur. (*Rires*). Alors on est pressé mais on gagne du temps. Parce qu'il y a une personne de moins qui a parlé.

B7 : Tu finis de remplir le dossier de celui d'avant pendant que les gens commencent déjà à raconter (*Rires*)

B4 : Installez-vous, racontez-moi !

B6 : Non, mais la même chose qui est importante dans la relation médecin-malade ; c'est il faut quand même que le malade il ait l'impression que tu l'écoutes.

B7 : Oh mais il a l'impression ! (*Rires*)

B6 : Toi t'es fort B7, B7 lui, il peut continuer, moi je peux pas.

B5 : B7 il est assis dans son bureau, le patient arrive, rentre et commence à raconter son histoire...et il est encore sur son ordinateur. Ils sont habitués parce qu'ils vont le voir.

B1 : Ouais ils sont habitués.

B7 : Oui ils sont habitués ! Ils s'assoient, ils racontent, ils racontent. Des fois, je leur dit : « Attendez ! Attendez ! Je n'ai pas encore votre dossier ! » (*Rires*)

B4 : Et finalement ils reviennent te voir, donc ils sont assez satisfaits de cette relation. (*Rires*)

B8 : Ah j'allais dire aussi l'expérience qu'on a avec les touristes, les gens qui sont de passage ; c'est qu'ils ont une relation complètement différente que celle qu'on a nous avec nos patients. Ils sont le reflet de la relation qu'ils ont avec leur médecin. Et on voit qu'il y a des tas de relations différentes. Je veux dire, ben nous on a cette relation là, nos confrères ils ont d'autres relations complètement différentes. Je veux dire, les gens nous disent, ils pensent que... parce que le fait qu'ils n'ont pas grand chose, je vais aller vite. Non, à la limite, je vais pas plus vite avec eux qu'avec mes patients habituels. Je mets même des fois, plus de temps parce que j'aime trop parler. (*Rires*). J'aime bien savoir ce qu'ils font. Je discute bien avec eux. Bon sauf si la salle d'attente est pleine, qu'il y a vraiment beaucoup. Ils disent : « ah ben vous, vous avez accepté de parler avec moi ! ». Ça veut dire que quelquefois on a l'impression que leur médecin, peut-être qu'il a du monde, souvent ils sont sur RDV donc ça... Et donc on a l'impression du fait qu'on a parlé avec eux qu'on les a écoutés même si ça a pas, même s'ils n'étaient pas venus pour parler de ça. C'est vrai que c'est quelque chose que... Alors je vais pas porter des jugements sur les confrères qui ont ces relations avec leurs patients, parce qu'on connaît pas la manière dont eux ils travaillent. Mais c'est vrai que c'est un peu... C'est souvent ils nous disent : « ah vous avez pris le temps de parler avec moi ».

B6 : Il faut parler au début et à la fin parce qu'à la fin ils te ressortent un truc.

B1 : Mais non, si tu les as laissé parler au début.

B7 : J'en ai vu un qui est venu aujourd'hui, parce qu'il avait vu un de tes confrères à S. pour un problème de genou. (*Rires*). Donc il avait été immobilisé et au bout de 15 jours il avait fait une IRM, kiné, etc. Et il demandait s'il pouvait conduire. Donc je le réexamine, je lui réexplique tout parce qu'il avait rien compris. Et au moment de partir il me dit : « Et aussi, ça fait trois nuit que ça me serre dans la poitrine là ». (*Rires*). Accessoirement ! Il a fini aux urgences mais... (*Rires*)

B6 : Il n'a pas été mis sous HBPM ?

B7 : Euh...non, il était pas sous HBPM mais je pense pas que ça aurait changé...

B6 : Non mais c'était une parenthèse.

B7 : Mais comme quoi, c'est à la fin des fois. Et là du coup t'es bien content. Ça fait 2 consults, il te l'aurait dit au début... Tu faisais l'électro. (*Rires*)

B6 : Et t'as perdu du temps là.

B1 : C'est pour ça moi que j'aime bien lister les problèmes dès le début.

B7 : Je reconnais, ils ressemblent à leurs médecins, j'ai eu que des cas sociaux ce matin. (*Rires*)

M : Donc tu demandes au patient la...

B1 : Moi je demande toujours, voilà, je laisse parler.

B2 : Ils arrivent avec leur petite liste.

B1 : Ils ont leur truc dans leur tête, ils disent le premier truc, puis... Bon bah toi tu te dis ben voilà. Tu te fais avoir parce que tu te rends compte qu'après il y avait un deuxième truc. Limite, ils sont venus se rasseoir et « au fait il y avait aussi ça ! ».

B7 : Des fois ils attendent que t'aies fini de résoudre le premier truc.

B1 : Souvent je demande maintenant...

B7 : « Et c'est tout ?! »

B1 : Je demande...

B9 : « Vous avez peut-être autre chose ? »

B5 : « Vous voulez parler d'autre chose ? »

B1 : Bon je le fais pas à chaque fois, mais des fois quand il y en a plusieurs faut tout me dire d'un coup comme ça après moi ça m'aide pour gérer mon temps, et puis savoir ce qui est important.

B4 : Ça j'essaie de le faire aussi parce que... c'est quand même régulier les gens qui amènent les problèmes les uns après les autres, mais ils attendent qu'on ait réglé le premier. Ou alors c'est pare qu'on s'est trop pressé, justement, ils nous ont dit quelque chose...

B7 : C'est toujours les mêmes ! (*Rires*)

B1 : Il y a des spécimens qu'il ne faut pas laisser parler ! « Quand est-ce que je vais pouvoir le couper ?! » (*Rires*)

M : Et alors pour vous, quels sont les critères d'une bonne relation ?

B7 : Une satisfaction des deux parties. C'est-à-dire que c'est pas la même relation pour chacun ; que le patient en sortant ait l'impression d'avoir été écouté ; et que le médecin ait l'impression de pas avoir été « phagocyté ».

B1 : Et d'avoir été compris.

B4 : Normalement, il s'agit quand même de soigner un problème. T'amènes une solution à une souffrance ou un problème médicalement reconnu. C'est pas juste euh...

B1 : C'est pas la satisfaction.

B7 : On parle pas de relation thérapeutique, on parle de relation là.

B6 : Quels sont les critères d'une bonne relation ? Sur quels éléments on va estimer que la relation est bonne ou pas ?

B7 : Pas sur la réussite ou le...

B6 : Voilà effectivement, est-ce qu'on a bien soigné le patient ? Est-ce qu'on a bien pris en charge sa pathologie ?

B1 : Est-ce qu'il adhère au traitement proposé ?

B6 : Voilà, est-ce qu'il est d'accord avec ce qu'on lui propose ?

B4 : Ben, tu vois, moi je pense tout de suite là, à une dame. Ça fait 4 jours que je lui cours après. Elle devrait venir me voir demain, mais qui adhère jamais au traitement que je lui propose ; jamais. Ça fait 20 ans, et elle continue à venir me voir ! Voilà, je suis pas le seul...

B7 : Qui t'explose ton P4P ! (*Rires*)

B4 : Elle, elle est venue me voir la semaine dernière en m'expliquant qu'elle faisait depuis quelques temps des malaises ; où elle avait les jambes qui flageolaient, comme une douleur dans la poitrine et tout. Bon... Je lui fais un ECG qui est normal. Je lui prescris une NF et des D-Dimères. Bon voilà... Je vois arriver les D-Dimères à 1700 ! Je cherche à l'appeler, évidemment elle n'était pas chez elle. Personne chez elle, le téléphone ne répond pas. J'ai appelé pendant 2 jours, en faisant appeler la secrétaire. Impossible de la joindre. Elle n'est pas déjà morte quand même ! (*Rires*). Euh, j'ai pensé à appeler sa sœur qui me dit : « ah mais elle doit être chez mon frère ».

B2 : La famille tentaculaire.

B4 : Le message a fini par passer, elle m'a rappelé hier. Je lui dis : « vous avez une anomalie à la prise de sang, vous faites peut-être une embolie pulmonaire ». Elle me dit : « ahhh, c'est pour ça que je fais ces malaises ! ». Je lui dis : « ben oui ». Puis : « et c'est pour ça que l'aspirine me fait du bien ! » (*Rires*). « Ca, je sais pas trop ! ». Je lui dis : « il faudrait surtout que vous alliez à l'hôpital ». « Ça, il n'en est pas question !!! Je veux bien venir vous voir mais j'irais pas à l'hôpital ! ». Donc, elle est étai à ce moment-là à (Ville), à 5 min de l'hôpital de (Ville). Je dis : « je viens vous voir demain ». Ce matin elle a appelé trois fois pour dire qu'elle viendrait en retard, puis qu'elle ne viendrait pas, qu'elle avait perdu son sac à main, qu'elle devait aller à la gendarmerie et tout... Je ne vous raconterais pas sa vie et son histoire mais... Elle a toujours des problèmes, comme ça, bizarres (*Rires*) assez inquiétants, et elle refuse toujours de faire ce qu'on lui dit. Elle est toujours en vie !

B2 : Et elle a tout à fait confiance en toi.

B4 : Et elle a confiance en moi parce que je suis le seul qui accepte qu'elle n'accepte pas...

B6 : Oui voilà ! Non mais elle peut très bien avoir confiance en toi. Mais n'en faire qu'à sa tête. C'est-à-dire qu'elle sait que t'as certainement raison mais elle a pas envie effectivement d'aller à l'hôpital si tu lui dises, et cetera... Elle a confiance !

B9 : Mais c'est pas une très bonne relation quand même... C'est pas une très bonne relation.

B1 : Voilà c'est ça ! On peut dire quand même qu'il y a un échec.

B9 : Non, c'est pas un reproche parce que...

B4 : Ah non non, je le prends pas comme un reproche.

B7 : Chez le docteur (*Nom*) on fait ce qu'on veut en fait !! (*Rires*)

B6 : Ça veut dire qu'une bonne relation, c'est une adhésion. C'est une adhésion au traitement.

B5 : On dit aux gens de se prendre en main.

B6 : Oui !

B5 : De se traiter. Tu leur donnes une ordonnance, après s'ils veulent pas prendre le médicament, tu vas pas les forcer.

B1 : Ouais mais c'est un peu facile, des fois c'est super compliqué des fois de dire... jusqu'où il faut être sensé aller pour accepter que le patient veut vraiment rien faire. Théoriquement, il faut aller jusqu'au consentement éclairé, euh... de lui expliquer vraiment qu'il risque de mourir s'il ne suit pas ton traitement. Si on suit ta logique là ; on pourrait toujours dire : « oui mais vous avez pas bien expliqué au téléphone ». Tu vois ce que je veux dire ?

B4 : Bon là, avec elle, elle comprend très bien.

B2 : Elle est intelligente.

B4 : Elle, elle est intelligente.

B1 : Non mais d'accord, mais euh... devant un juge... (*Rires*).

B4 : Avec elle j'irais jamais devant un juge !

B1 : Sa fille ! Imagine elle décède. Elle vient te voir : « eh mais c'est quoi là ». Parce que elle d'accord mais après il y a ses ayants droit et ils peuvent t'attaquer !

B5 : Sa fille elle connaissait sa mère.

B1 : « Les D-Dimères ils sont faits depuis combien de temps ? 3 jours ? Et vous avez réagi que maintenant ? » (*Rires*)

B6 : Oui mais tu peux pas non plus obliger les gens à faire certaines choses.

B4 : Hospitaliser quelqu'un contre son gré.

B1 : Je suis d'accord.

B9 : Mais heu... Je me souviens, j'ai un patient qui était soigné par (*Nom*) avant. Et apparemment il a eu une tumeur au rein, je sais pas quoi, il a jamais voulu aller à l'hôpital et (*Nom*) lui a dit : « ben écoutez c'est très bien. Je vous souhaite une mort rapide parce qu'en général c'est très long dans ce genre de tumeur ». Là le patient s'est rassis et a dit peut-être quand même... aller à l'hôpital... Il a dit : « c'est grâce à lui que je suis encore en vie ! » (*Rires*). Il a été un peu cru.

B1 : Oui c'est ça, on est en plein dans le sujet, la relation.

B7 : Il déteste ce patient (*Nom*).

B9 : Tu le connais ouais ? C'est bien lui, ça... (*Rires*).

M : Donc un critère de la bonne relation c'est que le patient collabore.

B1 : Donc en l'occurrence, dans cet exemple là, voilà.

B6 : Qu'il adhère à...

B1 : En connaissance de cause !

B4 : Je trouve que c'est une bonne formule ça. J'y avais jamais pensé ! De dire, on collabore le médecin et le patient. On collabore ensemble à la guérison du patient ou à la prise en charge du problème.

B6 : De sa pathologie.

B4 : Voilà, mais si il n'y a pas de collaboration, ça ne fonctionnera pas.

B2 : Moi, j'ai l'expérience, justement, de touristes, donc qui nous racontent des histoires avec leur médecin traitant habituel et on a vraiment l'impression c'est son copain, alors euh... On a vraiment l'impression qu'ils ont une vie ; que le médecin est leur copain : « je lui ai dit, je lui ai téléphoné, tu me fais cette ordonnance ! ». Et alors vous leur demandez, leur médecin, c'est leur meilleur ami. Pour moi, c'est l'antithèse d'une bonne relation. Parce que ça apporte, certes une satisfaction au patient qui a l'impression que son copain fait ce qu'il lui demande. Mais finalement, il ne le soigne pas.

M : C'est pas une relation professionnelle.

B1 : C'est une relation risquée quoi...

B2 : Et en fait y'en a pas mal de... Quand on discute avec les gens, ils le tutoient, ils l'invitent le soir au resto. Enfin on a l'impression qu'ils n'ont plus fait la différence entre leur vie professionnelle et leur vie amicale.

B4 : Ben du coup, moi, je me force parce que quand ça fait plus de vingt ans qu'on est dans le même petit village. Je me force à vouvoyer quasiment tout le monde. Il y a très peu de gens que je tutoie, pour marquer... Enfin, dans la consultation, même si... Je vais les rencontrer dans la rue ou sur les pistes de skis, on va se tutoyer. Pour marquer que là, bon, on est quand même dans une relation spéciale.

B2 : Moi les gens, j'arrive pas ça à faire euh... la différence.

B7 : Ben si tu fais « vous » au cabinet et « tu » dehors. Et chaque fois je suis repris par les patients : « pourquoi vous dites vous ? » et j réponds : « non mais c'est parce que je dis vous à tout le monde ».

B2 : J'ai jamais... J'aurais de la peine ça... A changer selon...

M : Mais alors est-ce que ça pose un problème quand on a une relation en dehors de la relation thérapeutique.

B7 : Dans un petit village où (*Nom*) est tout seul... S'il n'a pas d'amis dans le village ! (*Rires*)

B6 : Non moi je suis pas convaincu que ça pose un gros problème. Il suffit d'arriver à la porte du cabinet, de dire aux gens : « bon ben écoute, je fais mon travail, je n'écoute que le côté médical des choses. On parle que de la pathologie, on parle pas d'autre chose, voilà ». Je pense quand même qu'on arrive à faire la part des choses.

B8 : C'est dur ça !

B3 : Ouais c'est dur.

B6 : Non, tu y arrives quand même.

B4 : Et puis une fois sorti du bureau de consultation, tu les raccompagnes...

B6 : Voilà tu racontes n'importe quoi et cetera... Je pense que les gens arrivent à comprendre ça mais... c'est vrai que d'emblée il faut pas se laisser piéger. « Tu viens me voir parce que t'as quelque chose. Bon ben voilà, t'es un malade comme un autre à ce moment là »

B3 : Oui mais en dehors, ils vont parler tout le temps de ça.

B6 : Comment ça en dehors ?

B3 : Ben en dehors si on le croise dans la rue, il peut nous parler de sa pathologie. Quand on le voit, il nous parle de sa maladie aussi.

B2 : J pense que c'est là que c'est important de faire la part des choses.

B6 : Souvent les gens quand tu les croises, que tu vas chercher ton pain à la boulangerie ou n'importe quoi, ils te disent : « ah ben tiens, faudrait qu'on voit ça, etc... » Mais il faudrait qu'on voit ça, c'est-à-dire qu'on va pas voir ça sur le pas de la boulangerie. « J'irai au cabinet, je viendrai te voir, parce que j'ai quelque chose. Est-ce que tu crois qu'il faut que vienne, j'ai ça ». Tu dis : « ben oui, il faut que tu viennes me voir au cabinet ». Ils le savent très bien. Je pense qu'il faut d'emblée, enfin surtout quand on est jeune. A la limite c'est surtout à ce moment là. Quand on est installé depuis très longtemps, ben c'est au départ qu'il a fallu mettre les barrières et ne pas se laisser phagocyter par les gens dans la rue etc... Mais je pense qu'on y arrive quand même, en gardant des relations très amicales avec les gens. C'est tout à fait possible. Mais ils savent que, effectivement, quand t'es à l'extérieur du cabinet, bah, on parle pas forcément métier ou...voilà ! S'ils ont un problème, ils viennent au cabinet, ils parlent de leur pathologie, on parle de ça quoi.

M : Donc c'est important de définir un cadre quoi.

B6 : Enfin je pense qu'il faut définir un cadre, ouais.

B1 : Mais il se définit naturellement la plupart du temps. Des fois on sort du cadre, c'est là qu'on recadre. Mais c'est vrai qu'on a l'impression que c'est quand même naturellement.

B6 : Ouais globalement je pense que ça se passe pas si mal que ça. Parce qu'effectivement on est quand même dans des endroits où on connaît très bien les gens. On a quand même des relations très amicales, donc, voilà. Mais c'est vrai qu'il faut d'emblée bien définir les choses. Il faut pas se laisser avoir au départ. Faut pas aller au bistrot, effectivement, je pense que je vais pas aller au bistrot boire des canons avec les gens !

M : D'accord

B4 : Moi, le nombre de fois où je vais acheter mon pain et je tombe sur... « Allez viens on va boire ! » (*Rires*).

B1 : « Allez, une fois ! » (*Rires*)

B4 : J'ai accepté une ou deux fois et c'était toujours, enfin toujours...cette fois là ou ces deux fois là... C'était, j'sais plus, un dimanche matin. J'étais comme n'importe qui voilà ! Mais non mais j'veux dire voilà, j'avais tout mon temps.

B6 : T'es rentré à trois heures de l'après-midi ! (*Rires*)

B1 : « Je me suis fait avoir, merde ! »

B6 : Non, mais je crois qu'on se fait pas avoir comme ça. Bon moi par contre j'ai vu, enfin c'était ce matin, c'est vraiment une coïncidence. J'ai un patient anglais, comme dans le film, que j'avais envoyé chez un chirurgien. C'est donc le malade qui me raconte ça en me disant : « bon écoutez, au point de vue... » Il parle pas très bien français. Donc en général on discute en anglais. Et quand il est allé voir le chirurgien, il était avec sa femme. Et sa femme parle très bien le français. Et il m'a dit : « j'ai eu heu... Le chirurgien, le travail, c'était très bien. J'ai été bien opéré. Mais par contre la communication, vraiment, zéro ». C'est le patient qui m'a dit ça.

B7 : Il a été opéré à (*Ville*). ?

B6 : Non non, c'était à (*Ville*) (*Rires*). Donc, j'étais surpris, parce que les anglais sont quand même des gens assez réservés, ils ne disent pas trop de choses. Et là, ça l'avait quand même surpris de la part du chirurgien. Et en plus, à mon avis, un type qui est bien cortiqué m'a dit : « effectivement, je pense que le chirurgien il a une certaine timidité ; c'était pas de l'arrogance, il était timide. Et, ben, il m'a pas dit grand chose ». Alors que c'est quelqu'un qu'aime bien qu'on lui explique ce qu'on va lui faire, enfin la pathologie qu'il a. Et là, a priori, ça l'avait quand même impressionné.

M : Il y avait un mécontentement ?

B6 : Non non ! Il m'a dit : « c'était vraiment un échange sympa. J'ai été très bien opéré. Ça va bien, je n'ai plus de problèmes. » Il m'a demandé si je connaissais bien le chirurgien. Effectivement, je le connaissais pas spécialement, j'ai pas de relation amicale. Et il a été surpris de ce comportement là. Alors qu'il a bien insisté en disant : « professionnellement, je n'ai rien à lui reprocher. Au niveau de la communication, c'est vraiment à revoir ». Donc là, s'il a problème de genou, c'est certain qu'il ira pas le revoir.

B5 : Ah oui, même s'il l'a bien opéré.

B6 : Oui oui. Alors que les anglais sont quand même des gens qui sont assez... Ils bronchent pas trop.

M : Donc, le mécontentement relationnel prime sur la satisfaction technique ?

B6 : Bon, je pense que s'il avait été mal opéré ça poserait aussi d'autres problèmes mais lui. Voilà, il venait pas pour cette histoire là et donc c'est à la fin de la consultation où il m'a dit : « bon ben vous vous souvenez quand je suis allé à (*Ville*) pour mon pied etc. » On a discuté là-dessus, effectivement, ce qu'il en retenait, le souvenir qu'il en avait, enfin ce qui l'a marqué, c'est l'absence de communication qu'il a eu avec ce chirurgien. Vraiment, a priori, c'est quelque chose qui l'a choqué un petit peu. Alors que, effectivement, encore une fois sur le plan professionnel, il n'avait rien à redire. Il a dit : « bon ben j'ai été bien opéré, ça se passe bien ».

B2 : Mais ça, ça me fait penser à, finalement, pas mal de trucs qu'on lit dans les journaux sur les responsabilités. Les journaux de la « MACSF », etc... C'est que, très souvent, ce qu'on reproche au médecin dans le cadre d'un litige, c'est de ne pas avoir été suffisamment attentif à la personne. C'est-à-dire, non seulement de pas avoir forcément bien expliqué, mais aussi que les gens ne se sont pas sentis pris en compte en tant que personne. Et je pense à ça parce que, tu le disais tout à l'heure en rigolant, c'est pas grave d'avoir fait des erreurs. Du moment qu'on a été gentils avec eux, ils ne nous en veulent pas. Je crois que c'est tout à fait vrai. Il y a des fois où, bon, on n'a pas fait le bon diagnostic. Mais ils ont eu l'impression qu'on prenait du temps avec eux, qu'on faisait des efforts pour bien comprendre, qu'on se donnait de la peine pour eux. Et à partir de ce moment là, ils vont peut-être vous dire : « vous vous êtes trompés ». Mais ça va rester dans une relation, si ce n'est cordiale, en tous cas, sans animosité. Et ça, ça compte beaucoup.

M : C'est vrai ce que tu dis parce qu'il y a des tas d'études qui montrent que la bonne communication avec le patient prévient la judiciarisation. Et, il y a, au Canada, où la communication médecin-patient est bien enseignée, il y a un programme de formation pour les soignants sur la communication médecin-patient. Et c'est les chirurgiens orthopédistes qui ont été à l'initiative de ça. *(Rires)*

B1 : Qui l'eut cru ?

B2 : Mais je pense que là, les feuilles d'informations n'ont aucune valeur. Quand je dis aucune valeur, elles n'ont pas de valeur d'aide à la communication. Parce qu'en fait, les gens, ils ne les lisent pas vraiment. Et puis ils ont l'impression qu'on se débarrasse du problème en leur filant une feuille d'explication. Pourtant c'est vachement bien expliqué.

B4 : Mme P. qui doit passer ses coloscopies à travers ses stomies et tout... Elle reçoit, heu... Ils vont en consultation, ils en ressortent avec une pile de 5 feuilles recto-verso, un questionnaire de santé, machin, etc., consentement éclairé. Vous nous ramenez ça la prochaine fois que vous avez rendez-vous. Vous en avez tous vu des comme ça.

B1 : Ben oui, la législation.

B6 : Les gens, les gens ça les effraie. Et en fin de compte, ils ont l'impression qu'on leur a rien expliqué en définitive. Souvent, ils nous disent : « ah bah, on m'a dit de me décider quoi. Mais qu'est-ce que vous voulez que je me décide, je sais pas très bien, j'ai pas bien compris, etc. ». Donc souvent toute cette liasse d'informations n'est pas suffisante. Et, a priori, ça vaut pas la communication orale.

B4 : C'est complémentaire. En tous cas...

B5 : Il faut le dire à l'oral.

B1 : Il faut le dire à l'oral voilà. Il faut le dire à l'oral et donner le document écrit dans les cas où c'est très compliqué comme justement, dans notre pratique de traumatologie d'hiver. Parce que, justement, à l'oral, tout ne reste pas alors que les écrits, si on résume... Ben après, il entend et il dit : « ah bah oui tiens, il m'en a parlé ». Et puis du coup, c'est beaucoup plus ancré. Et ça passe mieux.

M : Est-ce que vous pensez qu'il faut... Comment est-ce que vous faites ?

B6 : On est très empiriques.

B9 : On reste avec une impression en fait. C'est une impression et on sait très bien avec qui on a une bonne relation. Et il y a aussi des patients avec qui on a une mauvaise relation et ils reviennent quand même. Et quand on les voit on dit : « oh non, pas encore celui-là » *(Rires)*. Il y a quelque chose qui ne passe pas et c'est très ennuyant.

M : Comment est-ce que tu fais pour percevoir ça ?

B9 : Bonne question !

B6 : Tu dis que tu as l'impression d'avoir une mauvaise relation, parce que oui, effectivement, nous, on perçoit la chose comme ça mais le malade il perçoit pas obligatoirement de la même façon, c'est ça qui est pas facile.

B9 : Il y a des personnes qui reviennent tout le temps.

B2 : Une mauvaise relation c'est par exemple, le patient ne t'est vraiment pas sympathique.

B6 : Oui c'est vrai des fois il y a des gens avec qui ça ne passe pas.

B2 : C'est clair qu'on en a des gens qui ne nous sont pas sympathiques.

B9 : Je creuse pas tellement la question, en fait. Je devrais peut-être y faire plus attention, je sais que, on fait des catégories. Je fais des catégories, bonne relation ; moins bonne...

B7 : Exécrables... *(Rires)*

B9 : Oui, exact !

B1 : Mais, une question, les gens qui sont les plus durs, moi je me pose la question, avec quel médecin ça passerait bien ? J'ai l'impression qu'il y en a... De toute façon c'est des patients chiants. Et que, de toute façon, même si ça passe pas avec nous, je m'imagine pas qu'avec le collègue ça va être génial. Donc je me dis, bon bah de toute façon on a chacun notre lot de patients « chiants ». Il faut essayer de gérer avec eux.

B7 : Il est « chiant » mais...t'es peut-être le dernier à accepter ! (*Rires*).

B9 : Je pense à un patient qui est pas spécialement très... Je veux dire il est pas exécrationnel non plus. Mais j'ai l'impression que ça ne passe pas du tout, qu'on est pas du tout sur la même longueur d'onde.

B6 : Ça passe pas mais il revient. C'est ça qui est bizarre.

B9 : Pourquoi, je sais pas.

B6 : C'est qu'à mon avis, voilà, t'as l'impression que ça ne passe pas.

B9 : Il s'en fiche peut-être ? Je pense qu'il vient pour son traitement et que, c'est très technique. La relation, pour lui, je pense que ça passe au deuxième plan.

B2 : Est-ce que tous les patients ont besoin, pour être bien soignés, d'avoir une bonne relation avec le médecin ?

B1 : Pas tous effectivement.

B8 : Le mot relation ne sous-entend pas bonne ou mauvaise. Ils ont une relation avec toi. Tu crées un lien entre deux personnes, en fin de compte c'est ça une relation. Que le lien soit bon ou pas bon, à la limite, c'est pas leur souci.

B2 : L'habitude est un lien.

B8 : C'est peut-être un petit peu nous qui avons besoin, quelquefois pour notre ego personnel, d'avoir une bonne relation. Mais je veux dire, eux, ils ont besoin d'une relation. Ils viennent te voir pour quelque chose. Le reste...

B4 : Moi je pense que dans l'idéal on doit pouvoir s'adapter aux différentes demandes, aux différents besoins. Ils ont pas les mêmes besoins relationnels, au point de vue relation thérapeutique. Il y a des gens qui viennent nous voir pour un problème précis ou ponctuel. Je sais pas...

B2 : La pilule !

B4 : La pilule... Le certificat du sport... Il y a d'autres gens qu'on va suivre pour tous leurs problèmes, qui vont venir nous voir. Et qui ont évidemment tout un tas de problèmes. Il y a le vacancier de passage qui va parce qu'il a le rhume, il a 1 problème. De toute façon, on sait très bien que, lui, lui et lui, ce sera une fois. Et donc à chaque fois le besoin n'est pas le même. Je réfléchis à tout ce qu'on dit, je me dis en fait faudrait fixer des objectifs à la relation médecin-patient. C'est une relation thérapeutique qui doit répondre à certains objectifs si on veut évaluer la qualité et la travailler, l'améliorer. Et j'ai pas encore réfléchi à quels objectifs. Déjà qu'on se comprend bien, que moi, je comprend bien le besoin du patient.

B6 : Si on prend un exemple simple. Quelqu'un qui vient pour un problème d'hypertension. Bon, tu le traites pour son hypertension, il a que ce problème là, a priori. Bon, je pense que même si ça passe pas très bien, si le patient est normalement développé, moyennement intelligent, etc. Il comprend que c'est important de prendre son traitement même si ça passe pas très bien entre les deux partenaires. Il va prendre son traitement. Et est-ce que la relation patient-médecin est importante à ce moment là ? On peut prendre un problème très spécifique. Une histoire d'hypertension par exemple, avec quelqu'un qui n'est pas stupide, qui sait qu'il faut prendre des médicaments. Il adhère au traitement.

B1 : Ouais je vois ce que tu veux dire.

B6 : Tu vois, sans qu'on ait vraiment de relation qui nous fasse plaisir. On voit le patient comme ça, on prend la tension, tu regardes : « ah oui c'est bien, machin, voilà prenez votre traitement ». Il n'y a pas vraiment de relation.

M : Il y a des cas concrets où, effectivement, ça demande pas une grande relation pour faire notre travail. Alors qu'il y a des gens où tu vois bien faut vachement...

B4 : C'est ce que disait B7, c'est-à-dire, finalement, c'est la demande du patient...à laquelle on doit s'adapter.

B6 : Du patient, voilà, c'est un peu dans ce sens là. Il y a effectivement certains patients pour lesquels...

B4 : Là, celui-là, c'est le patient qui obéit à la science. La science a dit il faut traiter les chiffres de la tension. S'il dépasse tant, ben voilà.

M : Oui, ça c'est le cas du patient facile.

B2 : Compliant !

M : Et alors avec les patients difficiles ?

B1 : C'est là le problème...

B4 : Je me souviens que (Nom), il en avait marre à la fin. Il dit : « bon vous voulez quoi ? Qu'est-ce que vous voulez que je marque ? » (*Rires*). « Mettez-moi ça » (*Rires*). Il a arrêté, il est parti à l'hôpital. Il est gériatre à (*Ville*).

B5 : Ils discutent pas les gens comme ça.

B4 : Si si, il discute bien avec les gens...

B5 : Mais leur traitement.

B4 : Ah le traitement non. Mais surtout il fait des bilans...

B2 : Des Alzheimer !

B5 : « Vous reverrez ça avec votre médecin traitant ! »

B1 : Faut prendre en compte aussi les volontés du patient. Moi j'ai une dame de 90 ans qui est très bien, qui est diabétique, et qui veut prendre des médicaments que le matin. Elle est toujours avec sa fille : « ah toute façon vous arriverez pas à lui faire faire autre chose ». Elle à 9 d'hémoglobine glyquée.

B4 : Si elle a 90 ans...

B1 : Je crois même plus que ça encore. Elle est vraiment très déséquilibrée.

B2 : 14% allez !

(*Rires*)

B1 : Et voilà...

B4 : Elle a 90 ans ?

B1 : Oui !

B4 : Ben pourquoi tu veux son hémoglobine glyquée ?

B1 : Non mais elle a un peu plus de 10.

B4 : Et alors ?

B1 : Sauf que moi je me dis...

B6 : Tu te dis quoi ? Est-ce que là effectivement on est obligé de composer avec le patient ? Parce que effectivement pourquoi l'ennuyer à lui faire prendre des médicaments à je ne sais quelle heure, etc., si vraiment elle ne veut faire que comme ça ? Donc on est obligé, on compose.

B1 : Ouais.

B6 : Tu penses qu'il y a d'autres solutions ? Tu veux absolument la convaincre de prendre...

B1 : Mais non... Dans ce cas-là faut s'adapter à ce que dit le patient.

B6 : Voilà, tout à fait.

M : Donc avec un patient difficile comme ça, enfin qui a des exigences, il faut négocier ?

B5 : Etre flexible.

B2 : Ça dépend à quel âge... Disons que négocier quand on pense que la médiocrité du résultat est acceptable. C'est sûr qu'un jeune de 35 ans, on va pas forcément négocier. On va essayer de trouver arguments qui...

B6 : Oui mais... Est-ce qu'il vaut mieux... ? Si on négocie pas, il ne va pas bien se traiter. Si on essaie de négocier un petit peu, est-ce qu'il va adhérer mieux au traitement ? Est-ce qu'il va mieux faire les choses ? Voilà, après, c'est une question, est-ce qu'on est obligé d'être absolument rigoureux pour correspondre aux données de la science actuelle ? Ou est-ce qu'on reste parfois en dessous, qu'on fait pas bien les choses ? De façon à pas perdre complètement le malade... Je pense que dans la relation médecin-patient, il y a ça aussi. Il y a des fois où on est un peu marginal par rapport aux choses que l'on devrait faire. La preuve, dans le cas de B1, la patiente a 90 ans, donc c'est pas bien grave en fin de compte. Mais, chez un patient plus jeune, est-ce qu'on va aussi être obligé de mettre un peu d'eau dans son vin, des choses comme ça quoi... Est-ce qu'il faut le faire, ou pas le faire ? Est-ce que notre relation va se retrouver meilleure, plus mauvaise ?

B4 : Je pense que c'est bien, c'est plus facile si on fixe des objectifs. Je pense à une jeune maman qui est anti-vaccins, qui a refusé de vacciner ses enfants contre tout. Aucun vaccin, rien. Elle continuait de m'amener ses enfants. A chaque fois je lui disais : « faudrait les vacciner, parce que le vaccin c'est bien ». Voilà, à chaque fois on avait un bout de discussion là-dessus. Elle ne veut pas.

B9 : Moi elle venait me voir, et au bout d'un an je lui ai dit : « maintenant, je ne vous suis plus ». J'en avais assez. Non, mais après, chacun a ses...

B4 : Moi je me suis dit, ce qui est important c'est qu'il y ait un médecin qui vérifie que quand même l'enfant va bien, la croissance... Et qui maintienne une relation. A chaque fois je lui disais la même chose. Et petit à petit, je me suis dit, en fait cette maman elle veut beaucoup de bien à ses enfants. Elle veut le mieux pour eux et elle a peur des vaccins. C'est peut-être irrationnel mais... C'était toujours bien argumenté son affaire bien sûr. Et ben elle a fini par trouver un homéopathe acupuncteur qui l'a persuadé de faire quand même le DT Polio.

B1 : Pas mal ça !

B2 : Surtout que c'est un homéopathe acupuncteur qui a réussi !

B4 : Ceux qui d'habitude font jamais les vaccins.

B1 : Justement, venant de sa bouche, ça a plus d'importance.

B6 : Ça a plus de valeur.

B1 : Un médecin, évidemment, tu vas lui demander de faire tous les vaccins.

B4 : Donc, elle est revenue... me le dire ! (*Rires*)

B1 : C'est pas mal, pas mal...

B4 : On a tous, je suis sûr, des histoires comme ça, tordues... une jeune femme qui était diabétique, son diabète n'était jamais équilibré, jamais. Et elle a fait je ne sais combien de diabétologues. Elle les trouvait tous super sympa au début. Puis au bout d'un moment, rapidement, elle les trouvait plus très sympa parce que...son HbA1c était jamais bonne. Et, euh, elle venait me voir de temps en temps. Jamais tous les 3 mois, bon. Et, on a maintenu un lien, c'était mon attitude. Je lui disais : « c'est mieux, vous savez pourquoi, maintenant, après, ça...Vous voulez pas faire... Je comprends, c'est chiant le diabète. Vous savez les risques que vous encourez, je vous les rappelle. Et puis revenez me voir quand même ! » Ben petit à petit, il a fallu 10 ans peut-être...

B6 : Oui voilà c'est ça.

B4 : Maintenant c'est mieux.

B6 : Soit on a une attitude trop rigide et les gens partent. Soit, encore une fois, on négocie un petit peu avec eux, en étant un petit peu borderline et on arrive à un moment ou à un autre à les récupérer un peu.

B4 : Je pense à cette dame, je pense que c'était bien qu'elle ait les deux. C'était bien qu'elle ait aussi les diabétologues qui lui disent : « Ecoutez, non, il faut que ça baisse, il faut renforcer... » Si elle avait pas pu naviguer entre les deux, s'il n'y avait eu que moi pour lui dire : « ben, bon, on laisse aller... ». C'était peut-être pas terrible non plus...

B6 : Oui, effectivement, les diabétologues ne faisaient qu'appuyer ce que toi tu disais. Ça allait dans ce sens là.

B4 : On allait dans le même sens mais moi j'étais beaucoup plus cool ! (*Rires*)

M : Je veux dire avec les patients difficiles, tu penses qu'il faut éviter la rupture ?

B9 : Pas forcément, ça dépend.

B4 : Peut-être que des fois il faut...

B7 : Ça dépend où t'habites ! (*Rires*)

B6 : Je pense que des fois, une rupture ça peut être bon aussi.

B8 : Pas leur rentrer dedans, mais leur dire : « je ne suis pas d'accord avec ce que vous faites ». C'est pour ça que je disais qu'il y en a certains qui sont partis parce que j'ai dit : « si vous acceptez pas... »

B1 : Toi ce que tu dis, c'est que tu as préféré.

B8 : Il y en a qui sont restés.

B1 : Toi tu sais que tu pouvais pas les suivre dans de bonnes conditions.

B9 : Quelqu'un qui venait pour des choses mineures. En l'occurrence, c'était sans arrêt des piqûres de tique... Avec toutes ces histoires, je ne pouvais plus bien le suivre, je sentais bien que l'irritation commençait vraiment à prendre le dessus.

B1 : La relation devient toxique.

B9 : Oui, c'était plus une bonne relation. De mon côté, je ne pouvais plus être objective : « écoutez pourquoi vous venez à chaque fois me voir alors que je ne suis vraiment pas d'accord... »

B4 : « Vous faites jamais ce que je vous dis ! » Je pense qu'il y a des gens qui, psychologiquement, ont besoin de s'opposer.

B9 : Oui.

B4 : Il y a ça aussi. Ils ont besoin qu'on leur dise quelque chose pour pouvoir dire non. Je sais pas, c'est une manière pour eux d'exister. Mais ça veut pas dire que nous, on est obligé d'accepter.

B9 : Est-ce qu'on est obligé d'accepter ? Peut-être qu'on devrait justement. Je sais pas, on y réfléchit pas beaucoup.

B2 : On a jamais eu une obligation...

B9 : Moi je n'y réfléchis pas beaucoup.

B4 : Moi je me souviens de 2-3 cas où j'ai dit non aux gens et je me suis un peu énervé. Et ben j'ai été très étonné qu'ils ont continué à venir me voir. Alors que moi j'espérais qu'ils ne viendraient plus.

B9 : Pas de chance !

B4 : Donc comme quoi, des fois, ça fait du bien de dire non.

B6 : Oui mais moi je pense que ça dépend aussi des pathologies si tu veux. Autant tu peux t'opposer à quelqu'un qui vient te voir parce qu'il veut des antibiotiques pour je ne sais quel truc. Tu lui dis : « mais non, là, ce n'est pas justifié. Il n'y a aucune raison de prendre ça, etc. ». Donc là tu peux avoir une attitude très stricte, et pas du tout négocier quoi que ce soit. Par contre, dans des pathologies plus lourdes style un diabète, une HTA... Tu sais que si le malade coupe tous les ponts, c'est pas bon pour sa santé. Donc à ce stade là, est-ce qu'on a le même comportement avec une pathologie on va dire banale, aiguë, qui n'a aucune incidence et une pathologie qui est plus lourde ? Où là il faut peut-être composer un peu plus avec le malade. Faut essayer de le retenir, qu'il adhère à un moment ou à un autre à un traitement, qu'on le perde pas de vue quoi. Je pense que c'est un peu... Et qu'en fonction du patient et de la pathologie, on peut avoir une attitude beaucoup plus rigide ou rigoureuse et dans certains cas moins parce que c'est important qu'il ne coupe pas tous les ponts avec la médecine.

B4 : S'il veut se confier à un gourou...

B6 : Oui, voilà c'est ça, ou d'aller voir un magnétiseur ou je ne sais quoi. Des fois ça marche ! *(Rires)*

B1 : C'est ça le pire.

B2 : Et dans les dépressions ?

B1 : On va pas évoquer la relation médecin-patient dans la psychologie.

B6 : Psychiatrie !

B7 : J'en ai vu une il n'y a pas longtemps. Je me demandais ce qu'elle avait eu en sortant de l'hôpital psychiatrique comme traitement. Elle me dit : « si vous commencez comme ça je vais changer de médecin ».

B2 : Qu'est-ce que tu as dit ? Je n'ai pas compris.

B7 : Je me demandais ce qu'elle avait eu la dernière fois. C'est une patiente amenée par un tiers parce qu'elle « squatte » chez lui depuis 1 mois. La dernière chose que j'ai appris ; elle est allée à *(Ville)* se balader, elle est revenue en taxi. Et elle est allée voir son ami pour payer le taxi ! Elle travaillait à *(Ville)* tiens, d'ailleurs. Elle avait quitté *(Ville)* parce qu'il y avait une femme de 80 ans... Elle a 22 ans la patiente. Une femme de 80 ans qui la frappait !

B2 : Ah non mais attends ! C'est qui ? C'est l'inverse en fait.

B4 : C'est l'inverse !

B2 : Et ça vient d'arriver là ?

B7 : Oui oui c'est en cours.

B2 : Ben moi j'ai vu la dame de 80 ans qui m'a dit : « ah j'ai... » . C'est l'église évangélique qui lui refile des gens comme ça. Tu vois qui c'est...

B4 : Elle travaillait à l'office du tourisme ? Parce qu'il y a une folle là. *(Rires)*

B7 : Elle fait 3 mois d'hôpital psychiatrique.

B2 : Ou 1 mois, je sais pas mais enfin...

B6 : Bon B7, qu'est-ce que tu as fait ?

B7 : Donc en fait je voulais, j'ai su par sa mère qui avait appelé en me disant que sa fille, qui avait quitté (*Ville*). Elle a débarqué dans mon cabinet, emmenée plus ou moins de force par le gars chez qui elle s'est réfugiée à (*Ville*) ; qui n'a pas forcément envie de monopoliser un studio pendant toute la saison. Et donc je demandais, parce que je savais qu'elle avait été hospitalisée, ce qu'elle avait eu comme traitement. « Ah si vous me parlez de médicaments on va pas être copains ! Je vais changer de médecin ». Je l'avais pas vue depuis 10 ans.

B1 : « Excusez-moi je ne savais pas que c'était une question...indiscrète ! » (*Rires*)

B6 : Et alors elle ne t'a pas dit le traitement qu'elle avait eu ?

B7 : Je n'ai pas su ce qu'elle prenait et elle est repartie...

B6 : Elle est repartie voilà, tu vas pas...

B7 : Et sa mère continue d'appeler pour que je l'hospitalise mais faut d'abord que...

B4 : Oui mais là attends, c'est différent. Là je dirais...

B7 : Il n'y a pas de relation, c'est échec complet de la relation.

B4 : Là c'est vraiment de la psychiatrie avec un trouble de la communication.

B7 : Je n'étais pas motivé.

B6 : Alors tu n'étais pas motivé ? Oui mais je te comprends !

B7 : Quand elle arrive, t'es blindé, t'en as pour 1 heure... (*Rires*)

B6 : En plus ta question était judicieuse. C'est ça que je ne comprends pas.

B7 : Elle n'est pas dangereuse pour les autres je me suis dit, elle n'a pas le temps de s'aggraver toute seule dehors... Il sera temps de faire un placement d'office quand ce sera pire !

B4 : Par contre, il y a tous les gens qui sont dépressifs.

B7 : Les dépressifs c'est pas pareil.

B2 : Ma question c'était dans les dépressions, qu'est-ce qui fait qu'on a une bonne ou une mauvaise relation ? L'écoute c'est quand même la moitié du travail.

B5 : Il faut déjà avoir envie de...

B4 : De les écouter !

B5 : Non mais c'est vrai ! Après tu peux ne pas aimer faire de la psy en cabinet.

B1 : C'est une bonne partie la psy...

M : Et alors comment vous faites ?

B6 : Comment on évalue notre relation patient-médecin avec un dépressif ? Moi je ne sais pas si je suis bon, enfin je veux dire, je suis bon parce que le malade revient mais je ne suis pas convaincu que... Si les patients reviennent c'est que ça va pas si mal. Mais bon souvent on s'aperçoit que...

B2 : Est-ce qu'ils s'améliorent ?

B6 : Souvent ils ne s'améliorent pas ! Ils vont voir un spécialiste, c'est pas... Ils reviennent après en disant : « avec lui ça n'a pas marché »

B2 : « Il m'a filé des médicaments ! »

B6 : « C'est pas mieux ».

B4 : « Il ne m'a pas écouté, je ne retourne plus jamais là-bas »

B6 : Alors effectivement comment j'évalue ma relation avec ces malades là ? Est-ce que, mis à part mon autosatisfaction, est-ce que... ? Je pense pas être objectif en plus.

B2 : Pour moi, une chose importante c'est de voir si en fait ils ont l'impression d'avoir... Je leur pose la question : « est-ce que vous avez l'impression... ? »

B6 : «Que ça va mieux ».

B2 : Non, « que vous avez pu avancer un peu sur la compréhension de vous-même ? » Je ne le dis pas forcément comme ça. Quelques fois en fait, le fait de parler. Quand on parle de nous, on s'entend parler et il y a des choses qu'on découvre d'un seul coup de soi-même, en les disant. Et je pense que notre rôle thérapeutique en tant qu'écouteur d'un patient dépressif, c'est leur donner l'occasion de se regarder eux-mêmes à travers notre écoute. Je sais pas si j'explique bien.

B6 : Tu peux bien expliquer et nous pas bien comprendre ! (*Rires*)

B2 : T'es dur !

B1 : En gros, rien que le fait de les écouter, ça leur fait du bien.

B7 : Faut s'écouter parler quoi, en gros.

B2 : Oui, de les écouter parler. Le fait qu'on les écoute, ils s'écoutent aussi. Et d'un seul coup, ils vont analyser. Moi je leur conseille très souvent d'écrire soit ce qu'ils m'ont dit, soit ce qu'ils pensent d'eux. Je leur donne souvent un boulot d'auto-analyse d'eux-mêmes, de façon très brute. En gros, moi je fais faire souvent un cahier en écrivant ce que je trouve bien en moi et ce que je trouve mal. Ce que j'aime, ce que je n'aime pas. En leur disant : « vous vous en fichez, vous le brûlez après. Mais rien que de l'avoir écrit, ça va vous donner l'occasion de vous poser des questions ». Et je pense que quand ils nous racontent leurs malheurs ; parce qu'il y a quand même des malheurs, et ben d'un seul coup ils s'entendent, et quelques fois ils peuvent relativiser quelque chose. Quelques fois ils disent : « ah bah, il y a déjà un poids en moins ». C'est déjà énorme.

M : Tu leur donnes une espèce de tâche à faire...

B2 : Oui parce que je pense que c'est important, c'est thérapeutique en soi qu'ils se disent qu'ils font quelque chose pour avancer, qu'ils sont actifs dans leur prise en charge. Après, moi je leur dis toujours : « soit vous le brûlez, soit vous revenez pour en parler avec moi, soit si vous allez voir un psychothérapeute ça peut être l'occasion de rester moins à réfléchir avant parce que vous avez déjà réfléchi ». Le but n'est pas que ce soit un cahier à garder toute sa vie. Mais bon, ça c'est une forme de relation thérapeutique. Je ne sais pas si elle est bonne ou mauvaise.

B6 : On n'arrive pas à évaluer notre relation ; c'est-à-dire on ne sait pas si on est bien ou pas bien en fin de compte.

M : Tu penses qu'on peut pas l'évaluer ?

B5 : Il y a notre ressenti...

B6 : Et le leur...

B4 : Comment on pourrait l'évaluer ? Quelles questions poser ? Est-ce que ça vous sert à quelque chose de venir me voir ? Est-ce que cette consultation vous a été utile ? Je ne sais pas, j'essaie de...

B9 : Questionnaire de satisfaction ! Tu sais comme c'est très à la mode.

B4 : Satisfait, je pense que c'est un très mauvais terme, en tous cas dans le sujet de la discussion de ce soir. Parce que c'est pas précis du tout.

B1 : C'est connoté commercial en plus.

B6 : Ça paraît idiot ce truc là mais c'est pas idiot en fin de compte.

B4 : « Est-ce que vous avez retenu ce que vous souhaitiez ou est-ce que ça vous a été utile ? »

B6 : Nous on ne le fait jamais nous. On n'a jamais osé faire ça. Alors que tu vas dans n'importe quelle réunion, machin, etc.

B2 : T'achètes ta bagnole !

B6 : Ta bagnole, tu vas à l'hôtel ou n'importe où ; tu as un questionnaire de satisfaction. Et ben nous, jamais on ferait ça parce qu'on a trop peur de...

B1 : Heureusement !

B6 : D'être saqués !

(Rires)

B8 : Tu n'as jamais vu les mails de (Nom) ? À la fin il marque : « est-ce que vous avez été satisfait de votre passage au centre médical de (Ville) ? » Je sais pas si les gens lui répondent mais...

M : Donc tu veux dire que demander au patient s'il est satisfait, si ça s'est bien passé, demander une évaluation au patient, ça pourrait être positif dans la relation?

B4 : Je pense qu'il y a des tas de problèmes différents. C'est ce qu'on a dit tout à l'heure. La pathologie chronique ou la polyopathie chez la personne âgée, ça n'a rien à voir avec le rhume ponctuel du vacancier ni avec l'entorse du genou, et ni avec la monopathologie, l'HTA simple et non compliquée... C'est des choses bien différentes. Et donc la relation qu'on va avoir avec ces différentes personnes va pas pouvoir être menée de la même façon puisque les objectifs ne sont pas les mêmes.

B2 : En termes d'évaluation, il y a quelques années, il y a bien longtemps, B4 et B5 avaient envoyé un questionnaire. Donc c'était d'ordre totalement professionnel. Pour savoir ce qu'étaient devenues toutes les entorses de genou. Et en fait, il y avait eu plein de réponses, par rapport à un questionnaire... Et en fait on se rend compte que les gens sont très contents qu'on prenne des nouvelles ou qu'on leur dise : « appelez nous... ». Moi je leur dis souvent : « donnez nous des nouvelles ». Et régulièrement on reçoit des nouvelles, des gens qui nous écrivent depuis chez eux puisqu'ils repartent... Ils nous donnent des nouvelles, de temps en temps une photo. Et en fait pour eux c'est drôlement important qu'on se soucie de ce qu'ils deviendront après notre visite. Et je pense que c'est une forme d'évaluation. C'est-à-dire que... on ne peut pas le faire tout de suite, finalement quand ils nous écrivent en nous disant : « voilà, j'ai été opéré, ma fracture s'est très bien réparée ».

B6 : Moi j'évalue au nombre de boîtes de chocolats qu'ils m'offrent par an ! (Rires) Si j'ai beaucoup de chocolats, c'est qu'ils on été satisfaits !

B4 : Nous c'est les morceaux de Beaufort !

B6 : Mais effectivement, je trouve que quand tu as les gens qui reviennent sur les vacances d'après ou l'année d'après pour te remercier ou pour te donner des nouvelles. Effectivement, c'est que là a priori on a eu une bonne relation, ça s'est bien passé.

B4 : C'est vrai, mais sur la masse de gens qu'on voit, ça fait pas beaucoup. Donc c'est pas suffisant pour évaluer la qualité de la relation...

B6 : Tout à fait. Ça nous fait plaisir.

B2 : Ce que je voulais dire c'est laisser entendre aux gens qu'on se soucie de leur futur, de ce qu'ils vont devenir. Et bien, c'est quelque chose de très important pour eux.

B4 : Tu sais que j'ai appelé la dame là, tu sais, la fracture de jambe.

B9 : Oui.

B4 : Elle a été opérée que 2 jours après !

B9 : Ah oui...

B6 : À (*Ville*) ?

B4 : Non à (*Ville*).

B2 : C'est elle qui m'a appelé plutôt.

B4 : Oui mais parce que je lui ai laissé un message. Donc elle a rappelé.

B9 : Et ça s'est bien passé ?

B4 : Elle nous a encore remerciés.

B2 : Ah oui elle a trouvé que vous étiez tellement gentils ! Vous lui avez fait tellement mal mais vous étiez tellement gentils ! Vous étiez tellement désolés de lui avoir fait mal !

M : Est-ce que vous avez des trucs, des techniques pour améliorer la relation ? B2 disait que si on se soucie de leur évolution, c'est quelque chose qui entretient une bonne relation. B1 disait on fait la liste des problèmes en début de consultation. Est-ce que vous avez des habitudes ?

B4 : Moi, très souvent je demande aux gens à la fin de la consultation, une fois que j'ai expliqué, que j'ai commenté l'ordonnance, qu'ils ont payé : avez-vous des questions ?

B1 : C'est une forme de questionnaire de satisfaction ça en fait ! Tu veux dire en gros que s'ils n'ont plus de questions, et ben c'est bon.

B4 : Ça veut dire que c'est vraiment fini quoi.

B1 : Tu as répondu à leur question du jour.

B4 : Voilà, exactement. C'est une forme de questionnaire de satisfaction. Je ne l'avais pas vu sous cet angle là...

M : Donc poser une question plutôt ouverte en fin de consultation.

B4 : Peut-être que je pourrais formuler autrement : « êtes-vous satisfait ? » (*Rires*)

B2 : Moi avec quelques dépressifs que je suis vraiment, c'est-à-dire pas simplement... Je leur pose la question : « est-ce que tu te sens d'attaque pour...? ». Là je pense à une petite jeune de 17 ans. « Est-ce que tu te sens d'attaque pour passer la semaine ? ». Parce que finalement elle n'a pas voulu être hospitalisée, c'était limite... Est-ce qu'on a fait lui permettait d'envisager de passer la semaine suivante ou les 15 jours jusqu'à la prochaine consultation avec la psychothérapeute ou n'importe ? Donc c'est pas tout à fait la même chose... Finalement, ce qu'on a dit, ce qu'on a fait te permet d'envisager que la semaine puisse se passer bien. Dans le cas, ici, d'une dépression.

M : D'accord. Est-ce que vous avez d'autres habitudes ?

B4 : Moi je crois que ça dépend beaucoup du cadre culturel dans lequel on est. En France, on n'est pas dans le même cadre qu'en Angleterre. La plupart des gens, ils vont chez le médecin, ils attendent de ressortir avec une ordonnance de médicaments. Quand on soigne des Anglais, on se rend compte qu'ils n'attendent pas ça du tout. On a tous des exemples de mecs qui sont venus pour passer une radio, on dit : « vous avez l'épaule cassée, je vais vous faire une ordonnance » « non, non, je voulais savoir ce que j'avais... »

B6 : « J'ai un ibuprofène chez moi... » (*Rires*)

B4 : « Je sais que j'ai l'épaule cassée, merci. »

B6 : En général, ils ne bronchent pas.

B4 : C'est un exemple, mais bon... Donc la relation elle est beaucoup dépendante du cadre dans lequel on est. De même, les gens de nos villages de montagne, ils ne réagissent pas comme les citadins. On le voit bien, parce qu'on soigne les deux. Il n'y a pas les mêmes réactions, pas les mêmes attentes. Donc la relation elle est forcément différente.

B5 : Il faut qu'on s'adapte en permanence.

B4 : Faut qu'on s'adapte !

B9 : On peut avoir l'impression d'avoir une bonne relation mais si à la fin de la consultation on dit : « mais vous n'avez pas du tout besoin des antibiotiques ». Peut-être que le patient part du cabinet avec l'impression d'avoir une très mauvaise relation avec nous.

B5 : Oui souvent.

B9 : Alors que nous on pensait que ça passait plutôt bien. C'est quoi la bonne relation ? Est-ce que c'est ce qu'on perçoit ou est-ce que ... ? Comment on le mesure en fait ? C'est peut-être vous qui allez le dire mais je n'ai toujours pas compris ce qu'est une bonne relation. Pour moi une bonne relation c'est qu'on s'entend bien. Mais ça ne veut rien dire en médecine...

B4 : En même temps, on a bien vu des gens qu'on a envoyés chez le spécialiste, qui reviennent nous voir après. Le spécialiste a peut-être très bien fait son travail, nous on trouve d'un point de vue médical. Et les gens ne sont pas contents du spécialiste.

B6 : Souvent !

B9 : Ça arrive très souvent.

B4 : Ils se sont sentis expédiés...

B6 : « Il ne m'a rien expliqué ».

B4 : C'est à nous de faire le boulot d'explication. Moi ça me renforce dans mon idée qu'il faut expliquer aux gens. Ça me renforce dans cette idée là parce que j'ai des échos négatifs des gens que j'ai envoyés chez le spécialiste, qui n'ont pas envie d'y retourner ou qui iront bien forcés s'il le faut vraiment mais... D'ailleurs pour moi c'est pas toujours facile d'expliquer des choses que je n'ai pas toutes comprises.

B6 : C'est souvent ce qui ressort quand les gens vont chez le spécialiste. Ils ont souvent cette impression. Ce qu'ils racontent c'est ça : « il ne m'a pas dit grand chose... »

B2 : « Ça a duré 5 minutes ».

B6 : « Il ne m'a pas expliqué, je n'ai pas très bien compris ». Donc on a vraiment cette impression que les gens ont besoin d'une part qu'on leur explique bien les choses, qu'on essaie de les écouter et... puis voilà je pense que c'est déjà pas mal.

M : Donc c'est important de donner des explications, des renseignements ?

B4 : Il faut que les explications correspondent aux demandes des gens.

B6 : Et puis que l'explication soit au niveau des gens. C'est-à-dire qu'en fonction du malade, on a des paliers différents.

B4 : Que l'explication standard... Il y a des gens qui vont être complètement paniqués, parce qu'on a cru bien faire en leur expliquant bien les choses et puis ça a généré une angoisse terrible. Alors qu'une autre personne pour le même problème, au contraire, sera très contente.

M : Donc un truc que tu utilises là, c'est que tu individualises ton discours avec le patient.

B2 : C'est forcé oui.

B4 : Moi, c'est fondamental. Je ne peux pas dire la même chose, sur le même problème, sur une entorse du genou, je ne peux pas dire exactement la même chose à deux personnes différentes. Parce que ce n'est pas la même personne quoi.

B6 : En plus expliquer un problème de genou à une personne qui n'a aucune compétence, aucune connaissance en anatomie, des fois c'est assez amusant. Enfin, il n'y a pas que pour les genoux !

B5 : D'où l'intérêt des petits genoux de démonstration ! *(Rires)*

B6 : Les gens ils ont souvent des connaissances très relatives. On ne peut expliquer de la même façon à n'importe qui. C'est vrai que le discours s'adapte, essaie de s'adapter en fonction du malade.

B2 : D'où l'intérêt pour nous aussi dans les villages où on connaît non seulement bien les gens mais on connaît aussi leur contexte familial et de travail. C'est vrai qu'on connaît leur niveau intellectuel ou social. C'est plus facile de s'adapter que si les gens sont pour nous des inconnus qui viennent juste pour une consultation.

B4 : C'est beaucoup plus simple de soigner un inconnu.

B9 : Oui je trouve aussi.

B4 : En plus un étranger qui parle mal français, qu'est-ce que c'est facile... *(Rires)* Moi je trouve, parce qu'on donne beaucoup moins d'explications. Ça va plus vite, on va à l'essentiel.

M : Et tu peux avoir une bonne relation même sans parler, sans se comprendre ?

B4 : On peut le faire payer plus cher. *(Rires)*

B2 : Le mieux pour B7 c'est les russes.

B7 : Non les arabes payent plus !

B4 : On n'en a aucun.

B6 : C'est à *(Ville)*.

B1 : Hors sujet ! Je vous rappelle qu'on est enregistrés. *(Rires)*

B4 : Dans la relation, l'argent ça compte.

M : L'argent compte dans la relation ?

B4 : Ah oui, oui oui, l'argent compte. Parce qu'on les fait payer quand même les gens.

B6 : Non...

B4 : L'autre jour, je vois un monsieur en consultation, pour tous ses problèmes y compris cardio. Il dit : « ben vous, c'est pas cher ! ½ heure, 23€ ! Je suis allé voir le cardiologue, 10min = 120€ ! » *(Rires)*. « Et puis il a pas fait la moitié de ce que vous avez fait ». En fait il avait fait plein de trucs. L'argent ça compte dans la relation, manifestement.

B6 : Oui mais toi ta relation tu vas pas la modifier par rapport à l'argent.

B4 : Je ne vais modifier ma relation par rapport à l'argent. Quand t'as quelqu'un qui arrive en consultation et dont le premier c'est : « je suis à la CMU », tu vas modifier ta relation ? Et : « j'ai pas ma carte vitale ». Il vient du Nord avec son attestation : « j'suis à la CMU, j'ai pas ma carte vitale ».

B6 : Moi je vais être un peu hypocrite, je vais dire non ça ne va pas modifier ma relation.

B4 : Oh, mon œil !

B6 : Mais j'en ai pas beaucoup.

B2 : Nous non plus on en a quasiment jamais, c'est pour ça le jour où ça fait ça... Ils nous énervent, c'est vrai. C'est pas le fait qu'ils soient à la CMU, c'est qu'ils commencent par ça, avant même que...

B8 : C'est une manière de te dire qu'ils ne vont pas te payer.

B6 : Oui mais à la limite ça dépend malgré tout. Tu as raison au début, c'est un peu rébarbatif. Mais si tu as vraiment affaire à ce moment là à une pathologie, et bien au bout d'un certain temps tu ne penses plus à ça. Si vraiment c'est un malade, tu vois si...

B4 : Je suis d'accord.

B6 : Ou s'il vient parce qu'il a pas envie d'aller bosser ou parce que... voilà ! Là tu vas péter les plombs.

B2 : Tu vas le sabrer ! (*Rires*)

B4 : Oui, mais s'il est vraiment malade, bon ben je pense qu'on oublie quand même ça.

B2 : Bien sûr !

B5 : S'il vient pour la douleur thoracique...

B6 : Oui, oui ! (*Rires*)

B4 : Les pompiers, le SAMU, tout ça... « Je serais jamais payé... »

B6 : Tu fais de la pub pour (*Nom*). Mais au moins là tu auras fait quelque chose.

B2 : Voilà au moins tu as la satisfaction du devoir accompli correctement.

M : Est-ce que vous pensez que les émotions peuvent avoir une influence dans la relation ?

B9 : Nos émotions ?

M : Emotions du patient, émotions du médecin.

B2 : Moi je pense que ça a beaucoup d'importance. Je pense que en même temps il faut savoir, en tous cas pour les nôtres, il faut savoir les maîtriser. C'est-à-dire qu'il y a des situations dramatiques où moi ça m'arrive d'avoir quasiment envie de pleurer. Et en même temps, on en avait discuté, c'était peut-être la fois où on avait fait ce séminaire. Et le gars qui nous faisait le séminaire disait : « mais après tout, pourquoi un médecin ne pleurerait pas avec son patient dans le cadre d'une annonce d'un décès ? » Après tout, il n'y a pas de honte.

B3 : Moi je trouve que c'est déplacé parce qu'on n'est pas là pour ça. Même si c'est difficile de contrôler, je pense pour la personne en face qui vit ça...

B2 : Pas sangloter.

B3 : Je trouve que c'est pas notre place de pleurer.

B4 : Oui mais des fois si tu as envie de pleurer ?

B3 : Et ben je me retiens.

B2 : Tu as toujours pu te retenir ? Je pense que c'est de la compassion dans le vrai sens du terme. Tu souffres avec le patient. Ça ne veut pas dire que tu n'es pas... Ça va durer plus de temps mais il sent que son problème c'est un problème qui te touche vraiment. Moi ça m'est jamais arrivé de pleurer. Il y a une ou deux fois où j'étais émue presque jusqu'aux larmes.

B6 : Ouais mais tu ne le montres pas au patient.

B2 : Je suis sûre que tu ne peux pas ne pas le montrer que tu es ému, c'est forcé. Tu es humain.

B6 : Tu es compatissant.

B3 : Oui mais peut-être pas jusqu'aux larmes.

B6 : Tu es compatissant avec le patient.

B2 : Et que tu dises : « je suis terriblement émue par ce que vous dites ». Je pense qu'effectivement, avant qu'on fasse ce séminaire, j'avais jamais envisagé, j'étais comme toi. Et je pense qu'effectivement ça veut pas dire que...

B9 : Ça dépend de la situation.

B6 : Moi c'est mon comportement mais...

B2 : Je ne pense pas que ce soit interdit.

B6 : Je pense justement quand les gens ne sont pas très bien, ont des émotions qui sont très fortes, ils viennent te voir, et toi tu dois être plus fort qu'eux malgré tout. Même si tu es touchée, tu es compatissante. Mais s'ils viennent te voir, c'est que pour eux tu es quand même un roc, t'es quand même solide. Même si effectivement, intérieurement ou même après, bon ça te brasse, etc... Mais avec eux, tu dois quand même... C'est mon attitude, mon comportement, je ne dis pas que j'ai raison. Moi ça me paraît difficile d'éclater en sanglots... C'est une image.

B2 : Sans aller jusque-là mais je pense qu'après tout, le fait de compatir...

B6 : Oui tu compatis mais tu gardes quand même toujours une certaine distance par rapport à ce qu'il s'est passé, par rapport au malade.

B9 : En fait, les patients comptent déjà sur ta compassion. A la base, ils savent que le docteur il est avec eux mais c'est vrai que les larmes...

B2 : Sans le montrer ostensiblement. Enfin je veux dire que tu le fais pas exprès de le montrer.

M : Tu leur fais part de tes émotions.

B2 : Je pense que ne pas avoir honte d'être touché...

B4 : Regarde, ton patient anglais qui trouvait que le chirurgien était timide et qu'il y avait un problème de communication. Je pense que pas mal de médecins sont comme ça. On cache nos émotions volontairement parce que justement on veut donner l'image de quelqu'un de solide. Et peut-être justement ce n'est pas forcément une bonne chose... Le problème c'est plutôt de ne pas laisser nos émotions fausser nos décisions. Quand tu vois quelqu'un que tu connais bien qui vient te voir : « Je tousse, ... » Tu fais une radio des poumons et tu vois une grosse tâche... « Et merde... »

B9 : Ouais.

B4 : Il faut quand même faire le boulot normalement.

B6 : Oui mais ça ne veut pas dire que toi, tu ne ressens pas une certaine émotion. Mais tu ne vas pas spécialement le montrer au malade.

B2 : Moi, dans ce cas-là, je dis pas mais, je pensais par exemple... Tu connais très bien un couple dont la femme meurt subitement. Son mari vient 2 jours après... Et ben, tu peux être très ému. Il sait que tu connaissais bien sa femme. Si tu as quand même des signes d'émotion, ça ne gâchera pas ta relation. Ça veut pas dire que tu ne vas pas l'accompagner.

B4 : Il y a deux choses. Il y a montrer les émotions ou les laisser transparaître, les exprimer. Et il y a ne pas laisser les émotions...

B6 : Prendre le dessus !

B4 : Influencer notre jugement ou notre attitude. C'est deux choses. On peut rester de marbre ou essayer d'évacuer le problème parce que ça nous remue trop. Je sais pas, si tu vois un enfant qui a été violé. Tu sais, des histoires d'attouchements sexuels et tout... On sait pas quoi faire et puis si on

est trop bouleversé soi-même, peut-être qu'on ne va pas... On va se débarrasser du problème. Alors que professionnellement ce n'est pas ça que l'on doit faire.

B8 : C'est vrai, moi j'ai toujours le cas, les certificats de coups et blessures... Tu vas être en empathie avec la personne qui vient te trouver. Mais tu as toujours le risque de n'avoir qu'un seul point de vue. C'est-à-dire que tu vas essayer de ne pas prendre parti pour elle.

B7 : De toute manière tu dois être objectif, donc il n'y a aucun risque. Tu restes 100% professionnel : « je vois, elle me dit... ».

B8 : Oui oui ! Je veux dire c'est bien obligé quand même... ça m'est arrivé une fois de voir arriver le premier puis après le deuxième ! Dans l'heure qui suit, tu as le deuxième qui vient parce qu'ils se sont foutus sur la gueule.

B7 : Ils se croisent dans la salle d'attente ! (*Rires*)

B8 : Non non, heureusement, ils ne se croisent pas dans la salle d'attente ! Mais quel est le parti qu'il faut prendre... ?

B1 : Mais tu n'as pas à prendre parti justement.

B8 : Non, pas prendre parti mais je veux dire... Souvent c'est des coups et blessures, dans les couples. J'ai toujours l'habitude de dire à la personne, à la femme qui est en face de moi : « La première fois c'est déjà une fois de trop ». Les gens ils comprennent mais je veux dire, elles sont toujours dans quelque chose...

B2 : Et après le mari arrive avec le nez cassé ! (*Rires*)

B8 : Non, ils ne viennent jamais les maris. Dans les bagarres, tu vois les deux partis. Mais c'est vrai que c'est quelque chose de difficile de pas...

B7 : On est objectif : « elle me dit, je vois... ». Mais c'est vrai que dans la discussion que tu as avec les gens, tu prends quand même un peu...parti.

B1 : D'accord.

B8 : Tu essaies quelque part de les aider.

B6 : Est-ce qu'une femme médecin qui va être émue d'une telle situation, si elle se met à pleurer, je pense que ça peut très bien passer. Je ne suis pas convaincu que si un homme se met à, tu vois dans la même situation se met à pleurer, je sais pas si on laissera une image... Je ne sais pas, je ne me suis jamais posé la question.

B2 : Les hommes ne pleurent pas beaucoup dans la société occidentale habituelle mais dans d'autres sociétés les hommes ont le droit de pleurer.

B6 : Oui, mais nous...

B1 : On est en France ! (*Rires*)

B6 : Je ne sais pas, je me vois mal...

B4 : Tu te vois mal pleurer.

B6 : Je me vois mal pleurer. (*Rires*). J'ai eu des situations qui n'étaient pas drôles mais bon peut-être qu'aussi je ne suis pas non plus un émotif... je ne sais pas !

B9 : Je crois que je suis d'accord avec toi. Je crois que j'ai appris quelque part mais je ne peux pas le prouver, qu'il ne fallait surtout jamais pleurer et montrer nos émotions. Ça m'est resté. Il paraît aussi qu'il ne faut jamais se mettre sur le lit du patient. A l'hôpital il ne faut jamais s'asseoir sur son lit. Il y a des trucs comme qui sont restés.

B6 : À l'hôpital c'est ce qu'on disait...

B2 : A l'inverse, nous on a lu un article sur...une étude. Ils ont pris 2 groupes de patients. C'était à l'hôpital. Tout un groupe de patients. Le médecin hospitalier venait faire la visite habituelle, et se mettait au bout du lit. Et puis un deuxième groupe de patients, où le médecin faisait exactement la même chose sauf qu'au lieu de se mettre au bout du lit, il s'asseyait quelques minutes juste au bord du lit du patient ou sur la chaise. Et après on demandait simplement au patient combien de temps est resté votre médecin. Le groupe de patients qui avait eu la proximité directe du médecin estimait à peu près le double du temps. C'est-à-dire que rien que le fait d'avoir une proximité avec le médecin, le malade se sentait pris en compte pendant longtemps, alors que dans l'autre groupe... Je crois que c'est un travail de médecine générale. Je trouve ça vachement intéressant, c'est-à-dire que le contact...

B6 : Moi je pose la question aux jeunes là. Il y en a quand même maintenant, ça fait plaisir ! Vous, dans le courant de vos études, quand vous étiez à l'hôpital, qu'est-ce que vos maîtres vous enseignaient ? Est-ce qu'on vous disait vous pouvez vous asseoir sur le lit du patient ? Ou au contraire, moi j'ai ce souvenir là...

B9 : Il fallait s'asseoir, nous, mais sur la chaise.

B6 : Ah non, nous c'était banni ! On était au pied du lit.

B3 : C'est de l'hygiène après...

B6 : Non c'est pas une question d'hygiène...

B9 : Non c'est pour l'espace...de ne pas le violer. Comme il y a une relation dominant-dominé, il ne faut pas rentrer dans l'espace du patient.

B8 : Tu vas toujours rentrer dans l'espace du patient.

B9 : L'espace intime est beaucoup plus grand en Hollande qu'en France, ça c'est sûr ! (*Rires*)

B5 : Moi je vais être très tactile pendant la consultation alors que je ne suis pas du tout comme ça dans la vie de tous les jours.

B9 : C'est bien de poser les mains...

B5 : Oui mais de poser la main pendant que tu auscultes, tu n'es pas obligée !

B9 : Non, c'est sûr.

B4 : Encore une fois c'est culturel.

B9 : C'est très culturel, ça c'est sûr... Comme ce que tu disais des patients anglais. Les patients hollandais, il y a leur médecin, il a les 2000 patients qui ont le code postal X. Et on ne va pas se poser la question si la relation est bonne. Pourtant on a eu plein de cours justement en psychologie médicale. Moi j'ai fait une partie des études à (*Ville*). Et on était filmé, mais c'est peut-être comme ça aussi en France. On était filmé, comment on réagit. La relation, la communication médecin-patient, c'était central.

B6 : Moi ça n'existait pas de mon époque.

B9 : Ce dont je me souviens c'était que le patient disait : « Je viens pour ma tension ». Mais en fait il voulait dire autre chose et il fallait surtout creuser la vraie question. Parce qu'un patient il ne vient pas pour quelque chose de simple. Parce que le fait qu'il se déplace, qu'il vienne te voir c'est qu'il a une question. Et la vraie question elle sort peut-être à la fin.

B7 : En Hollande c'est grave s'il vient te voir ! (*Rires*)

M : C'est comme ça que tu fais ?

B9 : Non non, mais ce sont des choses qui me sont restées. (*Rires*)

B9 : Des cours de psychologie. La communication c'est très intéressant, votre question... Quelle est la bonne relation ? Parce que j'ai l'impression que je fais n'importe quoi là !

B4 : Une bonne relation c'est... Les gens ils arrivent à l'heure au rendez-vous. Ils ont une question. (*Rires*). On leur fait une ordonnance, et ils partent. (*Rires*). T'as quelqu'un qui arrive en retard...

B6 : Déjà ça te gonfle !

B4 : Ou bien il est arrivé en avance et toi tu es en retard. (*Rires*). Et puis justement tu es pressé et il a 4 questions. Et toutes euh...

B7 : À la suite !

B4 : Et à la fin il dit : « ah mince, j'ai oublié ma carte bancaire ! » (*Rires*)

B5 : Et tu viens de passer la carte vitale...

B4 : Ça c'est une mauvaise relation ! (*Rires*). Enfin je veux dire, il y a ça aussi, il y a tout ça qui compte. Tu parlais des émotions mais voilà...ça c'est des émotions. Si on est en retard ou que le patient est en retard, c'est une émotion.

B1 : Oui, tout à fait.

B9 : J'ai l'impression en fait, quand même... Quand je compare avec des copines qui sont installées en Hollande... Je me pose peut-être plus la question de la relation, dans le sens, est-ce que le contact est bon ? Est-ce que les gens vont revenir ? Mes copines elles ne se posent pas du tout ces questions. Parce que les gens sont inscrits, ils reviennent. C'est quand même très différent. Cette relation « bizarre » de client.

B6 : On a ce côté commercial, tu as raison !

B1 : Tu peux fausser la donne.

B9 : Je me dis, j'ai pas fait totalement mes études en France, je dois louper quelque chose...

B2 : En fait ce que tu dis, ça me fait penser au mot séduction. Tu vois le côté séduction, quand tu dis, est-ce qu'ils vont revenir ? C'est quelque chose qui rentre dans la relation dont on n'a pas tellement parlé. Et qui est directement lié à l'exercice libéral. C'est sûr que t'es médecin généraliste hospitalier ou dans une maison de santé où tu es salarié, t'en as rien à faire...

B1 : Non, c'est pas qu'elle en a rien à faire, c'est qu'elle est différente la relation.

B2 : Tu n'es pas dans la séduction.

B6 : Je pense que la séduction est beaucoup moins importante mais elle existe aussi.

B1 : Oui...

B6 : C'est valorisant, ça te valorise. Tu as quand même besoin de ça aussi.

B4 : Oui mais quand tu es assuré de voir des gens et de travailler, tu te poses pas la question de...

B6 : Tu n'as plus ce côté commercial, tout à fait.

B4 : Si j'ai une mauvaise attitude, je n'aurai plus de clients.

B9 : Alors l'idée principale c'était d'avoir une bonne relation pour que les patients fassent ce qu'on leur conseille ? C'était ça l'idée d'une bonne relation... On se comprend, le message passe.

M : Et puis c'est aussi, pour le médecin, que ce soit agréable de travailler pour lui.

B2 : Qu'il soit satisfait de son travail, c'est ce que je disais au départ. C'est l'anti burnout, une bonne relation.

B6 : Oui, mais je pense que globalement, dans l'ensemble on est tous, à peu de choses près, satisfaits de notre travail. C'est-à-dire que même si on ne travaille pas de la même façon, je pense qu'on en tire tous une certaine satisfaction. On est content de notre travail.

B4 : Ecoute, voilà, le blessé a été amené par les pisteurs. Il avait une entorse du genou. Il est ressorti 20min après et...j'avais gagné 180€ ! (*Rires*). C'est une anecdote que B9 m'a rapporté de quelqu'un d'autre. Ça concerne un autre médecin, ailleurs, quelque part en France. Mais, je suis sûr que ce médecin là était très satisfait ! Peut-être que le blessé aussi était satisfait. Je ne sais pas... Peut-être qu'il n'était pas du tout satisfait parce que ça lui a coûté trop cher, ou qu'il a payé trop cher pour ce qu'il a eu, ou qu'au contraire, il trouve que c'était très bien. Je ne sais pas, mais bon... Il n'empêche que ça joue.

B6 : Mais je pense que le côté avec les touristes ça fausse un peu les choses. Parce que c'est des gens souvent qu'on ne revoit pas. Donc je pense qu'on a du mal à se positionner par rapport à ça, avoir une certaine objectivité. Je pense que c'est plus valable avec la clientèle locale, les patients du coin. Parce que si les gens reviennent globalement, c'est qu'ils sont dans l'ensemble satisfaits.

B4 : C'est aussi qu'on est les plus proches, les plus disponibles.

B1 : Oui, voilà.

B6 : Ils ont quand même la possibilité d'aller, à droite, à gauche...

B4 : Oui, oui, mais quand même.

B6 : Oui, ils ont quand même le choix.

B4 : Moi je me suis quand même plusieurs fois dit : « ben tiens, c'est bizarre, les gens j'ai l'impression de les avoir soigné consciencieusement, d'avoir fait tout ce qu'il faut, et puis ils sont partis »

B6 : Ils sont partis, oui.

B4 : Qu'est-ce que j'ai raté ?

B1 : Et là je trouve que dans ce cas-là, c'est très frustrant de ne pas savoir. On n'a pas de retours.

B4 : C'est pour ça que, normalement, je vous ai dit, à chaque interne qui est passé, s'il y a quelqu'un qui vient se plaindre à toi, bénis le, c'est tellement rare ! Au moins, tu sais ce qu'il se passe.

B1 : Ça, c'est vrai. On ne peut pas évaluer parce qu'on n'a pas de retour.

B7 : Ça m'est arrivé une fois de recevoir une lettre. C'est quelqu'un qui n'était pas content.

B4 : Ça fout les boules hein ?

B7 : En fait, en rouvrant le dossier de la personne, je m'étais aperçu que j'avais bien fait mon boulot. Ça m'a rassuré tout de suite. L'interprétation qu'elle en a fait a postérieurement.

B4 : C'est-à-dire que t'avais reçu une fois, une lettre d'une dame, il y a plusieurs années, qui se plaignait que tu n'avais pas pris en compte sa douleur alors que justement t'avais passé tout ton temps à essayer de la soulager. Et elle t'a incendié dans sa lettre. Là c'est typique d'une mauvaise relation on va dire.

B2 : Elle était « chiante » comme la pluie.

B7 : Des fois les gens, quand ils sont à distance d'un problème, ils cherchent un responsable et tout... Ils se focalisent sur un truc, même si ce n'est pas fondé.

B2 : Elle voulait être hospitalisée, sauf qu'un 25 décembre, quand tu demandes à 6h du soir aux hôpitaux de la prendre en charge... Y'en a pas un seul qui voulait la prendre. Ils me disaient : « bah écoutez, au pire on l'enverra à (*Ville*) ». Je lui dis : « ben écoutez madame le plus simple, c'est de rentrer chez vous, et demain on vous fait rapatrier ». Parce que passer la nuit aux urgences dans ces conditions ça ne valait pas le coup. Donc c'est ce qu'elle a fait. Mais comme elle était chiante, je

n'étais peut-être, au bout d'un moment, pas aussi aimable que j'aurais pu l'être. Mais j'ai passé au moins 30min au téléphone, à chercher une place à l'hôpital, etc. Elle est rentrée, elle avait effectivement, 4 côtes cassées au lieu des 3 que j'avais vues. Et donc, elle m'a envoyé une lettre, furieuse, en me disant que je n'avais même pas vu toutes les côtes cassées et que je ne l'avais pas fait hospitalisée.

B4 : N'empêche que depuis, c'est toi qui fais les meilleures radios de grill costal. (*Rires*).

M : On parlait des jeunes, tout à l'heure. Je ne sais pas si vous êtes tous maîtres de stage. Comment est-ce que vous faites pour évaluer les habiletés de communication de l'interne ? Est-ce que c'est quelque chose que vous prenez en compte ?

B6 : C'est très empirique à mon avis, parce qu'on n'a pas d'éléments de mesure. On n'a pas d'échelle pour évaluer donc on voit leurs comportements... Oui, j'en tiens compte.

B4 : Moi je trouve que c'est compliqué parce que, en plus, vous êtes en autonomie, donc on n'est pas avec vous en consultation.

B7 : Sauf au début.

B9 : Il y a le retour des gens.

B4 : Mais ce n'est pas une observation directe.

B2 : Par contre, c'est un des rares cas où on a une évaluation par les gens, de la capacité de communication. On n'a pas la nôtre mais par contre on a : « ah bah dites donc, votre interne, elle est vachement bien ! » ou alors « elle, elle ne m'a pas écouté. Visiblement, ce que je lui disais, ça ne l'intéressait pas ».

B4 : Déjà vous, les internes, quand vous avez été internes, est-ce que vous avez eu des échos sur nos relations ?

B1 : Non.

B6 : Non, ils n'osent pas trop les gens.

B7 : Déblatérer ? Oh si il y en a...

B4 : Ah oui, ben, pas trop chez nous !

B6 : C'est quand même vrai que c'est avec le malade qu'on a effectivement le retour pour les internes. C'est souvent après, les gens nous disent, voilà. Les gens en général sont satisfaits. Je suis même surpris, c'est même agaçant ! (*Rires*). Ils n'ont pas grand chose à leur reprocher.

M : Bon, ben, je crois qu'on va arrêter là. Merci, ça a été riche.

FIN

Verbatim Focus Group C du 19 février 2013

Modérateur : Florian GUICHARD (M), Observateur : Mélanie PHILIPPE

M : Selon vous, est-ce qu'il faut s'intéresser à la relation entre un...entre un médecin et son patient en fait? Est-ce que, est-ce que pour vous, c'est important de s'y intéresser ? Est-ce que ça vous dit quelque chose ?

C1 : Sûrement, sûrement, mais je ne suis pas persuadée de l'intérêt de...de la décortiquer. Moi je trouve que la relation médecin-patient elle se construit. Et qu'on peut faire des grilles...euh...Et on aura beau faire des grilles, ça sera une relation particulière qui va se faire avec le temps...euh...Elle sera différente à la première consultation, encore différente 1 an après puis 5 ans après, c'est encore différent. C'est vraiment quelque chose qui n'est pas fixe, qui évolue et faire des grilles pour la cadrer, ça me paraît surprenant !

C2 : Ouais, puis elle est différente en fonction de chaque patient en fait. Elle peut être euh, enfin, ouais, elle est très particulière, mais euh, avec chaque patient, elle est jamais la même avec l'ensemble des patients en fait.

C3 : Et puis même chez le même patient, elle peut être différente aussi, selon sa souffrance, selon le motif de consult.

C4 : Et selon l'autre.

C1 : Et selon nous aussi, ça dépend de plein de chose.

C5 : Enfin si ça... Si vous êtes des sous-marins de la sécu pour un jour, cadrer nos relations médecin-patient (*rires de C6*), alors là ça va mal se passer, mais mal se passer ! (*en blaguant*)

Rires de l'ensemble du groupe.

C1 : On te reconnaît bien là (*en riant*).

C6 : Sous-marins ...(*en riant*)

C5 : Le truc, il veut tout nous cadrer là maintenant ! Mais un jour, je suis persuadé qu'ils exigeront... bah, pfff. Ouais, alors pour plus sérieusement, euh, moi, j'ai fait partie, je fais plus depuis 2 ans, partie, j'ai fait 10 ans partie d'un groupe Balint où c'est le fondement même des groupes, c'est la relation soignant-soigné. Euh, quand je m'y suis lancé, j'étais au bord, non pas du suicide mais d'arrêter la médecine libérale. Et ça m'a fait un bien, fff, formidable ! J'ai fait Balint pendant 5-6 ans à (Ville), 1 an à (Ville), et 2 ans à (Ville), et puis là euh, fff, je suis bien un peu fatigué comme tout le monde. Mais ça reste, euh, un, voilà.

C1 : En fait, ça t'a soigné ?

C5 : Non, non non. Ça m'a évité de m'énerver, et de...et de culpabiliser, ou de me justifier, ou de je sais pas quoi, enfin. Une fois qu'on a compris euh, qu'une relation, effectivement, unique, y'a pas à la cadrer, y'a pas à la...Parce que Balint, c'est pas du général, c'est un cas précis à un moment donné. (*Se racle la gorge*). Bah ça t'aide à comprendre, comment..., pourquoi t'as réagi comme ça. Et puis, même si c'était pas bien, c'était comme ça.

C4 : Bah, en fait il y a de tout...

C5 : Je ne sais pas si ça m'a soigné mais en tout cas, je m'en souviens.

C4 : J'allais dire mais même les groupes de pairs, ça te permet aussi de te rendre compte qu'il y a pas, il n'y a pas une façon de faire et...bien précise. Mais que voilà, c'est comme ça. Et tu t'aperçois que les autres et bien ils en sont au même point que toi. Les autres médecins font exactement comme toi (C5 acquiesce par un « mmh »). Et puis finalement ça te, enfin je ne sais pas si ça te rassure. Ça te permet comme tu dis d'être moins déstabilisé...

C5 : Alors chacun fait différemment, mais à la fois, on n'est pas différents non plus.

C7 : C'est vrai.

C6 : Bah dans le relationnel si.

C5 : Oui, oui, dans le relationnel, probablement.

C2 : C'est bien pour ça, qu'il y a des patients qui viennent te voir toi, et qui ne vont pas voir ton associé. Alors qu'en fait, euh...géographiquement...

C4 : Bah tout simplement parce qu'on a des caractères différents.

C7 : Ça dépend de la personnalité la relation.

C1 : Il y a aussi dans un cabinet de groupe, on se rend compte qu'il y a des gens qui tournent, hein, qui...pour qui la relation va à un moment et puis ils changent de...de praticien. Et puis quelques années après, ils reviennent. Et on n'a pas compris pourquoi.

C4 : Mais moi, je pense, je pense, je pense vraiment que les gens ont des cycles et je pense que les gens ont besoin de rester avec leur médecin j'en suis à peu près persuadé ça. Que les gens, enfin pas tous mais ont peut-être besoin de rester avec telle personne, tel médecin pendant 5, 6, 7 ans et puis au bout de 5, 6, 7 ans, ils ont fait un peu le tour et puis du coup, ils changent.

C1 : Je suis pas trop sûre qu'il y ait plein de gens qui soient comme ça.

C6 : Ils ont fait un peu le tour mais le médecin aussi a fait un peu le tour.

C4 : Et le médecin a fait le tour, nan mais tout à fait.

C6 : Et le médecin, il...

C7 : Il patauge un peu, il stagne.

C6 : Il a tendance à moins s'occuper du patient, il le connaît par cœur et ça lasse le patient. On le voit quand on a nos étudiants.

C5 : Mm (*acquiesce*).

M : Ils font le tour plus ou moins vite peut être non ?

C6 : Non, mais il suffit de prendre un remplaçant ou un étudiant, et tu vois les patients ce qu'ils disent après. Hein? Lui, il m'examine, il prend son temps, il me fait faire des examens, même ceux qu'il ne faudrait pas faire ... (*sur un ton ironique*)

C8 : La relation elle pose la plupart du temps pas de problème par contre quand on a des patients qui sont très proches de nous ou des patients qui sont un peu antipathiques, un peu pointilleux, pénibles (C6 : *mmh mmh*). Là on se met à réfléchir à comment faire pour que la relation médecin-malade s'améliore. Les gens trop proches on n'a pas la bonne distance. Et les gens qui viennent, bah, avec qui on se dit, mince il est encore là aujourd'hui...C'est pareil, on a du mal à être plus objectif à prendre

le temps, justement, à faire ce qu'il faut. C'est surtout dans ces cas là où je réfléchis à comment je vais pouvoir euh...

C2 : Il y a des gens avec qui tu es désagréable...

C4 : Et ils reviennent !

C2 : Eh ben, ils s'en vont pas ! Et là je crois qu'en ce moment, il y en a qui sont comme ça et ils vont encore revenir.

C6 : Tu fais tout pour les virer et c'est ceux qui restent.

M : Alors pour vous, ça serait quoi les critères d'une bonne relation avec votre patient ?

C2 : Moi je dirais d'arriver à peu près à un consensus à chaque consultation. Que toi tu sois satisfait de pas avoir lâché ce que tu avais pas envie de lâcher et lui qu'il soit satisfait d'avoir obtenu ce qu'il était venu chercher.

C1 : Moi, déjà, être contente d'aller le chercher dans la salle d'attente. Déjà pour moi, c'est un premier critère. Je me dis ah bah tiens c'est une consultation qui commence pas dans...dans le conflit, même s'il n'est pas verbalisé, mais on sent qu'il y a des tensions euh...Bon même si on a des choses à dire mais pas forcément dans le conflit. Mais alors quand on voit le cahier de consultation et qu'on dit oh la, la, encore lui, encore lui, encore lui, ffffou (*soupire*)....C'est mal parti déjà. Je trouve ça déjà pour moi, c'est un critère. Après euh...la consultation comment elle va se dérouler, c'est certainement plus ou moins satisfaisant, selon les jours, mais...Mon premier critère c'est d'être contente de recevoir mon patient.

C5 : Moi, ce serait d'arriver, idéalement, d'être en empathie, comme on nous l'a appris. C'est-à-dire pas sympathique (*sourire de la plupart des participants*). C'est sympathique, voilà t'es sympathique mais voilà, on n'avance pas beaucoup. Sympathique ça veut dire souffrir avec. Et sûrement pas empathique parce qu'alors là...Même si ça nous soulage 5 mn dans la relation avec le patient je pense qu'on peut y arriver. Apathique, ça marche pas bien non plus. Donc euh voilà. Empathique, la plupart du temps je crois qu'on y arrive tous bien inconsciemment, mais...mais, mais, mais, quels sont les critères de la vraie empathie, qu'est ce qui...est-ce qu'il faut que ça glisse ou est-ce qu'il faut se forcer...à utiliser des règles euh...de bien tenue, de bien parler, de bien paraître ? Je ne sais pas.

C2 : Moi, je trouve qu'à la fac, les choses elles sont vraiment très formalisées alors que si on y réfléchit euh, bah, je vois au niveau des formations sur la...comment on appelle ça déjà ?...la rétrovision directe, non, la supervision, c'est vachement formalisé mais en fait dans la vie, les choses elles ne sont pas forcément aussi analysées et enfin...Et souvent, ça se passe naturellement, sans qu'on y réfléchisse vraiment quoi.

M : Et vous pensez alors qu'il faut avoir un peu de sympathie dans la relation ? Quel degré, jusqu'où vous iriez pour dire que c'est une bonne relation? Jusqu'où vous iriez dans la sympathie pour ...

C3 : Moi je dirais sympathie mais pas empathie. Parce que empathie, moi, je ne sais pas vivre à côté quoi.

C1 : Moi, je dirais l'inverse plutôt non ?

C5 : Hein? Tu peux pas vivre à côté ?

C3 : Non, empathique, si je suis empathique, empathique, c'est bien euh, partager, euh...

C6 : Non, c'est dans l'autre sens. C'est comprendre.

C3 : Ah, c'est dans l'autre sens...Ah, ça c'est sympathique alors.

C6 : Non, sympathique c'est tu partages.

C3 : Alors ça surtout pas !

C7 : On n'est pas leur copain.

C3 : Non, voilà !

C7 : Il faut que tu retrouves ta place de médecin. Il faut qu'il y ait une distance. Ce qui est important c'est que tu sois le médecin et lui, le patient. Point. Tu peux pas être d'égal à égal.

C1 : Mais il y a quelque chose qui fausse quand même avec le temps qui passe. Je vais vous prendre un exemple très concret. Une euh...Vous voyez des adolescentes et qui ont 12 ans, 13 ans. Euh, vous leur faites euh, vous les tutoyez. Comment tu vas? On les vouvoie pas. Et puis finalement, 15 ans après, euh, bah, on les tutoie toujours sauf que, elles sont mères, elles ont des enfants. Et là, il y a vraiment quelque chose qui est difficile à gérer.

C7 : Moi j'arrive pas à les tutoyer. Moi, passé 22, 23, je vouvoie.

C4 : Moi c'est pareil.

C7 : Je me suis fixé un petit cadre comme ça.

C5 : C'est difficile pour qui ? Pour toi ?

C1 : Je trouve que dans la relation, ça donne une euh, un sentiment de proximité, de..., de familiarité qui, qui me fait perdre peut-être un peu de distance. Elles amènent leurs enfants et c'est : tu peux me dire ce qui s'est passé. Elles vouvoient, moi je tutoie parce que je les connais depuis très longtemps. Bah, je trouve que ça fausse la relation ce tutoiement qui s'installe au fil du temps.

C7 : Bah justement, si tu vouvoies, tu remets de la distance.

C1 : Eh ben oui, mais je trouve ça compliqué.

C8 : C'est un peu compliqué, mais moi, à partir de 18 ans, je vouvoie.

C3 : C'est toi qui es mal à l'aise, parce que moi, ça me fait pareil. Ces jeunes femmes je les tutovoie.

C2 : Oui, moi, je commence par le vouvoiement et en cours de consultation, bah ça revient au tu.

C1 : Le tu, le vous, moi je trouve que ça fausse un peu la...bah, la bonne distance.

C6 : Non, mais c'est un peu vrai, mais on devrait se foutre de tout ça !

C3 : Oui, peut-être, oui, oui, peut-être, mais...

C6 : Justement.

C4 : Oui, moi je crois pas que ça fausse la relation, c'est...Moi aussi, ça me met mal à l'aise mais je pense pas que ça fausse la relation.

C1 : C'est la familiarité que ça apporte et qui fausse peut-être un peu le jugement médical. La relation qui devrait être justement comme on le disait tout à l'heure, à bonne distance pour pouvoir garder un peu de...

C8 : D'objectivité.

C1 : Ouais, c'est ça. Pas trop trop d'empathie justement.

C6 : Moi je crois pas que ça ait avoir avec l'empathie. C'est simplement, c'est comme le tutoiement des maghrébins. C'est pas une histoire de proximité ou de sympathie. C'est...

C1 : Bah justement, euh, les maghrébins, c'est comme ça, ça a toujours été.

C7 : C'est culturel.

M : Et alors qu'est-ce qui fait que vous seriez satisfait dans une relation ? Qu'est-ce que pour vous, qu'est-ce qui est satisfaisant dans votre relation?

C6 : C'est un truc qui ne se définit pas trop, c'est ça qui va être difficile pour votre thèse.

C7 : Moi j'aime bien l'idée du consensus. C'est quand le patient est d'accord avec ta façon de faire.

C4 : Tout en ayant fait ta médecine, enfin ta médecine. De la médecine qui tient à peu près la route sans avoir fait des concessions euh...

C7 : Qu'ils soient d'accord avec ton diagnostic, ta prescription, surtout. Et que le patient, tu sais qu'il va être observant, qu'il va faire ce que tu lui proposes. Ça c'est une bonne... une relation qui s'est bien terminée.

M : Négociateur en quelque sorte ?

C7 : Non c'est pas de la... Si c'est de la négociation.

C6 : Ça veut dire qu'il adhère à ce que tu lui proposes.

C3 : Négociation c'est quand ils viennent pour un... pour une finalité qui n'est pas la nôtre. Et là, oui, on sent que la consult elle va... il va falloir prendre des chemins... (*mime le geste tortueux*) pour au final aboutir à une adhésion, à mon idée et pas à celle pour laquelle il est venu. Genre les antibiotiques, genre venir consulter pour une radio du genou. Et puis il ressort pas forcément avec sa radio du genou.

C1 : Une consultation qui parte pas dans tous les sens aussi. Pas 36 000 problèmes qui se rajoutent, qui se rajoutent. Une fois qu'on a fini d'en régler un, il y en a un autre qui arrive. Il y en a un autre qui arrive. Ça c'est pas satisfaisant comme consult.

C8 : Ça je pense que c'est à nous de le gérer ça. C'est de la gestion ça.

C1 : Mais quand tu es en train de passer la carte vitale parce que tu as fini la consultation. Ah oui docteur j'ai oublié de vous dire que... Alors là...

C8 : Moi je leur dis bah, c'est terminé au revoir. Je leur dis, je vous laisse reprendre un rendez-vous et on verra ça la prochaine fois.

C1 : Oui.

C2 : Mais ça fait quand même partie de la relation médecin euh...

C1 : Oui, mais la consultation est pas complètement, pas parfaitement satisfaisante. Je me dis ah bah mince, je suis passé à côté.

C8 : Si c'est en adéquation avec ce que tu penses...

C4 : Je trouve ça plus satisfaisant de dire ça. De dire bah revenez demain, revenez la prochaine fois que de faire un truc à contre cœur où là, où là, tu vas transmettre à ton patient le fait que tu en as ras le bol !

C3 : C'est comme l'ordonnance de pilule sur la porte.

C8 : Et puis la prochaine fois il va revenir en nous disant je viens pas pour rien docteur, j'ai ça ça ça ça ça. Et à chaque fois ça va être pareil, ça va t'énerver et puis finalement, la relation elle sera pas bonne. Donc si tu la gères du début après euh, il sait que tu fonctionnes comme ça et...

C6 : C'est drôle comme ça a tendance à vous énerver les multiples consult.

C8 : Non, mais c'est surtout que il s'est rhabillé, on a tout fini et il redemande un truc.

C4 : Eh mais, non, les multiples consult ça veut dire quoi le fait de le faire venir plusieurs fois ?

C6 : Non, les multiples sujets de consultation, les motifs de consultation.

C4 : Ah oui mais parce que le temps n'est pas extensible et que du coup t'es obligé de faire...

C6 : Ça ça dépend comment tu t'organises ! Tu peux t'organiser.

C2 : Tu ne peux pas non plus traiter 6000 choses en même temps.

C6 : Non, mais tu en as 1 ou 2 dans la journée qui sont comme ça.

C8 : Ouais mais quand c'est toujours les mêmes c'est...

C4 : Oui, mais c'est toujours les mêmes.

C8 : C'est ça.

C6 : Bah justement tu les connais.

C3 : Il y a des patients ciblés.

C4 : Il y en a, il y a des noms où tu sais que ça va brasser un max ! (*Rire*)

C8 : Ça c'est sûr t'en as, tu sais qu'il va falloir...

C6 : Bah après il suffit d'expliquer une bonne fois pour toute.

C5 : Toi tu disais euh (*en s'adressant à C1*) quand tu vas le chercher en salle d'attente, c'est vrai qu'il y en a, t'es content.

C6 : C'est la majorité quand même.

C5 : Non, mais quand même il y a le côté neutre et puis il y a le côté des fois où voilà, où c'est sympa quoi. Et puis quand tu les raccompagnes, tu n'as pas toujours le même sentiment !

C4 : Ouais.

C5 : Tu les raccompagnes frustré parce que lui frustré, ou toi frustré de pas avoir eu le temps de... Ou énervé des 3 questions à la con qu'il t'a posé ou des affirmations qu'il a mis sur la table ou de ton ignorance. Et il y a aussi ce sentiment effectivement, quand il quitte la salle des fois tu es... ah ouais, c'était bien. Bon.

C1 : En fait, c'est vrai que c'est rarement la question médicale qui pose problème dans la consultation. On finit toujours par euh...poser un diagnostic ou envisager un bilan complémentaire ou avoir une idée de ce qui se passe.

C6 : Ou botter en touche.

C4 : De toute façon botter en touche quand tu sais pas, tu essayes de trouver une solution.

C1 : Nan, mais c'est rarement le problème médical qui pose problème dans la consultation. C'est quand même rare. C'est plus bah effectivement, le temps qu'il va mettre pour se déshabiller, si elle va nous raconter ce qu'a fait le mari, vous pouvez me donner l'ordonnance de « Doliprane » pour le gamin, j'en n'ai plus euh. Et puis bah voilà, dans tout ça, on va finir la consultation, euh, la carte vitale qui ne veut pas passer euh. Le problème médical, il ne pose pas de très gros problème moi je trouve.

C5 : T'as pas tort.

C7 : C'est vrai.

C6 : Non mais là on parle de relationnel. On va recentrer sur le thème du relationnel.

C7 : Et pourtant ce dont tu te rappelles c'est un problème médical pour lequel tu t'es posé des questions et...que tu revois le lendemain ou...ça, ça te marque un peu.

C5 : C'est ce que tu as le mieux fait et ce qui va servir à quelque chose.

C4 : Le problème relationnel, quand ça s'est mal passé, ça te marque vachement je trouve.

C3 : Ah non !

C4 : Ah si !

C7 : La plupart des consultations se passent très bien et quand il y en a un où ça se passe mal je trouve ça me gonfle.

C5 : Mais t'as le droit de t'énerver !

C4 : Bah ouais.

C5 : T'as le droit de le foutre dehors une fois de temps en temps.

C4 : Ouais, ce soir ma dernière ! *(Rires de l'ensemble du groupe)*

C2 : Bienvenue au club !

C5 : Ça fait du bien une fois de temps en temps.

C2 : Ah ouais ouais, moi, je vais lui rapporter le dossier dans la boîte aux lettres et puis bon, elle consultera un autre médecin.

C5 : Et il y a peut-être un...vous voulez faire des chapitres j'imagine ? *(En s'adressant au modérateur et l'observateur)*. Le relationnel du conflictuel ! Le relationnel du patient compliqué.

M : Ouais ! Qu'est-ce qui fait que pour vous un patient est difficile sur le plan relationnel? C'est quoi pour vous un patient difficile ?

C3 : C'est celui qui sait, qui sait tout.

C8 : C'est celui qui est allé voir sur internet. *(Rires de l'ensemble du groupe)*

C3 : C'est celui qui a le savoir et qui de toute manière est dans son idée.

C7 : Ouais, voilà.

C3 : Dans son idée, dans ses rails. Et à la fin, on a beau essayer de prendre des croisements euh, de toute manière il faut que ça se conclue comme il avait euh...il avait décidé au départ.

C7 : Ouais ouais. C'est celui qui impose...

C3 : Pas forcément internet parce que internet, ils nous amènent l'article et ils nous disent vous en pensez quoi ? C'est pas pour lui, c'est pas forcément acquis.

C4 : Et puis des fois ils nous apprennent des choses.

C3 : Ouais, puis il y a des fois c'est marrant ce qu'ils nous disent. Mais celui qui sait voilà, il...il a forcément un croisé. Il faut forcément une IRM tout de suite.

C5 : Celui qui sait mais qui n'est pas souple euh...

C8 : Ou celui qui tourne ça sous forme culpabilisante : ah et j'ai pas besoin d'un arrêt de travail ou ah je vais réussir à avoir une radio rapidement vous croyez ?

C3 : Ah ouais, voilà !

C8 : L'air de dire : vous ne prenez pas votre téléphone pour me prendre rendez-vous pour une radio ? Alors qu'on lui dit qu'il n'y a pas d'urgence et que ça ira très bien. Et il va reposer la question histoire de nous faire culpabiliser de ne pas avoir pris de rendez-vous pour lui.

C6 : Ah ah ah (*en riant*).

C8 : Alors ça je trouve ça un peu énervant moi. Ah ou euh, vous m'avez parlé du « Doliprane ». Je peux en avoir sans ordonnance ? Voilà euh, toutes ces petites phrases euh...qui s'égrainent pendant les consultations.

C6 : C'est pas la médecine.

C8 : Non, c'est pas la médecine. C'est plein de petits trucs qui parasitent.

C5 : Mais si, c'est de la médecine !

C4 : Non, c'est de la prestation...

C5 : Mais ça fait partie de notre quotidien, de ce qu'il faut gérer !

C7 : Ou celui qui n'est pas assez rapide pour s'habiller, pour se déshabiller. Et puis toi, tu en as 3 qui attendent dans la salle d'attente. (*Rires*).

M : Vous les abordez comment alors ces patients ?

C3 : Ceux qui sont pas rapides ?

C1 : Ça dépend des fois, ça peut aller très bien, on peut être très patient.

C6 : Tu peux aller voir tes mails pendant qu'il se déshabille.

C4 : Il y a une patiente, ça fait 6, 7 fois que je la vois et que je suis relativement patiente. Elle arrive avec une demi-heure de retard, elle se pointe quand elle veut euh, elle exige toujours, enfin voilà. Et bien, ça allait très bien jusqu'à présent. Même si euh... (*En murmurant*) ça passe pas !

C5 : Bah, non, ça n'allait pas très bien.

C4 : Et bien, ce soir, elle est arrivée avec une demi-heure d'attente. Il y a sa gamine qui goutait dans le couloir. Elle est arrivée en consult, je lui ai demandé d'enlever le gouter de sa fille qui était resté, enfin, bon bref. C'est parti un peu en vrille. Déjà que, déjà que quand je suis allée la chercher, comme tu disais, il faut déjà... C'est bien quand on est content d'aller la chercher mais elle, déjà avant qu'elle arrive, j'étais déjà pas contente.

C3 : Voilà, après ça dépend de tout. Il y a des fois, ça va très bien se passer et avec ce même patient un coup, ça va partir en vrille !

C4 : Donc elle, elle reviendra pas c'est sûr.

C2 : Mais tu vois donc un des moyens à arriver à ... c'est de recadrer la consultation, se baser sur l'examen clinique, expliquer l'examen clinique, expliquer les conclusions. Et puis euh, si t'expliques tes conclusions par rapport à ton examen clinique, tu peux très bien l'amener à venir sur tes conclusions à toi. Maintenant, s'il persiste sur les siennes, bah, c'est pas grave. Il s'en va.

C8 : Il faut rester calme et réexpliquer ce que tu as dit.

C2 : Alors maintenant il y a un tel manque de médecin. Enfin, je vois avec les médecins qui sont partis à la retraite, que je pense que...autant il y a une certaine époque on était peut-être attentif à satisfaire, selon nos personnalités respectives euh...

C6 : Pour pas perdre de client.

C2 : Pour pas perdre des clients. Je dirais que maintenant euh, si c'est vraiment euh, non mais ce que je veux dire c'est que on va pas faire des concessions qu'on n'a pas envie de faire, euh, pour garder quelqu'un.

C4 : Oui, mais c'est l'expérience. Tu as 10, 15, 20 ans derrière toi.

C2 : Nan, mais je suis d'accord.

C4 : Et donc en fait on est vachement plus ...

C2 : Passé un temps, quand tu commences à travailler bah, ...et passé un temps quand on s'est installé nous, c'était pas euh...enfin je veux dire, on a bien travaillé rapidement. Mais je dirais que là maintenant, t'as vu les gens comme ils ont besoin de trouver un médecin traitant. Enfin, je veux dire maintenant celui qui...qui t'emmerde et qui arrive avec ses idées pré conçues et avec qui tu n'arrives à rien parce que de toute façon il est venu chercher un truc et que tu n'as pas envie de lui donner. Eh bien, il prend la porte et puis il va se trouver quelqu'un d'autre. Mais pour revenir à recadrer ces gens-là. Pour ceux qui sont intelligents, si tu te bases sur l'examen clinique et que tu expliques ton examen clinique, tes conclusions et ce que tu veux faire, s'il est intelligent, ça devrait bien se passer, et ça devrait se recadrer. Maintenant, bah ceux qui sont pas intelligents, bah, de toute façon, t'arriveras à rien, quel que soit ce que tu peux proposer, hein ?

C5 : Ah, tu sais ce qu'on dit des intelligents, c'est qu'ils sont exigeants.

C2 : Ah ouais, mais ils ne sont pas tous chiants avec une idée préconçue euh dès le début de la consultation. Il y en a beaucoup qui viennent chercher des conseils.

C5 : Non, non, mais je me posais la question : est-ce que c'est plus facile de soigner des intelligents que des crétins ? (*Rires de l'ensemble du groupe*).

C2 : Non, moi je pense que c'est plus facile de soigner les imbéciles.

C5 : Il y a plein de questions qui émergent. Et j'ai de moins en moins de réponse. C'est quoi une relation, c'est quoi un patient facile ? (*Rires*)

C6 : Pour parler de relation, on parle de tout ce qui est mauvais.

C8 : Ouais.

C6 : Tout ce qui ne va pas. C'est un peu dommage non ?

M : Comment on fait pour maintenir une relation avec un patient difficile ? Si vous voulez la maintenir. Vous avez des astuces, des procédés ?

C7 : On n'y pense même pas.

C4 : Si, si ça se passe bien, ça se passe bien, si ça se passe pas bien, tant pis.

C2 : Pourquoi vouloir maintenir une relation avec un patient avec qui ça se passe pas forcément bien?

C4 : Pourquoi !? C'est pas la peine !

C1 : Ben, non, mais si le patient il est pas satisfait, et bien...

C3 : Ça peut mal se passer une fois et puis finalement, la fois d'après, ça se passe bien. Parce qu'il n'est plus dans sa souffrance, il n'est plus dans sa demande.

C4 : Oui, c'est vrai.

C3 : C'est, c'est très et patient dépendant dans sa vie où tu le prends, enfin pour le motif que..., de la consult que tu le prends et toi aussi dans ta vie euh perso et de médecin quoi. Je veux dire, si tu le vois euh, si tu viens consulter en fin de journée euh, où j'ai 2 heures de retard, euh, en plus tu viens pour 10 000 trucs et en plus tu arrives en retard, euh, non, non. (*Rire de l'ensemble*).

C3 : Euh, tu vois, j'arrive à être énervée, tu vois moi, je suis pas disponible. Je pense, un critère de qualité, c'est la disponibilité du médecin, mais aussi du patient. Mais aussi du médecin. C'est-à-dire, si le médecin, il a eu une vie un peu difficile eh ben, il ne saura pas être ouvert euh, en consult, qui plus est si c'est le même domaine son problème. Euh, et puis euh...ouais, la disponibilité de euh...de cœur, d'esprit, enfin...

C2 : Moi, je trouve, la disponibilité en le laissant parler. Et puis, moi, je reviens aux explications qu'on est amené à donner. Et si tu expliques euh...ce que tu fais, ce que tu...enfin je veux dire ça, ça ouvre quand même très rapidement la relation.

C8 : Et il va plus participer déjà à son traitement.

C7 : Quand tu t'appuies sur des données médicales, c'est ça euh...

C2 : Les gens qui viennent pour dépression euh...c'est pas forcément enfin, un problème médical pur. C'est vraiment comme de l'écoute quoi.

C7 : Mais tu vas quand même t'appuyer sur des symptômes en disant ben voilà vous avez ça ça. Ça évoque...

C4 : Enfin, parce que le problème c'est le diagnostic parfois. Dans les dépressions, les patients ne sont pas tout le temps prêts à suivre un traitement.

C2 : Ouais enfin là on en revient à la négociation, au consensus.

C1 : Mais justement, en s'appuyant sur des données vraiment purement médicales ça peut aider euh...à ne pas trop négocier quoi.

C5 : Si tu fais du purement médical, tu t'en sors plus. C'est pas possible. Si tu appliques la science, que la science euh...

C4 : Parce que tout n'existe pas !

C5 : D'abord ! Et puis c'est sévère euh la science, que la science.

C3 : Nan, mais t'en mets un peu.

C5 : Là les antibio, on va...on va tomber à moins 99%, hein ? Si on fait dans la science.

C6 : Les antidépresseurs aussi !

C7 : Et les pilules aussi !

C3 : On vire déjà la moitié des médocs, déjà on aura moins d'emmerdes et ça sera déjà beaucoup plus facile. *(Rire)*

C5 : Bah, 1 fois par mois, à peu près, j'en sais rien, je sors un petit schéma que j'avais fait à l'époque. Où l'EBM était à la mode ! Moi, le médecin, la science. Et il faut qu'on essaye de se trouver là au milieu je leur dis ! Ce qui m'insupporte par-dessus tout c'est quand il y a un 4^{ème} truc qui veut se mettre par-dessus ! *(En haussant la voix)* Qui serait un labo, qui serait la sécu, qui serait un truc comme ça alors là...Déjà 3 cercles pour qu'on y arrive...

C4 : Surtout en ce moment !

C5 : C'est pas simple. Alors moi, de temps en temps, je leur explique que leur point de vue à eux il est là, que, qu'il faudrait qu'on sorte un peu de là quoi. Et la science, la science euh...c'est dur hein ?

C2 : Non, mais il est bien entendu que ouais, l'EBM, c'est pas que la science, hein ? C'est la part patient et la part médecin, hein ? Avec euh, ton vécu d'avant, tes mauvaises expériences, tes bonnes expériences, les siennes.

C5 : Ce que veut ton patient. Parce qu'il faut, euh, tu, voilà. Il est en droit d'avoir des...

C6 : C'est un référentiel à adapter.

C2 : Ouais !

C5 : Et je me permets de rappeler que il y a 15 ans que je mets au sommet de mes ordonnances : je propose. Et pas j'ordonne. Et que quand je me suis installé, je peux te dire que les pharmacies ça a sifflé dans mes oreilles! Qu'est-ce que c'est ce bordel, je propose ?

C4 : Tu écris ça, je propose ?

C5 : Bah c'est en automatique euh...avant de...

C4 : Et après tu mets tes médocs ?

C5 : Ouais !

C4 : D'accord.

C5 : Je sais pas si...mais je fais comme ça.

C3 : Ordonnance ça veut dire quoi ?

C5 : Ordonner c'est ce qu'il disait à l'époque. J'ordonne.

C4 : Oui, une ordonnance.

C5 : Il y a un décalage derrière. Et voilà quoi...

C3 : Enfin, on est bien conscient que même si on ordonne,...

C4 : Déjà, le pharmacien donne ce qu'il veut, le patient achète ce qu'il veut, et prend ce qu'il veut.

C5 : Voilà !

C6 : Bah, c'est leur droit merde!

C4 : Oui, c'est sûr.

C6 : Bah attends, t'as le droit à un minimum de liberté.

C7 : Oui, mais pourquoi ils viennent te voir. Il faut quand même avoir une attitude euh...

C2 : Non, je pense, ils viennent te voir parce qu'ils ont besoin d'être rassurés.

C4 et C3 : oui, oui, oui.

C2 : Et ils ont besoin que tu leur expliques les choses. Ils sont pas forcément là pour une ordonnance.

C4 : Du tout, du tout.

C3 : Ouais, c'est vrai ça.

C8 : Quand ils viennent te dire...quand ils viennent en te disant oui, il faut que j'arrête ma statine. Bon...Tu leur dis bah oui, ok, arrêtez là mais bon, vous avez tel risque, tel risque, tel risque. Et bien, ils disent ah bah si vous me la mettez sur l'ordonnance.

C6 : En parlant des statines, quel référentiel tu as ?

C8 : On va pas parler de ça ce soir.

C6 : Non, non, mais je propose qu'on en parle une prochaine fois.

M : Non, mais c'est vrai, comme le disait C5, on est de plus en plus dans une relation où il y a l'intrusion de la sécu, de la science, tout ça et on a de moins en moins de place pour la relation. Le P4P tout ça.

C5 : Oh yes, P4P !

C6 et C7 : c'est quoi le P4P ?

M : Quelle place on doit accorder à la relation dans la consultation avec tout ce qu'on a autour ?

C2 (*en s'adressant à C6 et C7*): C'est la rémunération.

C5 : Ça restera la pierre angulaire, quoi qu'ils essayent de faire. La relation, elle est en partie biaisée par des contraintes économiques, de temps, de tout ce qu'on veut.

C4 : Tout à fait ! Tout à fait !

C5 : Mais ça restera quand même euh, le truc qui fait que tu as envie de voir ce médecin et que ce médecin continue à t'accepter parce que si vraiment tu veux l'envoyer chier, tu peux pas le voir, tu y arrives hein ? Il y en a des fois qu'on maltraite mais bon, voilà quoi. Un peu parce qu'on est un peu sadique, pervers...

C4 : Ils nous maltraitent aussi !

C3 : Et ils reviennent, le pire c'est ...

C5 : C'est celui à qui tu dis allez tu me casses les burnes, on n'en parle plus. *(fait le bruit du sifflet)*. Il y en a pas tant que ça et puis il revient pas.

C1 : Ceci dit, moi, il y a quelque chose, moi je, je réfléchissais tout à l'heure, j'en ai eu un ou deux où on passe pas mal de temps à se décarcasser et la relation est bonne, le problème médical est compliqué. On va aller le voir à domicile. Enfin bref, on en fait, on en fait, on en refait. Parce que c'est notre travail. Pas par sympathie ou autre. Et puis un jour, ils changent de médecin ! *(La plupart des participants répondent : ouais !)*

C1 : Alors que pendant 2 – 3 ans, on les a tenus à bout de bras. Je ne dis pas qu'on leur a sauvé la vie, mais pas loin. Et puis un jour, sans explication, on a un coup de fil de la fille, du mari, vous voudrez bien préparer le dossier médical. Et là, c'est difficile.

C4 : C'est difficile.

C1 : C'est difficile parce que pas d'explication.

C5 : Il y a beaucoup de maladie grave quand même.

C1 : Oui.

C5 : Beaucoup.

C1 : Tout à fait !

C5 : À un moment donné, tu es le corbeau hein ? C'est toi qui a amené la merde.

C1 : Mais c'est vraiment difficile. Je sais pas, moi, je ne l'ai jamais pensé comme ça mais, c'est vrai que, je suis rarement blessé, mais ça c'est vrai que ça me blesse.

C7 : Pourquoi ?

C1 : Je ne sais pas.

C5 : Corbeau !

C2 : Je suis comme toi. T'as l'impression de te prendre une bonne claque dans la figure.

C1 : Une bonne claque voilà!

C4 : Et c'est très frustrant, et très douloureux. C'est important pour toi mais pas forcément pour le patient.

C1 : Oui !

C4 : Par exemple, il a fait un infarctus. Tu l'as envoyé à l'hôpital dans ...à temps, tout ça. Mais lui, il a été sauvé, tu lui as sauvé la vie mais lui ne s'en rend même pas compte que ce que tu as fait c'était euh...c'était salvateur quoi, enfin.

C1 : C'est justement pas pour le geste médical, c'est justement pas pour l'acte médical. C'était de l'ordre du relationnel. Tu as pris du temps, t'es allé le voir à domicile, t'as géré un dossier compliqué, t'as passé 1 milliard de coups de fil, t'as récupéré des dossiers, des examens médicaux, de la biologie, tu as rappelé. Enfin, bon, bref, plein de truc. Et puis un jour, ils s'en vont.

C4 : Mais ça ils ne s'en rendent pas compte de ça.

C1 : Peut-être.

C4 : Pour eux c'est normal.

C1 : Bah, je suis désolé mais dans ces cas là...

C8 : Des fois, tu récupères les examens et ils te disent : ah, c'est vraiment super ce que vous faites ! Je fais une ordonnance, c'est normal, c'est mon métier, mais tu ne t'attends pas à ce qu'ils te disent : ah bah je change de médecin. (C1 acquiesce). Surtout pas ça, ça c'est vrai.

C6 : C'est vrai que quand tu as été le médecin traitant et quand tu reçois la feuille fin de contrat médecin traitant...

C4 : Alors là tu te poses des questions, tu te dis : ah, tiens, bizarre.

C2 : Qu'est-ce que j'ai fait ou qu'est-ce que j'ai pas fait ?

C6 : Forcément !

C2 : Ouais. Et bah pourtant, ça passait bien. Et là tu vois pouh, tu...

C6 : Mais bon, au milieu de tout ça, il y a des gens qui tournent une page aussi, qui ont des difficultés.

C4 : Oui, il y en a qui n'ont pas réussi à passer là-dessus parce que t'étais pas disponible.

C2 : Ouais,

C6 : C'est comme couper le cordon avec un psy.

C3 : C'est pas toi qui a une page à tourner, c'est le patient.

C1 : Oui, mais en même temps, il la tourne pour lui, et moi je tourne avec. Il a fait le chemin d'aller tourner la page et moi je l'ai pas fait et au moment où je m'aperçois que la page est tournée, et bien, j'étais pas prête à ça moi.

C5 : Non, mais, tu descends de ton piédestal, de ton pouvoir médical que t'as sur ces gens. Enfin, pouvoir...

C1 : Oui, c'est peut-être très très...

C6 : C'est narcissique, mais bon ben.

C1 : C'est narcissique !

C6 : C'est intéressant de le savoir.

C5 : Oui, bien sûr. Mais si ça ne te touchait pas ou que ça te blessait pas un petit peu, ça serait vraiment ...tu serais guéquette ou inconsciente, coconne quoi.

C7 : Oui, c'est vrai aussi.

C5 : Mais tu t'aperçois que c'est quand même beaucoup les cas graves. Pour une raison simple, c'est que tu es assimilé à jamais à la merde.

C3 : Oui, moi j'ai perdu plein de patient comme ça.

C7 : Ah bon ?

C3 : Je leur ai découvert un cancer et ils ont changé de médecin.

C7 : Ah bon ?

C4 : Oui, et tu récupères des gens où on leur pose un diagnostic de cancer. L'autre jour j'ai récupéré une dame qui a un début de cancer de pancréas qui vient me trouver pour que je la soigne, pour que je fasse la suite.

C3 : Ah ouais, tu vois, des trucs comme ça, c'est vrai. Il y a des changements de médecin à ce moment-là, c'est vrai.

C6 : Et c'est des gens qui disent : il a rien vu...

C1 : Oui, voilà, parce qu'ils sont déçus par rapport à...

C4 : Non, pas forcément.

C5 : Non, c'est beaucoup plus simple que ça. C'est beaucoup plus inconscient que ça.

C1 : On leur dit des choses à tous les niveaux, que ce soit grave ou pas grave, on leur dit des choses qui ne font pas plaisir, hein ? Il y a une maman qui m'a amené son petit parce que le médecin précédent lui avait dit que son petit était trop gros. Donc elle ne voulait plus le voir.

C5 : Et toi, tu lui as dit qu'il était trop gros ?

C1 : Non. C'est peut être aussi qu'ils attendent qu'on leur dise des choses qui font plaisir.

C8 : Tout est dans la façon de dire.

C5 : Oui, mais globalement, dire à une mère que son gamin est pas terrible.

M : Et vous pensez alors que la communication c'est important dans la relation ?

C6 : Oui. Ah bah, c'est sûr.

C1 : C'est la base, c'est une drôle de question ça !

C7 : Bah oui.

C6 : C'est le problème aussi.

C1 : On ne peut pas tout dire. Il y a des choses que tu retiens un peu.

C5 : Oui, mais communication, c'est moins de 10% de verbal hein ?

C4 : Déjà si on ne communique pas, on comprend déjà rien à pourquoi il vient, enfin....parce qu'il y a pourquoi il vient le médical et puis il y a plein de petites...autres choses cachées ou ça, donc...enfin cachées entre guillemets. Mais oui, on est bien obligé de communiquer pour déjà comprendre, comprendre le but de la consultation quoi.

C8 : Ecouter, déjà.

C4 : Oui, écouter. Et lui poser des questions pour se faire préciser des choses qu'on ne comprend pas forcément. Puis après, bah, ça communique hein !

C8 : Si tu les laisses parler déjà 2 minutes au début de la consult, on a déjà l'essentiel.

C2 : Ouais.

C5 : Sauf que dans la communication, il ne faut pas oublier que, tu vois, à peu près toutes les études du monde sont d'accord pour dire que t'as pas besoin de rien dire.

C2 : Et des fois t'en dis trop.

C5 : Et là on communique là sans se parler (*en s'adressant à C4*).

C4 : Non, mais t'as raison.

C5 : Bon, c'est compliqué de faire une consult de médecine sans parler mais c'est un peu comme le reste. Enfin, si, si ça se limitait à de la communication, on pourrait se passer de parler. C'est un peu plus que de la communication une consult de médecine !

C4 : Ouais.

C5 : Il y a de la technique, c'est indéniable. Ça c'est pas de la communication la technique, il y a du savoir, il y a du...connaissance, compétences, expérience disait mon vieux maître.

C3 : Oui, mais, il y a du savoir, mais en face, ton patient il va te poser la question à la fin de euh qu'est-ce que j'ai et puis il va vouloir essayer de comprendre un petit peu. Donc, oui, le savoir, c'est, c'est j'allais dire enfin c'est toi, c'est le médecin. Mais tu communique bien, si tu veux qu'il adhère à ce que toi tu veux lui faire faire, t'es bien obligé de communiquer, de lui expliquer un minimum.

C2 : Non, mais il y a des fois, en fait, tu anticipes au-delà de ce qu'il t'a demandé. Et puis tu as été trop loin. Et il était encore pas prêt à entendre...

C4 : C'est vrai.

C2 : Moi, j'ai perdu une patiente comme ça, qui est partie voir un autre médecin. Et j'ai bien, enfin, j'ai bien compris que ... Et son mari avait une SEP et il était de plus en plus handicapé. Elle, elle avait une arthrose vraiment très très importante et euh...elle pouvait en faire de moins en moins pour l'aider mais malgré tout, elle n'était pas prête à ce que je lui dise qu'à un moment, j'ai été beaucoup trop loin dans ce que je lui ai dit. Et je lui ai dit qu'il faudrait qu'elle envisage d'aménager la maison. Et en fait euh, j'ai outre passé ce qu'elle me demandait et euh...j'ai été, je l'ai pas écoutée et elle, elle avait pas du tout envie d'entendre ça. Et je lui ai dit des choses que je n'aurais jamais dû lui dire parce que c'était pas ce qu'elle me demandait. Et euh, du coup euh, j'ai euh, j'ai outrepassé ce que j'avais à faire, parce qu'elle était pas venue pour ça donc euh...il y a des fois, on n'écoute pas suffisamment euh...Et on veut bien faire, on veut anticiper, on voudrait les préparer. Et puis finalement, on va trop loin. Donc ouais, elle est allée voir un autre médecin.

C5 : Par exemple, pas besoin de parler euh...Je ne sais pas combien de fois, mais au moins une fois par semaine, ou deux fois, il y a quelqu'un qui me dit : j'ai pris de l'homéopathie, qu'est-ce que vous en pensez ou de la para médecine. Jamais je dis un mot, il n'y a pas besoin ! (*C5 fait la moue*). (*Rires de l'ensemble du groupe*)

C5 : Qu'est-ce que tu veux que je dise ?

C3 : Oui !

C5 : Dire c'est bien, c'est pas bien. Je m'en tape !

C7 : On ne te demande pas de juger hein ?

C5 : Non, mais la communication elle n'est pas verbale là !

C6 : Bah, là, t'as déjà tout exprimé !

C4 : Bah oui.

C5 : C'est ce que je dis. Il n'y a pas besoin que des mots.

C6 : Mais tu peux rester neutre aussi dans ce que tu ne connais pas.

C1 : Bah là c'est pas neutre hein ? (*Rire de l'ensemble du groupe*).

C6 : C'est important dans la communication de ...

C5 : De dire que je m'en tape ?

C6 : Non !

C8 : Dans un regard, de leur expliquer ce que tu penses !

C6 : De leur dire, je peux pas donner d'avis, je connais pas.

C5 : C'est pas que je ne connais pas !

C6 : Bah, alors...non, mais peu importe.

C2 : Il donne un avis non verbal.

C5 : Ouais. On pourrait partir dans la discussion tu vois exactement à l'envers. Ah oui, mais...Non !

C2 : Non mais c'est sûr que des fois c'est sûr que c'est difficile de rester neutre au niveau du visage, au niveau de notre attitude, au niveau de...

C6 : Mais c'est pas le but.

C2 : Oui, oui, oui. Mais il y a des fois, tu voudrais bien essayer de ne pas trop exprimer tes sentiments et euh...

C4 : Ouais.

C2 : Que t'as, tes expressions.

C6 : Mais ça, c'est un choix. Tu peux...

C5 : Hein, vous en pensez quoi docteur ? C'était quoi, vous êtes venu pour quoi déjà ?

C6 : Mais euh...par rapport au savoir et à la communication là, je pensais tout à l'heure. Le savoir médical avec des référentiels et tout, ça, c'est exploitable que si on a un matériel, qu'on a eu par la communication d'avant. Sinon, on n'en fait rien. C'est-à-dire, il faut avoir eu l'écoute pour savoir, suffisamment de données pour pouvoir les exploiter avec des référentiels. Donc euh...la communication, l'écoute quoi. Moi, j'avais été scotché dans...de lire comme Winckler il exprime bien les choses. Il disait, faites l'expérience de vous asseoir derrière votre bureau et de dire vous venez pourquoi et puis faites une autre fois l'expérience de vous asseoir de vous mettre contre le dossier et de dire, je vous écoute. Et vous verrez que c'est extraordinaire ! C'est fabuleux la différence. Mais ça prend un peu plus de temps.

C2 : Pas forcément !

C6 : Quoi ?

C2 : Non, pas forcément, parce que apparemment...

C6 : Ça peut prendre un peu plus de temps

C2 : Il disait que si tu les laisses parler, bah, finalement, tu perds beaucoup moins de temps que quand tu...tu les interrogues et que tu diriges les choses. Et en fait, en quelques temps, en leur laissant dire les choses et bien ils t'ont tout dit.

C6 : Quand tu dis vous venez pourquoi, tu laisses dire après. Mais tu as dit vous venez pourquoi. C'est-à-dire qu'ils sont tenus de donner un motif.

C4 : Enfin, quand ils viennent te voir, avant d'avoir franchi la porte, quand ils sont en salle d'attente, ils viennent pour un motif.

C6 : Mais ça n'empêche pas. Mais il ne sera pas exprimé de la même façon. Et puis si ça se trouve, ça va changer en cours de route entre la salle d'attente et la visite.

C7 : Mais tu veux faire de la psychothérapie ?

C2 : Non, non, non, non, non. C'est euh...

C6 : Tu appelles ça comme tu veux. Mais voilà.

C7 : C'est juste de l'écoute, ça peut quand même partir dans tous les sens.

C6 : Après tu fais comme tu veux, selon comme tu te sens à l'aise. Maintenant, je ne dis pas ça à tout le monde, toute la journée. Sinon, je ne finirais pas...Voilà. Et puis, ceux qui ont pris rendez-vous pour une grippe, je ne leur dis pas : je vous écoute. (*Rires de l'ensemble du groupe*).

C5 : Tu me la refais la phrase de Winckler là !

C6 : Je vous écoute !

C5 : C'est ça qu'il faut dire ?

C6 : Ah, mais je n'ai pas dit qu'il faut.

C5 : Non, mais c'est ça qu'il a dit Winckler ?

C6 : Tu dis...

C5 : Non, mais parce que j'ai lu 2 – 3 fois Winckler et ça m'a beaucoup énervé mais ça j'y trouve pas bête !

C6 : Fais l'expérience.

C5 : En l'occurrence, je suis en train de m'apercevoir que je dis tout le temps je vous écoute.

C6 : Tu démarres tes consult en t'asseyant et en disant vous venez pour quoi ? Ou en disant je vous écoute ?

C5 : Il y a une différence ?

C6 : Ah ouais ! A propos de Winckler, lisez tous le dernier livre qui est extraordinaire. Ça s'appelle : « En souvenir d'André », et c'est un accompagnement à la douleur, aux soins palliatifs.

C8 : Ah ouais, ça à l'air super *(sur un ton ironique)*. *(Rires de la plupart des participants)*.

C6 : Et c'est, et c'est super gai, c'est super gai.

C8 : Ah ouais ?

C7 : Si c'est rigolo alors.

C6 : Et c'est très bien écrit ! Et c'est pas un très gros bouquin, contrairement à ce qu'il fait d'habitude. Non, c'est dans l'esprit de faire bouger un peu pour l'euthanasie.

M : Quelle place vous accordez, vous accorderiez aux émotions dans la relation ?

C1 : A nos émotions ou aux émotions du patient ?

M : Les deux.

C7 : Alors moi des fois, il y en a qui m'énerve. *(Rires)*

C7 : Mais je ne leur montre pas. Je... *(mime une grimace)* je les raccompagne à la porte et je fais des grimaces ou des trucs comme ça.

C5 : Ah ouais, ça, ça te soulage, mais ils y voient quand même !

C7 : Non, ils ne le voient pas. Mais ça me soulage, ça fait du bien.

C3 : Mais c'est sûr qu'ils le voient.

C2 : C'est sûr que oui.

C7 : Non, mais non.

C3 : C'est sûr !

C5 : Y compris ceux que tu charmes, ils s'en rendent compte hein ?

C4 : Non, moi, je ne charme pas mes patients.

C3 : On m'avait dit : « ça ne se voit pas mais ça se transpire ». *(Rires)*

C7 : Justement c'est de faire des grimaces et de lâcher là. Ils le sentent tu crois ?

C2 : Ah ça c'est sûr que oui.

C3 : D'accord. Même que l'on sent eux quand ils sont énervés ou qu'ils sont verts ou qu'ils sont ...

C2 : Non, mais ils ressentent bien toutes nos émotions hein ?

C3 : Bien sûr !

C2 : Euh, quand t'es pas comme d'habitude, ils te disent « tout va bien docteur » euh...en finissant la consultation « vous avez l'air un peu fatigué »...

C5 : Tu parles, c'est le cerveau limbique. C'est évident. Tout le monde ressent les émotions de celui en face.

C2 : « Vous avez pas des soucis ». Enfin...

C5 : Après, que tu les interprètes correctement ou pas c'est un tout autre problème !

C2 : T'es moins ouvert, t'es moins souriant.

C5 : Tu les subis, tu les ressens. C'est comme les tortues entre elle.

C2 : Enfin, t'as pas la même posture. Mais bien sûr que si, ils ressentent tout, et ils voient bien tout, hein ! Ça c'est euh...donc tu voudrais ne pas les laisser euh...transparaître tes émotions. Forcément qu'elles transparaissent. Ça c'est sûr !

C7 : Les leurs aussi d'ailleurs.

C5 : Tu confonds tes émotions et tes pensées.

C2 : Je pense que oui...

C5 : Tes pensées automatiques, ils sont pas obligés de les deviner ! Connard de connard ! (*Rires de l'ensemble du groupe*).

C5 : Ça non, ça ça passe.

C8 : Des fois ils nous racontent des trucs. Et là tu te dis mais qu'est-ce que je m'en fous. Alors ce matin, alors que je buvais mon café et que mon mari était parti...Alors là je me dis mais c'est pas possible, je ne vais pas savoir pourquoi elle vient.

C6 : Tu sais comment on appelle ça en psy ? Il faut se mettre en écoute flottante !

C8 : Et là je regarde le patient ou la patiente et je me dis bon, bah, on va accoucher ou pas. Alors qu'elle n'est encore pas venue pour ça. (*Rires*)

C3 : Alors moi, dans ces cas-là, je leur dis : « mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse pour vous ? ». Tu essayes de ramener au médical. Alors qu'est-ce qu'il s'est passé ? Venons-en au fait.

C6 : Mais c'est vrai que quand elle t'a tout déballé et que tu ne sais plus où tu en es...

C3 : Bah, il y en a qui dise : « que vous m'écoutez ». Ah, bah, j'avais pas compris que c'était que ça.

C1 : Moi, je ne lutte pas vraiment contre mes émotions. Moi, je ne suis pas contente, je ne suis pas contente. Quand je suis contente, je suis contente. Quand je suis heureuse, je suis heureuse. Je leur dis. C'est pas quelque chose qui pour moi est un critère euh...de bonne ou de mauvaise consultation. On ne peut pas penser médical, faire attention à ce que dit le patient, lutter contre ses émotions, renfermer tout pour pas que ça transpire euh...

C5 : Tu ne peux pas lutter contre tes émotions, ça n'existe pas.

C1 : C'est pas possible. Il me raconte quelque chose d'agréable, je suis contente avec eux. Quelque chose de désagréable, et bah, je suis désolée pour eux euh...Et bon, j'essaye de ne pas me laisser embarquer dans quelque chose de trop...de trop envahissant mais euh...ça fait partie de la consultation. Surtout avec des gens qu'on connaît bien, depuis longtemps. Il faut pas simplement se cantonner dans un registre bien étroit, juste être à l'écoute de qu'est-ce qui vous arrive euh...C'est... il y a quand même un échange, euh, bon, sans se livrer personnellement mais il y a un échange qui fait partie...moi...bah, de mon travail.

C7 : Tu peux plaisanter avec eux, et tout. Oui, ça n'empêche pas !

C2 : Mais cet échange, c'est ce qui fait que c'est super agréable de faire se boulot !

C1 : Voilà, vraiment, ça fait partie...

C2 : On n'est pas que des machines à faire de la médecine. Et c'est...

C1 : Ça fait partie des choses.

C6 : Il y a beaucoup de patient qui t'apportent beaucoup, hein ?

C3 : Ah, bah, ouais. Après c'est équitable.

C1 : Après bon, il ne faut pas qu'il y ait trop d'émotions dans la journée parce que sinon, c'est très fatigant quand même. Il y a quand même un certain nombre de patient. Mais ça...ça me va bien. Toutes ces petites histoires mises bout à bout toute la journée. Il y a des choses, je suis un peu voyeuse, c'est vrai. Euh, mais ça fait aussi partie de la connaissance du patient, de sa famille. Et puis euh, il y a des consultations qui sont un peu euh...comment dire...qui...qui apaisent un peu la journée où il ne se passe pas grand-chose effectivement. Un rhume, une otite, c'est cadré. Voilà ! C'est la journée continue comme ça avec des grosses émotions, et puis des moments de calme plat. Ça s'équilibre. Moi ça me va, comme ça.

C8 : Bah, moi, je trouve qu'au contraire, si tu as des problèmes et bien, il ne faut pas que ça parasite la consultation. Je ne vais pas être très disponible pour m'occuper des patients. Donc au contraire, je vais mettre ça de côté et puis je vais me concentrer sur le patient enfin, sur lui.

C1 : Tu veux dire dans ta vie personnelle ?

C8 : Oui, tu dis (*en s'adressant à C1*) si je ne suis pas contente, je leur dis.

C4 : Mais tu ne parles pas de ta vie personnelle là ?

C1 : Ah, non, non, non, pas du tout.

C4 : Tu parles des choses qu'ils te renvoient en fait ?

C1 : Tout à l'heure tu prenais l'exemple du gouter (*en s'adressant à C4*) qui trainait dans la salle d'attente. Et bah, c'est fréquent que les consultations se passent à 2 ou 3 dans le cabinet, la mère, les 2 enfants, ou la mère, le père, les 2 enfants. Et bien, il y a du monde dans le cabinet, et puis les gamins commencent à toucher tout. Il y a un moment je ne dis pas : «est-ce que les enfants peuvent arrêter de toucher », hein ?

C3 : Ah, non ! ça c'est mon espace. Alors toi, tu vas aller t'asseoir là ! Et puis on va écouter maman. (*Rires*).

C6 : Le problème c'est surtout que maman, elle ne sait pas le dire !

C3 : C'est ça, c'est ça. Mais si tu le dis, la mère, elle redit, elle reformule ce que tu viens de dire.

C1 : Pas toujours !

C3 : Non pas toujours.

C5 : Pas toujours. (*Rires*).

C1 : Ça fait aussi partie de la vie du cabinet et de la consultation hein ?

C6 : Ça fait partie des gens qui ne supportent pas que tu interviennes là-dedans et qui vont voir ailleurs parce que...

C8 : Mais en général, eux aussi, ça les parasite dans la compréhension de ce qu'on est en train d'expliquer et de partager. Et finalement, ils ne sont pas si mécontents qu'il y ait une coupure.

C6 : Ah ouais, nan, mais tout à fait. Moi, je fais pareil.

C8 : Après ils n'apprécient pas forcément sur le moment, mais il faut qu'ils comprennent qu'il faut aussi qu'on entende quelque chose.

M : Qu'est-ce que vous attendez dans une consultation au niveau de la relation ? C'est quoi vos attentes de la relation dans une consultation ? Vous attendez quoi entre vous et le patient ?

C5 : T'as des questions qui plombent oh eh ! (*Rires*)

C7 : Ça dépend du patient, ça dépend du motif, ça dépend de plein de chose. On n'attend rien en particulier.

C5 : Bah, 23 euros.

C7 : C'est un échange qui se fait. (*Rires*)

C3 : On l'a pas encore évoqué, mais tu as raison !

C5 : Bah, ouais, on fait pas notre métier pour ramener des cacahuètes hein ? Sinon, il y a un tas d'autres trucs prévus. (*Rires*)

C2 : Non, mais on en revient au début, à arriver à un consensus hein ?

C3 : Ouais. Après euh...

C5 : Ça fait plusieurs personnes qui disent ça, mais, consensus...

C8 : Moi, j'aime bien comprendre comment fonctionnent les gens, ça m'intéresse. Donc c'est vrai que j'aime bien parler un peu de leur vie privée euh, enfin les faire parler un peu d'eux, ou de leur vie, ça améliore toujours un peu la relation et puis ça ouvre à des choses. Et euh, je trouve, ouais, quand on commence à bien connaître les gens, c'est agréable, on les revoit. On comprend les interactions avec les autres personnes euh...enfin, il se passe plein de chose donc c'est intéressant.

M : Et les patients, ils en attendent quoi de leur relation avec le médecin, à votre avis ?

C6 : Bah, peut-être qu'on pourrait simplifier par avoir une réponse à ce qui...à leur question. C'est tout. Mais le problème principal du départ c'est quelle est la question ? Pour nous. Donc peut-être que le...le, le... la relation qu'on attend idéale c'est qu'ils puissent... qu'ils arrivent à s'exprimer correctement sur ce qu'ils veulent. Et qu'on soit capable de le reformuler dans... avec leur, leur...et qu'ils en soient d'accord. Parce que je crois c'est, enfin...c'est, c'est assez vite fait d'avoir notre interprétation personnelle, quand on est pressé. A partir de 3 mots, de se faire embarquer sur... Et il y a des surprises terribles !

C7 : Oui, mais il y a des patients qui attendent ça aussi ! Ils sont pas tous à vouloir s'exprimer euh...

C6 : Oui, mais, la question c'est pas lui dire tout de suite tiens, est-ce qu'il.... Mais la généralité, c'est quand même de cerner assez rapidement le patientfaire un résumé assez rapide y compris du dossier, le sujet de la consultation et...ou les sujets, pour partir après sur quelque chose de plus complet. Et puis d'avoir euh...Moi, je trouve qu'on...Un des, un des trucs qui passe bien c'est de, de faire euh...de reformuler et de demander confirmation. C'est bien ça ?...C'est euh, c'est assez vite fait ça. Et puis euh...plus ça va, plus tu te dis euh...je leur demande s'ils ont d'autres questions. Ceux qui te disent non, bah, voilà je...(*Fait le geste d'arrêter*)

C8 : Moi, aussi, je fais ça aussi, ça te permet de ne pas en avoir d'autres sur le palier !

C6 : Et puis qu'il ne soit pas...avant qu'il soit rhabillé.

C3 : Voilà.

C6 : Parce que le coup de se rhabiller et de dire à bah, j'ai oublié de vous montrer le bouton.

C4 : Bah, c'est de la multiple consultation ça alors.

C6 : Euh, oui.

C7 : C'est toi qui propose ?

C6 : Oui. Moi, ça ne me dérange pas les multiples consultations. Je ne sais pas ce que vous avez contre. C'est quand même pas difficile de regarder un bouton quand quelqu'un est torse nu ou voilà.

C4 et C7 : Oui.

C5 : Non, mais le dosage des anticorps anti poil de cul que tu connais pas. Pour les analyser, c'est pas facile. (*Rires*).

C5 : J'ai eu les ACTH là tout à l'heure. Bah qu'est-ce que vous en pensez ?

C6 : C'est quand même pas courant dans notre journée.

C5 : ACTH mon pauvre garçon...Il faut regarder sur le Vidal pour voir ce que ça donne. (*Rires*)

C5 : C'est pas courant, mais c'est ce qui nous pose des difficultés dans la consultation. Quand la relation est harmonieuse, que tu vas le chercher avec plaisir, qu'il vient avec plaisir, que le truc est pas compliqué, qu'il y a une...et puis que le diagnostic, pour peu qu'il y ait un diagnostic, ça roule. Bah, voilà, ça roule, t'es content. Le patient est content. Et tout va bien. Et il n'y a pas besoin de faire des thèses, et il n'y a pas besoin de mettre des cadres. Et voilà. C'est quand ça sort un peu de tout ça que ça devient problématique ! Et, et...on est à peu près tous d'accord pour dire que la principale problématique, c'est le chronomètre. C'est le chronomètre !

C6 : Non, c'est le...c'est le...

C4 : Si, si.

C5 : Non, mais il y a des exceptions qui sont prêts à garder les patients très longtemps et à qui ça ne leur pose pas de problème ! Tant mieux pour eux hein !

C6 : Le chronomètre est un problème, mais...mais, mais, je veux dire, toutes les...toutes les interrogations euh, d'opinion de médecin en France, ce qui leur manque, même avant l'argent, c'est quand même le temps.

C6 : Non, mais je ne dis pas qu'il ne manque pas de temps. Je dis que ce qui est le plus dérangeant, c'est quand il y a une difficulté à établir la relation. C'est pas très souvent, mais... ça c'est encore plus dérangeant.

C5 : Ouais, ouais, ouais. C'est drôlement dérangeant.

C1 : Mais c'est dérangeant pour qui ? Pour lui, pour nous ?

C6 : Pour moi !

C1 : Il y a un certain nombre de patient, qui viennent au cabinet comme des consommateurs ! Ils arrivent, ils ouvrent la porte. Ils ont 1, 2 ou 3 problèmes. Ils ont besoin de ci, de cela. Savoir qui tu es, ce que tu vaux, si t'es un bon médecin, si tu fais les choses correctement, si tu suis bien les référentiels, si tu sais l'écouter ou pas, c'est pas son problème. Lui, il vient pour ça, ça, ça. Et d'ailleurs, il ne demande pas son reste. Il se déshabille, tu l'examines. Docteur, mon ordonnance. Il a déjà préparé le chèque chez lui. La carte vitale est déjà sur le bureau alors que toi, t'es encore pas assis au tien. Et puis, et puis voilà, c'est terminé.

C5 : Et le principal critère de qualité, ça sera si tu as pris la tension ou pas !

C1 : Exactement ! C'est exactement ça. (*Rires des autres participants*).

C6 : Après t'adhères ou t'adhères pas.

C1 : Mais, oui, mais je pense que les critères relationnels que nous, on va évaluer comme étant quelque chose de bon, qui nous satisfait, c'est probablement pas du tout les mêmes que celui le patient attend.

C3 : C'est clair !

C1 : Donc euh...des patients qui sont des...c'est pas des exigeants en fait. Mais même à la limite, on est presque un peu désappoin...enfin, pas désappointé mais on fait notre travail, alors, comme on nous a demandé de le faire à la fac. Tu sais qu'il y a une marge, mais là alors c'est exactement ça. Et puis euh...la tension était à 15 alors qu'il te sort un papier. Il y a tout noté, 15/10, 15/9, 16/8, euh...Regardez Docteur, il y avait 17. Pof, tu montes le traitement antihypertenseur, il ne voulait que ça. Il s'en va, il est content. Terminé.

C6 : Mais c'est...

C1 : Non, mais moi, je ne suis pas frustrée à la fin de la consultation. Globalement, lui, il est content, il n'y a pas de relation en fait, enfin, ou il y a une relation qui n'est pas celle que je trouve humaine...

C8 : On est prestataire !

C5 : C'est une relation hygiénique ! Si c'est que ça, tu deviens fou. Mais quelques-unes dans la journée...

C3 : Je ne me pose même plus de question, ça devient ridicule.

C4 : Mais quelque part dans cette consultation-là, c'est la relation que le patient est venu chercher.

C1 : C'est involontaire. Il ne viendrait pas, il y en aurait un autre à la place. C'est là aussi que tout est biaisé. C'est qu'en fait, il y en a un qui vient pas parce qu'il a préféré aller en voir un autre. De toute façon, le trou de la consultation sera pris par quelqu'un. Donc c'est même pas alimentaire. C'est, il est là, donc je le fais parce qu'il est là. Point final.

C6 : Ouais, et puis, un jour, il va avoir des soucis et il viendra te parler.

C1 : Ah bah, ce jour-là, je n'aurais pas trouvé du temps pour lui ce jour-là. C'est aussi ça. Parce que, pas de relation, pas de relation.

C5 : Pas de bras, pas de chocolat ! (*Rires*)

C1 : C'est important à dire parce qu'on parlait du temps...

C7 : Là tu vois, je suis d'accord avec C1.

C1 : Mais c'est quand même vrai, quand on prend nos rendez-vous, quand on a quelqu'un dont on sait que ça va durer longtemps parce que la relation est compliquée...

C3 : Bah tu t'organises !

C1 : Bah, tu t'organises pour ça. Moi, aujourd'hui, commencer le boulot à 7h30 et finir à 19h30 le soir, en me disant qu'en plus je vais consacrer une heure à quelqu'un qui de toute façon depuis 5-6 ans, c'est exactement, toujours...a toujours le même euh...a toujours le même comportement, et bah, je ne suis pas organisé pour. Ce jour-là, peut-être qu'il voudrait parler, mais moi...Il y a pas la relation qui fait que je suis disponible, puisqu'on parlait de disponibilité, pour faire ça ce jour-là.

C6 : Bah, je suis d'accord totalement.

C5 : Et on n'a pas à culpabiliser.

C3 : Surtout pas !

C1 : Non, non.

C4 : Bah moi, le jour où il voudra parler bah, je l'écouterais.

C6 : Bah oui.

C4 : S'il vient pour ces antibio. Si voilà euh...Mais si un jour il veut parler. Toi tu ne l'écouteras pas ?
(En s'adressant à C1)

C1 : C'est pas que je ne veux pas l'écouter, mais je ne serais pas dans une relation euh...de...construite en fait.

C4 : Oui, mais il peut changer le patient. Il peut avoir effectivement un souci et puis euh, alors qu'avant tout roulait comme ça, et puis...

C1 : Oui, oui, oui, oui.

C4 : Et puis après il peut y avoir quelque chose de nouveau. Il peut y avoir quelque chose qui le fait parler.

C1 : Oui, mais tu sais, pour moi, c'est pas une consultation, euh...euh, sur le fond. C'est pas une relation euh...nouvelle. Oui, oui, je resterais attentiste.

C3 : Des fois, tu ne connais rien de leur vie et c'est au bout de 2-3 ans que ah... Tu te rends compte qu'il s'est passé ça, ça, ça, des trucs euh, terribles. Et euh, pendant des années, t'as ignoré euh complètement euh, tout.

C2 : Parce qu'ils avaient pas non plus envie de le dire.

C3 : Parce qu'ils avaient pas envie, voilà.

C2 : Ceci dit...

C3 : Donc le jour où ils ont envie, et bah, pourquoi pas quoi !

C1 : Non mais je suis pas enfin...

C2 : Mais par contre tu peux te...

C8 : C'est souvent au bout de...

C2 : Si tu sens qu'il y a un.

C4 : Non, mais justement, le fait qu'il s'exprime c'est sûr que là c'est parce qu'il sent qu'il y a une confiance, qu'il y a quelque chose.

C1 : Mais c'est consacrer du temps à une relation...

C3 : Mais c'est moins que s'il était très comme ça, assis,

C7 : Les gens qui reconsultent régulièrement, c'est que quand même, il y a un petit...Déjà, il y a la confiance ça c'est sûr.

C5 : Non, mais ils reviennent parce qu'ils ont un intérêt, point !

C1 : Exactement.

C5 : C'est tout. L'intérêt, l'intérêt peut être très très varié alors bon...très scientifique, très subjectif, très inconscient, très maso, très ce que tu veux, mais ils reviennent parce qu'ils ont un intérêt, sinon, ils ne reviendraient pas.

C4 : Mais ça reste une bonne relation quand même puisqu'ils reviennent.

C6 : Mais ça, c'est le principe général de la vie.

C5 : Ah oui ! On n'y échappe pas à celui-là.

C6 : Et certains ont un intérêt totalement affectif.

C5 : Bien sûr.

C3 : Ouais.

C8 : C'est quoi la question du début déjà ?

M : C7 parlait de confiance. Qu'est ce qui inspire la confiance dans la relation selon vous ?

C5 : Le secret !

C7 : Ouais, c'est vrai, le secret c'est quand même la base.

C3 : Ah bah oui, c'est la base.

C5 : Et c'est pour ça qu'il ne faut pas se laisser emmerder par tous les saligots qui veulent venir mettre leur grain de sel là-dedans. *(Rires de l'ensemble du groupe)*

C5 : Depuis 1942, le grand démocrate Philippe Pétain, ... *(Rires)* Ils ont fait l'ordre des médecins, eh bah, le premier truc c'était le secret. Et là, s'il n'y a plus de secret, ça devient compliqué.

C6 : Mais où est-ce qu'il n'y aurait plus de secret ?

C5 : Ça leur ferait tellement plaisir qu'il y en ait moins !

C6 : Qui ?

C5 : Bah, les décideurs euh...payeurs soi-disant.

C6 : Mais le secret, c'est pas combien tu as de diabétiques dans ta clientèle, c'est ce que la personne t'a dit.

C5 : Ce qu'elle a dit ou ce qu'elle a tout court !

C6 : C'est les confidences qu'ils t'ont faites.

C8 : Ou ce qu'elle est.

C5 : Ou ce qu'elle a tout court. C'est pas une confidence. Le fait d'avoir le diabète par exemple.

C6 : Non, mais ce n'est pas nominatif.

C5 : Ah bon ?

C6 : Si on te dit t'as trente diabétiques dans ta clientèle.

C5 : Et tu crois peut-être qu'ils ne te donnent pas les noms des 30 diabétiques.

C4 : Attends, toi, quand tu fais un protocole de soins, tu crois que tu ne donnes pas le nom du patient et son diagnostic ? Si, il n'y a pas de secret.

C5 : Une partie du secret est déjà galvaudé depuis des années et des années, c'est pas la peine d'aller plus loin.

C1 : Moi j'ai un patient, un patient diabétique type 2 qui a refusé que je fasse un protocole de soins

C3 : Oui, du coup, il y en a qui ne veulent pas.

C1 : Oui, il y en a qui ne veulent pas être à 100% parce que ça induit plein de...

C2 : Pour les assurances tout ça.

C1 : Oui, exactement.

C5 : Oui, et ils ont peur qu'un jour les assureurs privés aient accès aux fichiers de la sécu, ce qui est tout à fait plausible et probable dans l'avenir.

C2 : Et dans les, dans les trucs euh de prêts, c'est marqué : êtes-vous à 100% euh...

C7 : Oui, il y a un item.

C5 : Ouais, il y en a qui le demande.

C6 : Mais on tourne autour du pot là parce que l'assurance, si tu as un souci, s'il voit que tu es diabétique, tu ne seras pas pris en charge que tu l'aies déclaré ou pas.

C4 : Oui, t'es pas à 100% mais t'es diabétique donc pour l'assurance, c'est pareil.

C8 : Oui, mais bon, ils vont te demander si tu prends des médicaments donc c'est encore pire je trouve.

C5 : Oui, enfin, voilà. Le secret médical se dilue petit à petit. Il reste effectivement, ce qui est dit comme ça bon. Mais je reste persuadé que nos décideurs ça les fait grandement chier. Les curés, ils n'ont plus aucun pouvoir euh...ils ne dépensent quasiment rien donc euh pffff.

C8 : Il n'y en a quasiment plus.

C5 : Ce qui est bien ou le secret de confession euh...Mais nous, ça ne leur plaît pas. Nan, nan, nan.

M : Il y a autre chose qui inspire la confiance à part le secret médical ?

C6 : On ne définit pas bien le relationnel.

C2 : Moi, je dirais l'honnêteté.

C6 : Le feeling qu'on a à se faire comprendre ou pas.

M : ouais.

C6 : Ça a déjà été...il y a des mots qui vont avec ça ? Non ?

C5 : Pour que la personne ait confiance, il faut que tu sois, quoi qu'il en soit, compétent. Après, lui, il baisse son degré de compétence...celui d'en face... degré de compétence où il veut. Il t'estime compétent donc...S'il vient te voir c'est quand même qu'il t'estime compétent.

C3 : Tu sais, il y en a qui te disent : il était très compétent ah bah, il était gentil.

C5 : Oui. (C3 rit)

C3 : D'accord... (fait la moue)

C5 : C'était son critère !

C3: Il y en a d'autres qui ont pour critères que tu sois bien habillé, que le cabinet soit propre, qu'il prenne à l'heure euh, voilà.

C1 : Est-ce qu'il peut juger de ta compétence ?

C7 : C'est subjectif.

C5 : N'empêche, il y a très peu de patients qui viennent te voir s'il t'estime incompetent.

C1 : Oui, mais ils ne peuvent pas juger de ta compétence en fait. Tes confrères oui, mais le patient.

C6 : Même les confrères, attends !

C5 : Les gens sont relativement persuadés que tu es compétent s'ils viennent te voir !

C3 : C'est normal, c'est normal, ils ne vont pas aller voir quelqu'un d'incompétent parce que en générale c'est une image négative que tu as de toi-même si tu vas voir quelqu'un d'incompétent. Donc forcément...

C5 : Donc forcément leur médecin est compétent.

C2 : Ouais, t'en as quand même quelques-uns qui débarquent parce que tu es tout proche, parce qu'ils viennent d'arriver dans la région, parce qu'ils ne connaissent personne et puis voilà qui viennent mais souvent c'est parce que quelqu'un leur a dit qu'il venait là, ils viennent aussi, et puis euh...

C6 : Mais j'ai l'impression que vous ramenez beaucoup à la...à la technique et à la...aux connaissances médicales, mais le relationnel, c'est pas ça, c'est la technique. Les meilleurs relationnels, c'est les commerciaux ! Ceux qui font n'importe quoi, qui s'occupent des régimes, de ceux qu'on n'aime pas trop. (C4 sourit)

C4 : Nan, mais...

C6 : Nan, nan, mais qui font du commerce ou de l'esthétique ou un machin comme ça. Ils ont un baratin d'enfers et ils ont un relationnel incroyable ! Mais c'est euh...c'est un global !

C4 : Voilà !

C7 : Nan, mais bien sûr que si on fait du commercial.

C6 : Mais il n'y a pas que du négatif. Il y a une façon de s'y prendre pour avoir la confiance. Mais, mais de s'en servir euh, honnêtement et positivement. Et l'histoire de...je ne suis pas très calé, mais c'est des choses que...voilà. D'abord il y a des gens qui l'ont et des gens qui ne l'ont pas. C'est pas par hasard qu'il y a des médecins qui font de la psy et d'autres qui font que de la chir ortho ou qui font des images...bah, c'est pas par hasard.

C5 : Non, c'est pas par hasard.

C6 : Et ça, euh, bon, ça ne s'apprend pas.

C4 : Non

C5 : Ça s'analyse...

C2 : Ouais, je pense qu'au départ, t'as un choix qui...

C6 : Après si ça devient une technique apprise, c'est...

C1 : Bon, je pense que dans le relationnel, on construit euh, on construit notre patientèle. En fait, on a tous une patientèle qui correspond à ce qu'on attend de...(C3, C4, C5, C6 acquiescent) de notre relation, hein ?

C2 : Bien sûr !

C1 : Moi, je ne pourrais pas...Nous, alors, dans le cabinet, c'est flagrant, euh, il y a, il y a des patientèles complètement différentes qui vont vers l'un ou vers l'autre, euh, ça c'est, c'est flagrant, parce que les patients n'attendent pas la même chose, le médecin n'attend pas la même chose, ne donne pas la même chose. Et ça fonctionne très bien comme ça (C1 sourit). Et du moins, on n'est pas interchangeable ! C'est ça qui...

C6 : Et tant mieux !

C1 : Oui, mais, c'est...c'est assez surprenant quand même !

C4 : Oui, nous c'est pareil, hein ? On est complètement différentes.

C1 : Oui, mais nous aussi.

C6 : Dans toutes les clientèles c'est comme ça.

C3 : Quand il y en a qui partent en vacances et que tu remplaces l'autre, tu sais comment tu vas t'organiser parce que...

C1 : Mmmh, difficile, hein ?

C5 : T'as un petit pourcentage qui arrive quand même à ...

C1 : Très petit, très petit (en répondant à C5). Mais sinon, c'est difficile.

C7 : Pourtant moi, j'ai pas l'impression d'être indispensable, je...

C1 : Non, non.

C2 : Non, on n'a pas dit qu'on était indispensable.

C7 : Les patients qui viennent me voir, je suis sûr qu'ils iraient voir un autre euh, de la même façon et voilà.

C6 : Pas de la même façon !

C7 : Non, pas de la même façon.

C6 : C'est quand même assez personnalisé mais avec une même base. Ça ne le serait pas si c'était pur technicien.

C1 : Je pense que dans la confiance, il y a une part de respect aussi, dans la relation euh...entre le médecin et le patient. C'est vrai que quand on va chercher le patient, on leur dit bonjour dans la salle d'attente. Moi, je trouve ça agréable ce petit moment, on se dit au revoir, euh...Ceux qui arrivent en faisant du bruit en... qui ne disent pas bonjour et qui s'installent à 4 ou 5 dans le cabinet médical euh...Et quand ça ne sent pas bon en plus, euh, et bah, c'est, c'est une relation...c'est une consultation très compliquée. *(C5 marmonne quelque chose incompréhensible)*

C3 : Qu'est-ce que t'a dit ? *(En s'adressant à C5)*

C1 : Il me demande si j'étais au Louvres.

C5 : Qu'elle était au Louvres.

C4 et C3 en même temps : Pourquoi ?

C5 : Tu sais qu'ils ont viré...

C2: Non, c'était au musée d'Orsay.

C5 : Ah, c'était au musée d'Orsay ? Offff !

C3 : Ah oui, ils ont viré des gens, je ne sais pas quoi...

C1 : Non, mais pendant la consultation, c'est pas très agréable. Et pendant que tu en examines un, il y en a un qui te demande s'il peut aller se peser. C'est du vécu, hein...

C5 : Oui, oui, oui, oui, oui. Alors, pour le coup, pour le coup, euh, un patient seul, ça manque pour les enfants. C'est plus compliqué encore que, de temps en temps, c'est la solution, mais un patient seul c'est vachement plus simple dans une relation.

C1 : Ah oui, ça c'est sûr.

C8 : Ouais, parce que les couples où tu poses une question au mari et il y a la femme qui n'arrête pas de répondre.

C4 : Alors ça, ouais...

C8 : Et tu leur dis mais c'est à lui que je pose la question.

C5 : Ouais, mais là, c'est pareil, il n'y a pas besoin de parler.

C8 : Elles ne peuvent pas s'en empêcher.

C1 : Maintenant, je ne vois plus les couples ensemble, je les fais venir un par un dans le cabinet.

C7 : Après tu te fais une autre idée euh. Mais ça peut permettre d'y voir plus clair sur la pathologie, sur voilà. *(C6 rit)* Bah, oui ! Mais pas à chaque fois.

C4 : C'est comme quand tu vois les parents avec leurs enfants.

C1 : Mmmh (*acquiesce*).

C4 : Tu vois comment fonctionnent les systèmes, euh, leur milieu familial...c'est l'avantage du médecin généraliste hein ?

C6 : C'est surtout à domicile.

C4 : Ouais, les domiciles, mais on n'en fait plus trop.

C6 : Ah ouais ? Je ne comprends pas que les généralistes ne fassent plus de domicile.

C8 : On a trop de temps aussi (*sur un ton ironique*).

C1 : Ouais, ça doit être ça, hein ?

M : Est-ce que vous pouvez évaluer la relation que vous avez avec votre patient ? Est-ce que vous avez des...Est-ce que vous vous posez la question ? Est-ce que vous avez des trucs, des petites choses ? Est-ce qu'à la fin de vos consultations, vous vous dites : ah, tiens, comment ça s'est passé, euh ? Est-ce que vous l'évaluez ?

C5 : Un biofeedback auto euh... (*Rires du groupe*).

C6 : C'est une maladie rare je trouve en ce moment de vouloir tout évaluer.

C4 : De vouloir quoi ?

C6 : De vouloir tout évaluer tout le temps.

C3 : C'est pas forcément d'évaluer, ça peut être un débriefing, de souffler un coup et d'aller prendre un café pour ...(souffle)....repartir sur de bonnes bases en se disant, bon allez, on repart à zéro.

C6 : En parlant avec le patient ?

C7 : Non, toute seule, toute seule.

C3 : Ah, tu veux dire avec le patient ?

C6 : Oui, enfin.

C3 : Ah bah, non !

C1 : D'une certaine façon quand tu leur poses la question euh...est-ce qu'il y a autre chose à voir ou euh...

C3 : Oui.

C1 : Oui, ça fait partie de la conclusion de la consultation. Soit ça va la fermer, soit ça va la...et ...soit effectivement il avait...il n'est pas content et il y a quelque chose qui, qui n'a pas été réglé ou correctement abordé, et il peut dire...enfin...revenir sur le sujet. Mais euh, puis jusqu'à ce que ça le satisfasse.

M : Non, non, mais à postériori.

C6 : Non, mais c'est plutôt quand il y a des choses à expliquer, vérifier qu'ils ont compris.

C5 : Ou alors pourquoi à la consultation d'après, de temps en temps, tu te rends compte de...

C3 : Ouais, ouais...

C1 : C'est pas passé. *(Rires)*

C8 : Non, mais ça, c'est dans la compréhension, c'est pas dans l'évaluation de la relation.

C2 : Tu vois si l'évalua...enfin si, si ça a été positif, parce qu'il revient.

M : Ouais, le fait qu'il revienne.

C2 : Et puis s'il part en étant satisfait et content et si toi tu es contente à la fin. Mais non, le formaliser en disant qu'est-ce qui s'est bien passé, qu'est-ce qui s'est pas bien passé euh...oui, je trouve que c'est vraiment euh...enfin, une mauvaise habitude qu'on est en train de prendre de vouloir tout, euh, analyser.

C4 : Ça, c'est passé, au suivant. *(Rire)*

C1 : Vu le nombre de patient à voir et tu ne te poses pas trop de question. Non mais c'est vrai !

C8 : Non, mais des fois, après la consultation, moi, je me prends 5 minutes parce que je sais qu'il m'a vidé le patient, et je suis fatiguée.

C1 : Oui, il y en a qui sont fatigants!

C5 *(en s'adressant à C7)* : Toi tu fais aaaahhhh derrière le patient. *(Rires)*

C5 : Il y en a qui vont boire un café. *(Rires)*

C2 : Nan, mais des fois, on a besoin de faire des débriefings.

C5 : Je lis un article de l'équipe vite fait !

C2 : On a besoin de ça, que ce soit en groupe de pairs, ou avec les collègues, euh...effectivement autour d'un café euh...en se disant ah bah tiens, j'ai vu celui-là, il s'est passé ça, ça, ça, parce que tu as besoin d'en parler mais euh, enfin, de formaliser l'évaluation de notre relation pffff...ça se fait naturellement. Est-ce que je suis contente, est-ce qu'il a l'air content ? Et il reprend rendez-vous après euh...

C4 : Et la plupart, et la plupart des consultations se passent à peu près normalement, il n'y a pas de gros soucis, il n'y a pas de...voilà. Donc on n'a pas besoin de...

C6 : Et le relationnel, moi, je trouve c'est quand même euh, c'est quand même assez subjectif comme sujet. C'est pas un truc qui s'évalue ou avec des échelles, hein ?

C5 : Ouhhh, le freudien !

C6 : Et il ne faut pas, il faut pas, il faut pas. C'est mauvais, on va dans le mauvais sens. C'est comme techniciser un truc qui fonctionne au feeling. Ça va à contre sens.

C8 : Par contre pour nous, pour notre bien-être, bah il faut que la relation soit bien, sinon, on a des journées complètement pourries !

C6 : Je suis d'accord mais je sais pas...c'est pas tout à fait le même domaine mais il y a dans les EHPAD, des personnes âgées, une évaluation de déprime. Vous avez regardé ce que c'est ? C'est : est-ce que vous estimez que vous avez un avenir... *(Rires)* Non, mais tout le monde est à zéro ! Qui a pondu ça ? Je te jure, c'est ça. Est-ce que vous avez des activités satisfaisantes ? Non, mais c'est que des trucs ou tu te dis ...t'es pas à zéro mais à tous les coups t'es bien bas.

C2 : Non, mais c'est comme, ils ont formalisé l'évaluation en direct, avec des grilles d'évaluation là quand ils nous forment pour accueillir des internes. Bah, heureusement qu'on fait pas ça après chaque consultation avec vous parce que pas possible quoi, c'est ...il y a des choses où ça se passe, enfin, ça s'est passé, mais de tout analyser, de tout entrer dans des...bah, des fois c'est pas possible.

C5 : Moi, je ne suis pas pour.

C8 : Mais c'est surtout avec les collègues en fait, parce qu'il y a des patients qu'on connaît des uns et des autres, des patients qu'on a du mal à gérer, donc souvent quand on en parle entre nous, on se rend compte qu'il faut modifier ça pour que ça s'améliore. Et c'est plutôt à la pause-café que ça se passe, c'est pas à la consultation. Et c'est pour ça que c'est pas mal d'être un groupe, pour arriver à temporiser, à mieux supporter ses patients je trouve. Ou alors, les refiler aux collègues ! (Rires).

C3 : Moi, je viens de voir une dame, est-ce que t'acceptes d'être son médecin traitant ? (En s'adressant à C7)

C7 : C'est quoi l'anguille sous roche ? (Rires).

C4 : Oh, la la la la !

C3 : Je le trouve assez filou ce coup-là !

M : Sans vouloir tout analyser, ça serait quoi alors les critères d'une bonne relation ? (Rires).

C6 : T'as pas une autre question ? (Rires).

C5 : En gros, que tu n'aies pas trop besoin de te poser la question. (Rires).

C5 : Nan mais, ça a été particulièrement agréable, je suis vraiment content qu'elle vienne me voir, c'est pas bien normal ça, et pwouuuuu...pas bien normal non plus, alors, mais tu t'es pas posé la question c'est passé ... (C5 siffle)...il a pas fait d'esclandre, il t'a pas fait chier, tu l'as pas fait chier, la relation c'est passé, tu vois c'est comme quand tu croises ton voisin, salut ça va, hop, hop, bon, t'as bu l'apéro avec une ou deux fois, bon, c'est ton voisin. Tu couches pas avec, il te fait pas chier, si tu fais du bruit tu vas t'excuser, hop la ! Et puis il y en a d'autres, non, non, non, si tu le croises, tu crois bien que tu vas lui planter un couteau dans le dos. Il a une sale gueule ce voisin. Bon, voilà, quand tu ne te poses pas...ben voilà 95% de nos consult ça passe, bon.

C4 : Ouais, mais j'allais dire pourquoi il faudrait avoir une bonne relation ? C'est une relation...

C3 : Correcte.

C4 : Voilà, correcte, respectueuse.

C5 : Professionnelle.

C4 : Professionnelle.

C7 : Professionnelle, voilà !

C2 : Les deux sont contents.

C3 : Voilà, satisfaisante.

C1 : Mais justement professionnelle, parfois quand je suis au cabinet, je me dis, mais là, je suis au travail, je suis au travail, je travaille, je fais pas enfin, je vais pas au cabinet simplement pour me faire plaisir, avec de bonnes relations avec des gens, rencontrer des gens agréable, je vais au travail pour gagner ma vie aussi.

C6 : D'accord, mais tu fais pas tout en même temps ?

C1 : Bah, je fais tout en même temps, mais il y a des jours, je vais surtout gagner ma vie. Parce qu'il y a des jours, j'ai pas toujours envie d'aller au travail. Et puis, quand il y en a vraiment qui m'énerve, je me dis mais, lui il est sorti du travail il y a tant de temps, moi, j'y suis depuis tant de temps, je suis au travail, la relation elle peut être bonne ou pas bonne, je fais mon boulot, et je ne me pose pas trop de question sur la qualité de la relation. Je fais mon travail. Cet après-midi par exemple, c'était très énervant, il y avait beaucoup de travail, je fais mon travail, bon, pas bon euh, je ne veux pas faire d'erreur médicale, ça devient...quand on est fatigué, la priorité c'est pas d'avoir une bonne relation, c'est de ne pas faire d'erreur, parfois c'est la technique aussi.

C5 : Oui, du moment que tu n'as pas fait de couille, c'est déjà pas si mal.

C1 : C'est déjà pas si mal.

C5 : Primum non nocere hein ?

C3 : En fait je trouve, c'est même déjà dans la formulation, c'est quoi avoir une bonne relation ? C'est culp...Enfin, c'est pas nous culpabiliser mais c'est comme si, si on n'avait pas une bonne relation avec le patient, on devrait être coupable.

C1 : Ou on n'était pas bon médecin.

C3 : Ou on n'était pas bon médecin, voilà on doit avoir une relation avec le patient, point barre.

C8 : Satisfaisante.

C3 : Et puis, sans trop se poser de question, voilà.

C5 : C'est ce qui fait la faculté du sexologue, il faut avoir une bonne relation sinon... (*Rires*).

C5 : C'est pas bon, c'est pas bon.

C6 : Si la relation se passe bien, les journées peuvent être bien quand même !

C1 : Ah bah, c'est moins compliqué c'est sûr, mais en même temps, mais si elles ne se passent pas bien, la journée doit quand même se passer.

C4 : Moi, je suis contente quand je fais du technique aussi.

C1 : Oui, parce qu'on est médecin, on n'est pas que psychologue, psy machin chouette, quand tu fais du technique, eh ben, c'est valorisant aussi. Pour nous, et puis pour le patient aussi, il attend...

C3 : Ce qui est valorisant, c'est qu'on fait tout. Enfin, on fait tout, on fait tout et on fait rien, mais euh...Quand je dis on fait tout, on fait de la technique, des fois de la psy, des fois...

C4 : Oui, voilà.

C3 : Et en fait, ce qui est très intéressant pour nous, eh ban, euh, c'est que toute la journée, ça change, le lendemain, ça change...

C1 : Oui, c'est varié.

C3 : Même si sur le fond c'est toujours la même chose mais sur la journée t'as fait 36 000 choses et voilà.

C1 : Voilà

C7 : Bah ouais.

C3 : Et puis le fait d'être content avec certaines consultations et puis d'avoir un peu plus les boules avec d'autres consultations, bah voilà, ça fait partie de la vie et puis c'est comme ça dans notre vie perso aussi. Eh ben, voilà, c'est un peu, voilà.

C1 : Et puis, il y a des gens avec qui on ne s'entendra jamais hein ? Et il y a autant de patient...

C3 : Oui, voilà, eh ben, qu'ils aillent ailleurs, voilà, et qu'ils trouvent quelqu'un qui leur convient bien. Moi, ça ne me pose pas trop de...

C6 : Parfois, tu connais les gens et parfois ça marche mieux que quand ils vont voir un spécialiste.

FIN

Verbatim Focus Group D du 09 avril 2013

Modérateur : Florian GUICHARD (M), Observateur : Mélanie PHILIPPE

M : Donc selon vous, est-ce que le médecin doit s'intéresser à la relation qu'il a avec le patient ? Est-ce qu'il doit s'intéresser à la façon de communiquer qu'il a avec son patient ?

D1 : Et vice et Versailles !

M : Comment ?

D1 : Et vice et Versailles ! (*Rires de l'ensemble du groupe*)

D1 : Première chose incongrue.

D2 : Non, mais t'as raison, c'est bien. (*En riant*) J'ai compris donc je suis content.

D1 : Parce que si le patient ne s'y intéresse pas non plus, si le patient ne s'y intéresse pas non plus, ça risque de poser problème.

D2 : Sauf qu'avec un truc comme ça tu peux passer à la question suivante (*en riant*).

M : Quelle place on doit accorder aux aspects relationnels au cours d'une consultation, est-ce qu'il faut s'y intéresser ? Est-ce que c'est important ?

D3 : Bah, oui, pour avancer dans la consultation. Chaque patient est différent et du coup la relation sera différente à chaque fois et du coup je pense que c'est important, oui, euh, pas forcément que pour le diagnostic mais pour la prise en charge.

D2 : Donc ça nécessite de la part du médecin une adaptabilité (*D3 acquiesce*) considérable.

D3 : Oui, c'est vrai.

D4 : Moi, je dirais pour créer une alliance thérapeutique.

D5 : Je dirais que je la vois comme une espèce de base de notre travail, quoi. C'est tellement primordial que...

M : D'accord, donc pour vous c'est primordial.

D5 : Moi je dirais primordial, oui, je vois comme une espèce, oui, je dis base parce que, c'est dans notre travail de médecin généraliste, quoi. Il y a une autre image qui me vient, c'est parce qu'on avait fait, je sais plus si on avait travaillé sur la relation avec Cungi là, on avait travaillé...et souvent ça me revient cette image de celui qui regarde par en haut cette relation et moi c'est quelque chose qui m'est resté, cette image du haut, j'avais bien aimé.

D2 : Quelque chose qui regarde faire.

D5 : Voilà, ce qu'on fait nous. C'est quelque chose qui m'avait bien plus, ça me revient assez souvent.

D2 : Qu'est-ce que je suis en train de faire ?!

D5 : Voilà, qu'est-ce que je suis en train de faire.

D2 : Donc c'est les réminiscences des séances avec l' (*Nom*), c'est ça ?

D5 : Bah, ouais, ouais, ouais.

M : Quels sont selon vous les critères d'une bonne relation avec un...avec le patient ?

D3 : C'est la confiance.

D6 : C'est que le patient exprime ce qu'il pense, euh, sans...en accord avec son médecin, sans malentendu avec son médecin.

D7 : C'est l'écoute aussi, une grande écoute du médecin.

D2 : Et du patient ! *(En répondant à D7)*

D7 : Et du patient aussi, oui.

D2 : Tu disais une grande écoute, c'est, c'est tendre les oreilles ou bien c'est éventuellement avoir des techniques d'écoute quand on a l'impression que ça ne se passe pas comme il faut ?

D7 : Bah, les techniques d'écoute, enfin, après c'est tout une histoire de communication, enfin...apprendre à communiquer avec le patient, et puis euh, la relation d'empathie après euh...mais savoir écouter quand il faut et savoir utiliser l'empathie quand il faut.

D5 : Tu vois qu'il y a une notion d'apprentissage des fois. Ouais, ça s'apprend un peu avec...par rapport à ce que j'ai appris quand j'ai commencé. L'expérience peut-être. Oui, peut-être que nos internes, je trouve qu'ils ont beaucoup mieux, ouais, travaillé. On sent qu'ils ont une expérience qui vient beaucoup plus vite que la nôtre, en tout cas que ce que je fais.

D2 : Bah, nous, on a fait l'expérience sur le terrain, on n'avait pas de formation, ou quasiment pas de formation.

D5 : Oui, oui, nan, mais c'est pour ça, je disais voilà c'est pour ça que je pose la question. Est-ce qu'ils sont mieux formés ?

D2 : Il y a une forme de modélisation de ce qu'on fait et puis je pense, des savoir-faire. Parce que je ne pense pas que les cours soient très différents actuellement.

D7 : On a quelques cours sur la communication.

D2 : L'écoute active et tout ça ?

D8 : Je ne sais pas si on est mieux formés, mais on nous en fait prendre conscience. Alors peut-être qu'à vous, on ne vous en n'a jamais parlé.

D7 : Ce ne sont pas des cours miracles mais au moins on nous fait prendre conscience que c'est important. On a des jeux de rôles.

D2 : Sur les séminaires de deux journées c'est ça ?

D8 : Ouais.

D2 : De communication.

M : Qu'est ce qui fait pour vous qu'une consultation est satisfaisante ?

D2 : Le patient s'en va en claquant la porte. *(Rires)*

D1 : Moi, je me souviens d'un, d'un de mes profs qui disait : « une consultation est réussie, si vous avez réussi à faire rire ou pleurer le patient », ça arrive souvent, non ? *(Rires)*

D2 : Ah, c'est très réussi là, c'est épuisant.

D3 : Non, mais je pense, quand le patient a compris le message qu'on voulait lui faire passer et puis que nous aussi on a réussi à comprendre son message aussi parce que c'est vrai que c'est plus ou moins et évident, et là je pense que oui quand...

D6 : Je suis d'accord avec toi parce que je disais qu'il fallait que les patients n'aient pas de malentendu avec son médecin mais la réciproque est vraie aussi parce que quand quelqu'un nous dit qu'il a mal par exemple, ça peut vouloir dire énormément de chose.

D3 : Bien sûr !

D6 : Et du coup il faut qu'on arrive à comprendre, analyser en fait ce que c'est que cette douleur.

D2 : J'ai un patient qui était à moi, qui était euh,...il venait me voir régulièrement, il avait la quarantaine euh, lombalgique, il venait me voir à 7 heures du soir toujours, parce qu'il travaille à (Ville), et puis chaque fois je me disais : « sa lombalgie, quand même, il faut que je l'interroge, il faut qu'on voit le sens qu'elle a ». Et bah, au bout d'un an j'ai pas eu le temps de l'interroger, il s'était perdu. Ça au niveau de la relation c'est dommage.

D1 : Bah, l'étirement pour un lombalgique, c'est bien (*sur un ton ironique*). (*Rires*)

M : Oui, alors du coup, sur le plan de la communication, qu'est-ce qui fait que c'est satisfaisant pour vous, ou alors du côté du patient qu'est-ce que vous pensez, de son côté, qui serait satisfaisant sur le plan de la communication au cours de la consultation ou de votre relation que vous entretenez avec lui? Qu'est-ce qui vous satisferait sur le plan de la communication plutôt ?

D4 : Quand on trouve un terrain d'entente euh, qu'en fin de consultation qu'on sent que les propositions qu'on a faites sont partagées, comprises, et cetera.

M : Une sorte de consensus ?

D4 : On a l'impression qu'on a travaillé ensemble sur un sujet et qu'on a trouvé un terrain d'entente.

D9 : Que le médecin ait été un suffisamment bon manipulateur.

D2 : (*En riant*) Répète !

D9 : Que le médecin ait été un suffisamment bon manipulateur.

D6 : Insuffisamment ou suffisamment ?

D9 : Non, suffisamment bon manipulateur.

D2 : Oui, mais pour aider le patient.

D9 : Oui, bien sûr dans le bien du peuple.

D2 : Dans l'intention positive, dans le bien du patient.

D9 : Voilà.

D2 : C'est manipuler avec intégrité.

D9 : Mais, les techniques faut, les techniques qu'on nous a appris pour aller à l'alliance thérapeutique ce sont des techniques de commerciaux.

D2 : Oui, oui, oui.

D9 : Souviens-toi du stage de 15 jours...

D2 : Tout à fait, humm, humm (*en acquiesçant de la tête*). Ah t'étais venu où on avait mis les clowns. Tu t'en souviens ?

D9 : Oui !

D6 : Si un patient considère qu'il a été manipulé, il ne sera pas dans l'alliance thérapeutique.

D10 : On n'est pas dans l'alliance, nan.

D9 : On l'est tous. On manipule toujours, on a toujours tendance pendant la communication, à chercher à se faire entendre, à se faire comprendre et à faire que l'autre finisse par euh, agréer à ce que l'on dit. Mais ça peut être gentiment manipulateur mais si nous sommes toutes et tous ce soir ici dans cette réunion qui est tout à fait conviviale et sympathique...

D2 : Joli.

D9 : Non, non, mais je le dis parce que je le pense très très sincèrement. C'est aussi parce que vous avez su nous convaincre de venir une demi-heure plus tôt pour faire autre chose que ce qui est prévu habituellement dans ce groupe de pairs.

D2 : Et puis ça met à l'eau notre séance d'ailleurs, ça va se passer très mal d'ailleurs.

D10 : Moi, je suis aussi satisfaite quand...

D9 : Il faut pas être dupe, il suffit de le savoir. Et quand on parle d'alliance thérapeutique et ainsi de suite, on dit bah comment convaincre euh le monsieur de mon âge qui fait 90 kilos et qui mesure 1,60m et qui a du diabète et qui a ci ça, et bah non, il doit faire un régime, bah voilà, c'est c'est ça, comment comment, comment convaincre, comment convaincre c'est de la manipulation. Remarque, les choses se situent peut-être sur un autre plan. Tu as parlé aussi de pleurer tout à l'heure, l'histoire de pleurer ou de rire, alors bon il y a, il y a, il y a des involutions on peut pleurer sans être triste ou rire sans être gai, c'est des choses qui arrivent. Mais il y a aussi beaucoup, alors là je vais sortir un, une vieillerie n'est-ce pas, qui a plus de 100 ans maintenant bon je pense qu'il faut être conscient du phénomène de transfert et de contre-transfert, ça existe vraiment, quel que soit ce que l'on pense de l'analyste par ailleurs, hein. Mais je veux dire, qu'est-ce que le patient représente pour moi et ce que moi je représente pour le patient, c'est important, hein.

D2 : C'est sûr.

D9 : Bon, c'est pas, c'est, c'est pas un scoop, non.

D2 : Non, mais tu dis que le transfert dans une consultation de médecine générale, ça existe.

D9 : Evidemment.

D2 : Même si c'est pas analysé comme tel. Il y a certains types de relations qui peuvent être analysées comme ça.

D9 : Des fois, des fois, c'est évident, des patients âgés, ils te font comprendre, enfin, une dame elle me dit « ah, mais vous avez l'âge de mon fils », euh son fils il s'est suicidé, il avait 20 ans, enfin des trucs comme ça. Bon voilà, c'est...et vous serez amenés vous les jeunes effectivement à vous retrouver soignant donc en position de...parentale je dirais par rapport à des gens qui sont au minimum de l'âge de vos parents ou même de vos grands-parents.

D2 : Si c'est pas du transfert, qu'est-ce que c'est, voyez.

D9 : Oui bien sûr, ouais.

D2 : Est-ce que, moi, je me souviens plus trop, j'écoutais que d'une oreille inattentive, euh les questions, il faut répondre dans quel état d'esprit à vos questions parce que... Il n'y a pas d'état d'esprit ?

M : Non, non, c'est libre, c'est...

D2 : Ah, oui, d'accord. Non, mais juste pour orienter le débat. Donc on fait comme si il n'y avait pas eu d'introduction ?

M : Oui, tout à fait. Vous pouvez dire tout ce qui vous passe par la tête.

D2 : Parce que il y a les aspects sémiologiques de l'écoute, du savoir-faire du clinicien et puis après il y a les objectifs à atteindre. C'est toutes des choses différentes ça, hein ? Donc je ne sais pas, si, s'il faut répondre dans le domaine de la technique ou s'il faut répondre dans un autre domaine.

M : Allez-y.

D2 : Après, euh, donc la question, euh, de la manipulation du patient, moi je dirais, je rejoindrais D4, dans le, l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire que, c'est ce qu'on cherche à faire d'ailleurs dans notre groupe de statines là. On cherche à être suffisamment opérationnel sur le plan technique, pour euh...pour proposer au patient un traitement ou non par statine et décider en collaboration. Donc il y a des outils techniques là-dessous mais il y a, il y a, il y a aussi un savoir-faire relationnel.

D9 : Bah, par exemple, tu te souviens, il y a des années de ça, on avait été invité à manger en plus par un labo et le Dr (*Nom*) le cardiologue à l'hôpital d'(*Ville*), sur l'histoire des anticoagulants, je sais pas si tu te souviens, c'est assez vieillot.

D2 : T'as une mémoire qui m'impressionne ! (*Rires*)

D9 : Et euh, et en fait c'était les cardiologues disaient : « ouais, mais on n'y arrive pas avec les patients ils prennent mal leur traitement anticoagulant ».

D6 : Et ça continue.

D9 : C'est vrai.

D10 : Moi, je voulais juste dire que depuis tout à l'heure, tout le monde dit, enfin, on est d'accord, enfin, je veux dire le patient a compris, enfin, il a compris ce qu'on lui a dit, on l'a entendu. Moi, je suis satisfaite aussi quand enfin surtout quand il y a un problème un peu psychosomatique ou qu'il y a des interrogations, quand les gens repartent avec des nouvelles questions. C'est-à-dire que quand ils repartent, enfin, quand on leur a ouvert des portes en fait. En tout cas, ils repartent avec une autre vision de ce qu'ils ont. C'est-à-dire du coup il n'y a pas forcément de, alors on va dire c'est un peu le but ultime, un petit peu angélique de dire on s'est compris, on est d'accord, on est sur...on est dans la même, dans la même dynamique, mais avant d'y arriver des fois il faut un peu ramer. Enfin, il faut ramer, ou en tout cas que eux ils entendent ce qu'on veut...sur quoi on veut les amener et je trouve que souvent c'est intéressant quand les gens ils arrivent avec un point de vue assez fermé en fait et qu'ils repartent, pas forcément avec une réponse euh d'emblée euh acquise.

D2 : Mais c'est aussi une technique de manipulation ça aussi, de semer le doute.

D10 : Bah c'est pas forcément de semer le doute mais en tout cas, de leur faire voir les choses euh différemment et finalement de les faire repartir avec des questions, euh, d'autres questions en fait des questions qu'ils n'avaient pas envisagées. Et du coup c'est satisfaisant aussi parce qu'on sait que s'ils avancent de ce côté-là, ils reviendront peut-être avec enfin, je veux dire que ça ouvre la porte aussi à d'autres consultations qui peuvent être...qui peuvent être intéressantes. C'est une consultation qui me

fait plaisir parce que ça, enfin ça veut dire qu'il y a eu un échange qui s'est mis en place quoi, même s'il est pas euh...d'entrée de jeux euh...

D2 : Ouais, et puis tu vois les consultations répétées dans le temps, hein, t'es dans la consultation...

D10 : On a l'impression qu'on apporte une dynamique, même si on n'y est encore pas arrivé.

D2 : T'as fait du Balint toi, non ? (*En s'adressant à D10*). Je te dirais comme ça, non ?

M : Vous parliez du...des patients qui arrivent avec des des des idées préconçues, un petit peu fermé, euh, avec un patient difficile comment vous l'abordez, comment vous faites avec un patient difficile sur le plan relationnel ? Comment vous gérez ça ?

D6 : Qu'est-ce que tu appelles patient difficile ?

M : Qu'est-ce qu'un patient difficile déjà, pour vous ? Et comment vous l'abordez ?

D10 : Moi, je fais l'effet miroir en fait, je le renvoie à ces oppositions, ces contradictions.

D2 : Tu fais l'escalade symétrique toi ?

D10 : Bah pas forcément mais je veux dire les gens qui nous mettent en échec sur tout ou qui sont très dans la revendication ou dans l'opposition euh souvent de leur renvoyer leur opposition ou leur revendication en leur disant bah vous venez là parce que vous voulez que je vous aide et puis finalement tout ce que je propose, il n'y a jamais rien qui va donc euh...voilà, donc qu'est-ce qu'on fait, enfin je veux dire, pour qu'il se rende compte aussi que en faisant ça, euh, on avance pas quoi. Enfin moi, je trouve les patients difficiles, souvent leur agressivité elle est pas contre nous perso, c'est qu'il y a...du coup c'est le retour enfin...j'essaye de leur renvoyer sans être agressive mais de leur montrer ce que...que ce qu'ils me disent ça...ça fait pas avancer les choses.

D2 : À la fois tu leur dis j'entends votre agressivité, euh, je la prends pas pour moi mais je l'entends, et c'est le, le, le c'est le fait d'un malaise c'est ça ? Et euh, mais le fait d'être négatif, c'est pas ça qui va nous faire avancer quoi.

D10 : Mmh (*acquiesce*).

D2 : Ouais.

D6 : Euh, quand un patient est difficile et je suppose tu veux dire qu'il est pas conciliant à nos propositions, c'est très difficile effectivement de lutter contre une première réaction qui est de...de lui en vouloir évidemment et donc je pense que...je pense à une consultation qu'on a eu la semaine dernière (*en regardant D8, son interne*) euh, un monsieur qui avait une jambe enflée, et à qui on voulait rapidement proposer une consultation chez un phlébologue.

D9 : Tiens donc, c'est curieux ça ! (*Rires*)

D6 : Et qui n'en voulait pas parce qu'il n'avait pas prévu ci, pas prévu ça, et en fait le, la chose principale c'était quand même euh, sa santé et que du coup finalement, on a, on a accepté un certain nombre de choses qu'on n'aurait pas accepté mais en préservant sa santé. Mais en se disant, non de non qu'est-ce qu'il est...mmh (*fait un C avec sa bouche*).

(*Rires*)

D6 : Mais bon, ça on l'a dit après. Voilà. Mais c'est très difficile je trouve de...de lutter contre le premier sentiment qui est de lui en vouloir. Et effectivement en général quand ils sont comme ça...

D10 : Oui, et puis dire bah si vous voulez pas, bah, je m'en vais, enfin, bah pareil en remplacement, j'ai eu une dame qui est en fin de vie, ça se passe mal avec l'hôpital, d'ailleurs j'ai eu le cancérologue qui m'a dit on n'a pas une bonne relation, elle me fait pas confiance, son mari m'appelle en me disant que rien ne va, il faut que je vienne, je viens enfin je viens 2 heures après la voir en visite et euh, à peine arrivée, ah mais non, c'est pas mon médecin, ah bah non, ça va pas, et puis je ne vais pas commencer à tout vous réexpliquer, enfin, je me fais à moitié euh, enfin, bah je dis écoutez, voilà ça va pas, voilà, soit vous... Effectivement il faut recommencer, j'ai lu votre dossier, soit vous voulez que je vous aide et vous y mettez du votre, si vous voulez pas tant pis mais...enfin du coup, j'ai passé 40 minutes à justifier ma présence et à lui expliquer que si elle voulait qu'on avance et si elle voulait aller mieux il fallait qu'elle parte avec ce qu'elle avait et en l'occurrence, c'était que moi (*Rire*). Et puis après voilà, et après on a pu discuter 1heure et demi et euh, pfff (*Soupire*), il y a eu du...

D4 : Le problème souvent, c'est une question de temps.

D10 : Oui, c'est ça.

D4 : Si on avait le temps de les écouter, souvent il y a une histoire derrière, un truc mal vécu.

D2 : Bien sûr.

D10 : Complètement. Et puis voilà, il y avait du ressentiment.

D4 : Et on arrive à désamorcer quand on les écoute.

D10 : Oui, c'est ça, ça prend du temps, j'y suis restée quasiment 2 heures quoi. Alors du coup...

D4 : On n'a pas forcément le temps d'écouter ce qu'il y a derrière cette agressivité, pas toujours le temps.

D3 : Et puis moi dans patient difficile, je mets aussi les patients polyopathologiques qui arrivent avec je sais pas, leur diabète, leur hypertension mal traitée, oui, ce genre de choses où on se dit oulalah, je suis noyée. Et voilà, c'est arriver à prendre le temps, les choses les unes après les autres et arriver à leur faire comprendre pourquoi on va pas tout gérer aujourd'hui parce que...en plus il a une mycose des ongles qui est hyper importante par rapport à tout ça pour eux, mais voilà pour moi non c'est plus la micro albuminurie, vous voyez, ou l'insuffisance rénale, j'en sais rien. Et du coup arriver, oui, à faire comprendre qu'on va faire ça par étape et ça aussi après c'est pas toujours évident et je pense qu'il faut vraiment se rendre compte sur...quelle est la priorité quand c'est comme ça, quand la situation est difficile ouais, qu'est-ce qu'on va faire en premier, qu'on se mette d'accord sur ça aussi avec le patient.

D9 : Chez un patient très revendicateur, il y a une astuce dans la relation, qui est très manipulatrice d'ailleurs, c'est de demander : « qu'est-ce qui est le pire pour vous ? Qu'est-ce qui est le pire ? ». Et ça, ça a un double intérêt, c'est que la personne a le sentiment qu'on s'intéresse vraiment à son problème parce qu'elle va enfin pouvoir parler de ce...du pire et puis ça rétrécit le champ parce que « le pire c'est la mycose », ah bah, effectivement, vous avez raison. (*Rires*)

D9 : Tu la laisses parler de la mycose et tu gagnes du crédit parce que une fois que tu t'es occupé sérieusement de la mycose, euh, voilà.

D3 : C'est vrai (*en riant*).

D9 : Et les techniques qu'on nous a apprises de relation, ça marche très bien à titre professionnel, ça peut être excessivement manipulateur, moi je me souviens, bah je suis médecin coordonnateur d'appartements thérapeutiques et les patients se plaignaient qu'ils me voyaient trop trop souvent, voilà (*sourire des participants*). Donc il y a eu une réunion, la chef de service, avec qui je ne m'entendais pas d'ailleurs, organisait une réunion et tout ça, et tous les gens, donc je me suis dit bon ça va être

ma fête quoi, parce que plus personne ne voulait me voir. Donc je leur ai dit : « mais quel est le pire pour vous dans le fait de me voir ? ». Alors on a débattu pendant 1 heure 1 heure et demi, et à la fin, ils étaient tous d'accord sur une seule chose, c'est qu'en fait je ne prenais pas assez de temps avec chacun d'eux. (*Rires*)

D4 : Le paradoxe !

D9 : Mais c'est très manipulateur et il ne faut pas utiliser ces techniques-là dans le cadre privé par exemple. Parce que déjà les intimes s'en rendent compte et comme c'est très manipulateur ce n'est pas vécu comme très très sympathique de notre part.

D2 : Exorciser les psychiatres ! Ahahah (*en riant*).

M : Et vous parliez de techniques, d'astuces euh...C'est quoi vos techniques, vos astuces avec les patients difficiles si vous voulez maintenir une bonne relation entre guillemets?

D9 : Qui a parlé d'alliance thérapeutique ?

D4 : C'est moi.

D9 : C'est toi. Alors tu vas le dire les techniques qu'on nous a apprises, les R et...les 4 R.

D4 : Les 3 R selon Cungi c'est euh...

D2 : Ecoute active, recontextualiser.

D5 : De qui ?

D4 : Charly Cungi, psychiatre à (*Ville*) qui fait de la thérapie comportementale et cognitive et qui fait des formations, des supervisions, et cetera. Alors lui sa théorie c'est les 3 R, alors euh, reformuler.

D2 : Reformuler ouais.

D4 : Pour que le patient se sente bien compris avec ses mots, et cetera, résumer et renforcer.

D2 : Il y a aussi la recontextualisation. Oui, recentrer ou recontextualiser.

D9 : Et des fois répéter, quand on ne sait plus que dire, on se contente de reformuler, répéter,

D2 : Non, c'est vrai qu'ils ont une technique remarquable de ce côté-là, en terme de contact, voilà.

D5 : Mais moi, je reviens sur ce que disait D6, c'est vrai que c'est...au début, c'est difficile.

D9 : Tu fais ça qu'avec certaines personnes, heureusement. Habituellement, on arrive à s'entendre avec les gens sans obliger de se creuser la tête sans passer par des...

D5 : Et puis, le premier ressenti aussi. Quand t'en as un par exemple, un truc tout « con », ils arrivent avec les antibiotiques, quoi, je voulais truc pour les antibiotiques. Bah déjà t'as pas bien envie. Là, voilà, tu sais qu'il va falloir exploiter un peu plus, ça va demander un peu plus d'énergie et de travail quoi.

D2 : Oh, quoi que ça c'est facile.

D5 : Maintenant ça va mieux. Mais bon, des fois, c'est dur quand même.

D2 : Je peux vous apporter quoi ? Ah bah, je voudrais un antibiotique. D'accord, je vous examine, rhino ouais, euh, moins de 15 jours aucune preuve d'utilité, vous avez que des inconvénients,

allergies et cetera, diarrhée... Vous en voulez ? Non (*rires du groupe*). C'est vite réglé là alors moi, hein ?

D5 : Et je vais revenir en consultation 3 fois, vous allez voir il va falloir que je paye à la sécu. Ah, c'est ce que j'adore.

D2 : Tu vois, on n'a pas les mêmes patients.

D5 : Non, mais voilà, voilà, des fois t'as l'impression d'être euh...

D10 : Et je ne suis pas allé travailler aujourd'hui hein, n'oubliez pas.

D4 : J'ai acheté une ceinture lombaire, vous pouvez me la prescrire docteur?

D6 : On leur a expliqué qu'il y avait le « V grippal », que la fièvre elle va revenir, et voilà, ils réapparaissent dans le cabinet.

D4 : Alors il y a des fois où ça ne marche pas les 3 R, hein ? Il faut en inventer d'autres. C'est aussi de la débrouille hein des fois. Evidemment.

D9 : En fait tout ça c'est une preuve à l'attention. C'est-à-dire comment on apprend à faire l'extrême attention à la personne qu'on a en face de soi, c'est ça le but de la manœuvre.

D2 : En fait, la plupart du temps, ils ont relativement confiance en nous donc euh, ils ont même très confiance en nous. Donc c'est quelques fois ça se passe pas comme il faudrait, c'est à ce moment-là qu'on utilise les techniques, les outils. Et puis finalement, je sais pas combien on jette de gens, j'en ai jeté 4 - 5 dans ma carrière maximum, pas plus hein. Je les ai virés manu militari. C'est vrai, c'est rare, je ne sais pas si vous ça vous arrive souvent mais. C'est vrai, des types insupportables ou des femmes mêmes.

D4 : Moi, une fois avec les gendarmes.

D2 : T'as viré les gendarmes ?

D4 : Non, les gendarmes m'ont aidé à virer le gars.

D2 : Ah oui, carrément.

D4 : Il voulait pas partir et il hurlait.

D2 : Ah ouais.

D4 : C'est des gens dans la salle d'attente qui ont appelé.

D6 : C'est les gens de la salle d'attente qui ont appelé ?

D4 : Ouais. Donc c'était très bien. Moi, je ne savais pas quoi faire, je ne pouvais rien faire, il ne me laissait pas faire un pas. Mais, c'était un schizophrène.

D2 : Tu pouvais juste... Ah, c'était un schizophrène ?

D4 : Je balisais. Heureusement il y avait du monde dans la salle d'attente.

D2 : Tu t'es faite toute petite en attendant qu'il se passe quelque chose ?

D4 : Ouais.

D2 : Et après, il est revenu me voir en me disant : « oh, vous savez les gendarmes ils m'ont embêté l'autre jour quand les gens ils ont appelé, ils m'ont embêté parce que j'avais un couteau dans la poche ». (*Certains sont surpris et d'autres rient*)

D9 : Et tu le suis toujours ?

D4 : Oui, oui, oui, il revient toujours, il ne veut voir que moi.

D2 : Remarque, il était agressif ou il criait parce qu'il avait besoin de crier ?

D4 : Il criait parce qu'il me demandait je ne sais plus quoi, j'avais dû pas être d'accord, j'en sais rien euh...Et puis au final, il criait pour crier, il était en crise en fait. Mais je, j'avais pas les moyens de m'en défaire.

D2 : Nous on a fait une réunion éthique sur les cris en EHPAD, en fait la valeur sémiologique du cri ou la valeur...à quelle valeur on peut donner aux cris en fait, hein. C'est une façon d'exister aussi, c'est une façon...

D6 : Oui, enfin là il pouvait aussi avoir des hallucinations.

D2 : Oui, nan, mais il pouvait être délirant et cetera, oui, oui, nan mais la plupart du temps c'est des gens qui sont, qui sont délirant.

D4 : Et puis, on ne peut pas s'approcher d'eux, encore moins faire l'analyse et cetera, ça les énerve encore plus. J'étais là, je ne savais pas quoi faire, je ne voyais pas ce que je pouvais faire.

D2 : Et je pense qu'il devait être très gêné parce que tu ne savais pas quoi faire. C'est pas impossible ça aussi.

D4 : Peut-être, peut-être. Moi, je me disais si j'appelle les gendarmes de mon bureau il va...

D2 : Il va te sauter dessus.

D4 : Il va le voir, il va me sauter dessus donc je me refusais à le faire. Donc je crois que j'avais pris le parti d'attendre. Et j'étais contente quand les gendarmes sont arrivés.

M : D2 parlait de confiance dans la relation euh, selon vous qu'est ce qui inspire la confiance dans votre relation euh, avec le patient ?

D9 : Si on a à faire avec des gens qui ont une véritable structure paranoïaque, par exemple les grands pervers, il faut quand même se méfier. Quand même il faut savoir ces gens-là ne sont pas du tout suggestibles. Chacune chacun d'entre nous autour de la table sont des gens suggestibles parce qu'on est capable de faire attention à l'autre et de se mettre dans la tête que ce que raconte l'autre ce n'est pas complètement idiot, mais là on a faire à des gens qui ont une rigidité psychologique absolue. Donc ils ne sont pas suggestibles au sens premier du terme. Si par malheur ce sont des gens qui sont pervers ou très délirants, ça peut être tout à fait inquiétant. Alors des fois que faire ? Quand les gens ne sont pas trop agités quand ils sont suivis en psychiatrie on peut des fois téléphoner au psychiatre, quand on arrive à le joindre, je sais que c'est dur. (*Rires*)

D9 : Le CMP ça l'est un peu moins, mais quand on les connaît enfin des choses comme ça. Je me souviens d'un type, j'ai eu la chance inouïe, un type qui voulait que j'arrête son, son traitement et il m'a montré en fait le papier de la, de la préfecture et j'ai su qui était sa psychiatre, je lui ai téléphoné et elle me dit oui euh, la psychiatre me disait oui, il a poignardé une infirmière il y a 6 mois. Alors des fois, l'humour, ça peut fonctionner aussi. Moi, j'ai eu une histoire, c'était à l'île de La Réunion, un type qui était, qui était épris de boisson et qui avait un grand couteau et qui menaçait son entourage, il me connaissait, j'ai réussi à le faire rire et donc à lui prendre son couteau je l'ai mis dans la bagnole et je

l'ai descendu à l'hôpital. Mais c'est vrai qu'il ne faut pas faire ce genre de chose, il ne faut jamais être tout seul. Par exemple, dans les urgences psychiatriques, quand j'avais été à...il y avait une formation d'urgence sur les urgences psychiatriques, et je crois que pendant 2 jours, on nous a raconté qu'une seule chose, deux choses : un, ne jamais rester seul et deux, faire toujours le 15. *(Rires)*

D9 : Nous sommes, oui, on peut, on peut être des proies faciles de gens euh, de gens psychiatriques.

D6 : On est loin de la confiance là.

D9 : Oui, on est loin de la confiance. Mais ces gens-là représentent quel pourcentage de notre patientèle ? 0,01% ?

D2 : Les psychotiques c'est 0,5%, hein ?

D9 : Oui, mais tous les psychotiques ne sont pas tous comme ça.

D2 : Oui, ils ne sont pas tous comme ça.

D9 : La majorité des gens qui sont psychotiques sont plutôt ralentis, tassés, ils ont des années de neuroleptiques derrière eux et les pauvres, ils sont à moitié léthargiques. Ils feraient pas de mal à une mouche là franchement.

D2 : En libéral c'est souvent parce qu'ils ont arrêté les traitements.

D4 : C'est ça le problème, c'est quand ils l'arrêtent le problème.

D9 : Bah, je suis..., il y a une personne sur 2 ou une sur 3 qui est admise en psychiatrie parce qu'elle a arrêté ses traitements.

D11 : Oh, oui, tout à fait, 2 sur 3.

D9 : Alors comment convaincre ces personnes euh...il faut un gros mensonge, on prend la tension, ahhh vous avez 22 de tension vous allez faire une crise cardiaque ou non, si vous arrêtez ce traitement là, vous allez faire une crise cardiaque. Ça, ça m'est arrivé de le dire, de dire un gros mensonge, si vous arrêter vos neuroleptiques, vous allez faire une crise cardiaque.

M : Essayer de négocier quelque part en fait ?

D9 : On peut négocier, toujours pareil, avec quelqu'un qui est suggestible. Mais quelqu'un qui n'est pas suggestible, on ne peut pas. C'est vrai, que les rares psychologues qui font des tests de personnalité à des psychotiques, les tests de personnalité ça dure 4 heures, c'est un très gros truc, et un des traits majeur de la personnalité des psychotiques, c'est la rigidité psychique, c'est le fait de ne pas être suggestible. Mais ça c'est peut-être, je ne sais pas, c'est peut-être 0,5%, c'est combien des gens qui vraiment sont inquiétants qu'on a, c'est très très peu, c'est très très rare. Avec l'immense majorité des gens on n'a quand même pas ce souci-là.

D2 : Bon, en plus, quand ils viennent te voir au cabinet, ils attendent quelque chose de toi c'est.

D9 : Ouais.

D10 : Quand t'es installé je pense que la confiance en fait c'est aussi euh, c'est la répétition des consultations, de connaître les gens, elle est pas d'emblée acquise.

M : Et euh, quelle place vous, vous accordez aux émotions dans une consultation ? Sans aller dans l'extrême hein forcément mais euh ?

D11 : Nos émotions ou celle du patient ?

M : Les 2, en quoi, en quoi les émotions du patient ou nos émotions elles influent, euh, elles influent sur la relation ? Quelle place vous leur accordez ?

D1 : Une patiente qui te rappelle trop ta belle-mère c'est ça ? *(Rires)*

D9 : Ça c'est compliqué, ça.

D5 : Non, mais je veux dire, on peut en avoir assez souvent je trouve des voilà...ce que dit D1, c'est, c'est un peu, je trouve qu'il a pas tort.

D2 : Ou ça t'irrite.

D5 : Non, mais voilà, ou ça t'irrite, ou ça te rappelle quelque chose. Ou des choses que toi t'as pas vécu tu dis non, non bah, voilà, il faut pas tout mettre dans mon vécu à moi, je suis avec le patient.

D1 : Non, tu peux pas, tu peux pas oublier ton vécu.

D5 : Pour un patient qui pleurait ou pour un truc hyper...qui avait perdu quelqu'un que je connaissais et bah à un moment, je me rappelle plus mais je me suis sentie limite, je me suis dit dans 2 secondes je pleure. C'était limite mais bon, je veux dire, c'était pas très souvent mais voilà sur des choses très euh...voilà il y a une ou 2 fois où j'ai ressenti et puis voilà ou des ressentis ou des choses où là tu te dis bah voilà je vois ce qui se passe, je le ressens mais comment je travaille avec ça. Ça nous arrive mais bon, ça ne se passe pas tous les jours.

D12 : C'est un peu l'histoire des 4 pathies. En fait dans la relation on va plutôt rechercher l'empathie. C'est clair que si tu as quelqu'un qui est : alors antipathique déjà il a une perte de chance d'emblée.

(Rires)

D12 : Mais c'est vrai qu'on doit lutter, on doit lutter contre ça mais on peut pas empêcher des gens de nous être antipathique. Donc a contrario quand quelqu'un est empathique avec nous, bah forcément, s'il éveille chez nous des vécus positifs, c'est sûr qui va avoir, qu'on va avoir une relation avec lui.

D5 : On essaye de pas être dans la sympathie non plus.

D6 : Mais dans la relation c'est toi qui essaye d'être empathique.

D12 : Oui, mais justement, si tu retrouves chez un patient des choses qui te font écho positivement donc...De façon inconsciente tu vois bien qu'il y a des gens, bah tu ne sais pas pourquoi mais déjà dès que tu les vois, tu sais qu'ils vont t'enquiquiner quoi et donc il faut lutter contre ça bien sûr mais c'est plus facile quand c'est quelqu'un qui est empathique avec toi.

D6 : Oui, mais il faut aussi se...enfin il faut aussi se méfier c'est pas une question de méfiance mais, moi j'ai eu des gens que je trouvais très antipathiques et qui viennent me voir très régulièrement j'ai pas du tout compris pourquoi.

D12 : Oui, non, mais je crois que ça rejoint les émotions ce que tu disais, c'est pour ça que j'aborde ce sujet. C'est que bah, les émotions du médecin elles sont forcément en relation avec la façon dont tu reçois le patient.

D6 : Et a contrario les gens que tu trouves vraiment très sympathiques, il faut quand même garder l'habitude d'une relation thérapeutique.

D12 : Mais en pratique c'est pas sympathique.

D6 : Voilà.

D12 : Bah oui, il faut...

D1 : Mais inversement, ça peut être la situation inverse hein. C'est pour ça que les émotions comptent beaucoup.

D12 : Ah bah, bien sûr. C'est ce que tu disais, ils arrivent pas tous avec les mêmes chances.

D1 : Et les émotions elles deviennent tout un vécu.

D12 : Oui, même depuis la « primenfance ».

D13 : De temps en temps, il peut y avoir des situations où effectivement on se trouve un peu débordé euh...moi, j'ai eu le cas pour une petite fille de 18 mois, qui était décédée d'un cancer, j'avais suivi toute la fin, elle était restée à domicile jusqu'au bout, quand elle est décédée, elle était préparée dans son petit lit avec les yeux ouvert et tout, bah, c'est pas passé hein. J'ai pleuré. Devant cette petite fille morte, avec les parents en pleurs à côté, j'ai pas réussi à rester euh...

D9 : Mais c'est normal de pleurer, on n'est pas des machines enfin voyons, c'est normal de pleurer. J'avais un prof de philo qui disait : « pleurer est une conduite magique ». J'ai cherché sur internet je n'ai jamais retrouvé cette citation-là. Je ne sais pas si elle est vraie ou pas. C'est une conduite magique en ce sens que c'est une communication directe. Alors que le langage c'est un média alors que pleurer c'est quelque chose qui se comprend par tous sur la planète.

D13 : C'est vrai que je ne leur ai rien dit même pas toutes mes condoléances, j'ai rien dit.

D9 : Mais tu peux rien dire c'est impensable une chose comme ça, c'est impensable au sens premier du terme. Tu peux pas dire les choses. Qu'est-ce que, qu'est-ce que tu veux dire, il n'y a aucun mot qui peut supporter ça parce qu'on n'est pas équipé pour penser ça. On n'est pas équipé pour penser la mort d'un gosse, c'est pas, c'est pas possible, on n'est pas équipé. Alors que pleurer c'est une communication, c'est-à-dire qu'on se retrouve effectivement euh, dans le monde des vivants, on est à côté des paroles quoi.

D13 : L'autre fois par exemple c'était une dame 36 ans, en phase terminale, elle avait une petite fille de 3 ans, et un jour elle m'a appelé parce qu'elle souffrait, elle est restée à domicile pratiquement jusqu'au bout hein. Et là, elle a déversé sur moi toute sa langueur, elle me disait : « mais c'est pas vrai, mais pourquoi, et à quoi ça sert que je me sois battue, et pourquoi, et j'ai une fille de 3 ans, et vous trouvez ça normal ? ». Et elle m'en a balancé, balancé, balancé, et j'ai réussi à ne pas répondre, j'ai réussi à ne pas me fâcher. Voilà, à un moment, j'ai eu envie effectivement, de me défendre ou de la rembarrer, et puis en fait j'ai laissé couler parce qu'elle avait besoin de parler et il n'y avait pas de réponse à donner je pense. Qu'est-ce que tu veux répondre à ça ? Il n'y avait rien de normal.

D9 : Et à la limite t'étais tout à fait d'accord avec elle.

D13 : J'étais d'accord avec elle. J'ai rien dit, voilà. Je l'ai écouté. Je l'ai laissé déverser son truc. Voilà, c'est pas toujours facile.

D2 : Mais c'est vrai que ponctuellement, penser à l'analyse des émotions qu'on reçoit du patient et des émotions qu'on lui renvoie c'est, ça fait avancer pas mal de chose, hein, ça...ça raccourcit pas mal les consultations moi je trouve et ça, ça permet de les terminer beaucoup plus élégamment que... que clore en disant j'ai plus le temps, on termine là quoi. Et moi, j'ai mis beaucoup de temps parce que je ne suis pas très bon en communication, j'ai mis, j'ai mis vachement de temps à faire fonctionner avec les 4 R, à l'auto observation de soi, l'analyse du verbal du non-verbal, et cetera. Mais finalement, ça a, ça a fini par devenir quelque chose de naturel. Et tout ça, c'est du technique c'est des gens qui le prennent au départ.

D10 : Mademoiselle disait ça doit prendre du temps et tout, c'est un peu ça, mais je pense qu'au bout d'un moment ça devient un peu une habitude, ça devient des choses réflexes.

D2 : Soit, soit ça vient naturellement, ça me le fait ou soit bah on, c'est vrai que le fait de l'apprendre et de le répéter régulièrement, enfin je pense c'est satisfaisant c'est tout bénéfique à la fois pour le praticien et pour le patient.

D10 : Moi j'avais, enfin, je me suis questionnée quand je m'étais installée c'était que enfin euh, jusqu'à quel point on est, on n'est pas juste enfin, est-ce qu'on doit pas amener les gens à aller voir aussi des psy, psychologues, psychiatres, enfin bon, sans catégoriser mais moi, j'avais une dame que j'ai suivi pendant un an et demi qui venait me voir à peu près toutes les 3 semaines, j'étais bloquée une demi-heure trois-quarts d'heure je savais qu'elle avait besoin de... et je suis partie en congé maternité et avec ma remplaçante ça ne s'est pas bien passé du tout. Elle a été hospitalisée en psy, et en fait j'étais euh, je faisais mon boulot parce que j'avais une écoute active du coup je la soutenais, mais en fait je n'arrivais pas à la faire avancer, enfin... c'est-à-dire qu'elle a jamais, pourtant je n'avais de cesse de lui dire d'aller voir quelqu'un, mais elle me dit : « non, mais je vous assure ça va très bien », mais en même temps on n'avance pas et puis euh... Du coup, je trouve qu'il y a aussi un moment où un lien presque enfin, elle y trouvait son compte parce qu'elle se maintenait comme ça mais en fait, elle avançait pas, enfin je veux dire, elle stagnait donc euh...et puis en fait j'ai plus été là, et elle s'est complètement écr... enfin écroulée, c'est pas écroulée mais en tout cas il lui manquait quelque chose et du coup l'équilibre n'était plus là. Mais du coup j'ai trouvé ça frustrant, j'ai trouvé ça frustrant parce que j'avais pas suffisamment de moyens pour la faire avancer, enfin...et en fait j'étais juste un espèce de petit soutien quoi, enfin je veux dire c'était pas très efficace.

D2 : C'est difficile, c'est un jugement de valeur que tu portes sur toi-même ça.

D10 : Pardon ?

D2 : C'est un jugement de valeur que tu portes sur toi-même. D'abord, moi, la psychiatrie c'est le royaume de l'échec, ça c'est mondialement connu.

(D9 rit et lève les bras comme pour crier victoire)

D9 : Ouaiiiiiis !

D2 : Après on a bien montré que les thérapies cognitives et comportementales pouvaient améliorer un tout petit peu les choses. Mais bon, euh, c'est pas une grande performance. Nan, mais la vraie question, la question quand même qui existe c'est vrai c'est euh, psychothérapie de soutien, on est un bon psychothérapeute, on soutient le patient, on passe de l'énergie avec lui euh, à quel moment ça vaudrait le coup d'essayer de mettre en œuvre une psychothérapie plus active qu'une psychothérapie de soutien pour essayer de, de promouvoir le changement ?

D10 : C'est ça, mais en fait, ça j'ai essayé, enfin pendant un an et demi j'ai essayé, mais elle, elle refusait.

D2 : Et ben, voilà.

D10 : C'est vrai qu'elle était bien avec moi et voilà.

D6 : C'est elle qui voulait ça, c'est pas toi.

D10 : Ouais, c'est vrai. Mais du coup c'est quand même frustrant parce qu'on se dit qu'on n'a pas réussi parce qu'on se dit ça peu prendre du temps, un an et demi.

D4 : Mais tu lui as permis d'aller bien pendant un an et demi.

D1 : C'est à elle de murir dans son truc, c'est pas à toi.

D6 : C'est exactement la même chose en addictologie. Quand les gens sont pas prêts à bouger dans la fameuse truc où il y a le cercle, et bah, il faut que tu attendes qu'ils veuillent bouger.

D9 : Je rebondirais là-dessus.

D10 : Mais du coup, je trouve... Vas-y.

D9 : C'est une question éthique qui est posée, qui est souvent posée. On dit : est-ce qu'il est normal qu'un patient soit dépendant de son thérapeute ? Mais est-ce qu'il y a des personnes qui peuvent vivre dans un libre arbitre absolu ? Est-ce que moi-même je suis capable d'être totalement indépendant de tout le monde ? Est-ce que je n'ai aucune dépendance ni personnelle, ni matérielle, ni rien ?

(Non de l'ensemble du groupe)

D9 : Bah, bien sûr. Effectivement il y a des patients qui sont dépendants de leur thérapeute. Mais ça leur permet de vivre. *(La plupart des participants acquiescent)*

D9 : Cette patiente était dépendante de toi.

D10 : Ouais. Mais du coup ça veut dire que c'est un peu toxique, malgré tout ?

D9 : Toxique pour qui ? Pour toi peut-être. Nan, mais, c'est important.

D10 : Non, pas pour moi, parce que, enfin, j'avais pas de...mais pour moi c'était frustrant, en fait j'avais, j'ai essayé hein, mais j'arrivais pas à la faire avancer dans son, et j'avais l'impression qu'il me manquait des...

D9 : Parce que tu es trop honnête parce que tu ne te prends pas pour un gourou.

(Rires)

D9 : Nan, mais c'est sérieux ça, les gourous, ils recherchent ça, ils recrutent des gens dépendants et dans le secteur ça fonctionne très bien.

D2 : C'est une des filières des gourous d'ailleurs.

D9 : Voilà. Et c'est pour ça que les sectes s'intéressent tellement d'ailleurs aux soignants de façon générale. Mais c'est ça, c'est ça ce qui se passe, oui.

D10 : Oui

D9 : Cette personne était dépendante de cette relation. Et après tout, ça l'a aidé à se maintenir. Et nous on vit, on a été formé philosophiquement dans l'idée du libre arbitre, et de ces choses-là. Mais est-ce que le libre arbitre ça existe vraiment euh, ffff. On est forcément dépendant de quelqu'un ou de quelque chose oui, bien sûr.

D3 : Mais je comprends oui que ça peut être frustrant moi j'ai un peu le même cas que toi, un patient qui me voit toutes les semaines, mais non je veux voir que vous, j'essaye en effet de l'envoyer chez le psychiatre et cetera, mais non, non, « je préfère vous, j'arrive mieux à vous parler » alors que moi, j'ai l'impression qu'on n'avance pas. Et lui peut être qu'il a l'impression qu'il avance, mais moi j'ai l'impression qu'on n'avance pas.

D6 : Il y a une histoire de transfert dans une histoire comme ça.

D9 : Mais bien sûr.

D2 : Mais tout ça parce qu'on fait...on fait quoi, on fait la confusion entre soigner et guérir.

D3 : Oui, ça c'est vrai aussi.

D2 : Prendre soin voire guérir ce qui est beaucoup plus incertain.

D5 : Vous employez toutes les 2 le mot avancer mais est-ce qu'il faut avancer ou être attentiste ? Souvent on est à côté, on n'a pas besoin d'avancer, avancer.

D2 : C'est lui qui avance, c'est pas toi.

D5 : Oui.

D12 : Tu es le technicien qui lui permet d'aller où il choisit d'aller.

D2 : Et est-ce que les psychothérapies permettent d'avancer et à quelle vitesse ? Euh...Ouais, on peut se poser la question.

D5 : Après c'est qu'on se sent un peu moins seul sûrement.

D9 : C'est le mythe de la thérapie vraie orientée vers la solution.

D5 : Voilà.

D10 : Enfin je veux dire, j'ai le B-A BA mais j'ai pas le niveau, enfin j'ai quelques techniques quoi mais après t'as pas de...Je le vois plus comme la transition entre ils font le pas et ils prennent la décision d'aller voir quelqu'un qui sait faire et qui, enfin je vois plus les choses de cette manière-là. Parce que les gens qui en ont vraiment besoin on n'est pas en tout cas je ne me sens pas en tout cas armée pour.

D9 : Eh bah, t'as tort. Si la personne se sent bien avec toi, c'est que tu es bien armée.

(Rires)

D2 : Je pense que c'est un, c'est une vision très vraie de la réalité hein. Bah, ils ont essayé de voir, de comparer les psychothérapies, on n'arrive à rien. En fait on se rend compte que c'est le psychothérapeute qui est de bonne qualité, qui a une bonne relation et puis point barre.

D9 : Exactement.

D2 : Et que les méthodes utilisées...

D9 : Peu importe les techniques, pourvu que le, que le binôme fonctionne.

D2 : Ouais, tout à fait, voilà. On est plus là-dedans, hein. Et puis regarde les psychanalystes, ils arrivent pas à montrer l'utilité. Si, ils ont sorti un travail je crois. *(D9 acquiesce)*

D2 : Les TCC ont montré des utilités mais sur des trucs très fragmentaires, j'ai l'impression, hein.

D9 : Et l'intérêt des TCC c'est que c'est quantifiable.

D2 : Voilà, c'est l'intérêt.

D9 : On met des croix dans des cases. Alors que le divan, c'est pas quantifiable.

D2 : On s'occupe des choses dans un cadre précis, on fait disparaître des choses, mais bon.

D9 : Bien sûr. Par contre vous avez soulevé tout à l'heure une autre question, qui est fondamentale dans la relation, c'est la question de la séduction. La séduction n'est pas que sexuelle.

D2 : Ah bon ?

D9 : Elle est culturelle, elle est sociale, elle est tout ce qu'on veut. Et ça c'est un truc hyper important, ça. Mais même dans la relation, oui, oui, tout à fait. Qu'est-ce que c'est qu'un bon médecin comme une bonne ou un bon homme politique c'est quelqu'un qui sait suffisamment séduire oui, effectivement, oui.

D13 : C'est vrai qu'on ne va pas avoir la même attitude avec tous les patients. Selon comment eux-mêmes se comportent, bah, on n'aura pas la même présentation, on ne réagira pas de façon pareille.

D2 : Tu es médecin caméléon ?

D13 : En tant que médecin. On va pas plaisanter de la même façon avec tous les patients, au niveau social.

D2 : Alors tu t'adaptes.

D13 : Mmmh.

D2 : Ouais. Tu refuses le terme de médecin caméléon tout de même non ? *(Rires)*

D9 : Après la psychiatrie royaume de l'échec, le médecin caméléon. *(Rires)*

D13 : Je reste moi-même malgré tout.

D9 : Vous pourrez mettre dans votre thèse, dans l'introduction, médecin caméléon. *(Rires)*

D2 : Tu dis rien toi *(en s'adressant à D11)*. T'as les bras croisés, t'es en opposition avec le groupe. Tu venais parler de statines, et tu te retrouves dans le focus group.

D11 : Parce que je trouve que c'est difficile en tant que remplaçant de répondre à toutes ces questions, quand on n'est pas dans le suivi relationnel.

D5 : Je vais te dire quelque chose. Tu veux que je te dise quelque chose, un de mes patients que tu as suivi il m'a dit qu'il te « kiffait ». *(Rires)*

D5 : Un monsieur l'autre jour, 62 ans, c'est un monsieur très très gros, tu vois ce patient ? *(Rires)* Elle était super bien, elle m'a super soigné mais vous lui direz que je la « kiffe ». *(Rires)* Et je n'aurais jamais pu croire qu'il dirait ça ce monsieur-là.

D11 : Il s'est lâché.

D5 : Il s'est lâché.

D9 : Comme quoi, hein.

D5 : Ouais, voilà, tu vois.

D2 : Fais gaffe parce que le transfert.

D11 : Ouais, le transfert.

D3 : Mais même en tant que remplaçante, tu es quand même une relation à chaque fois, mais oui, c'est sûr qu'elle est complètement différente par rapport à quand on commence à connaître les patients.

D11 : Tu ne te poses pas, tu ne te poses pas toutes ces questions. T'as pas une vision comme tu disais D5 sur la relation médecin-malade.

D3 : Ce qui est dur en tant que remplaçant c'est que le patient, il a l'habitude avec son autre médecin et c'est toujours enfin, t'as toujours l'impression de devoir te battre contre ça, mais ouais, c'est ça, il faut que tu gagnes la confiance.

D11 : Ouais, c'est ça, il faut arriver à gagner la confiance.

D2 : T'as une consultation pour gagner la confiance.

D10 : Voilà, c'est ça, il faut une répétition des consultations pour que tu aies validé ton statut de médecin. Quand tu es une femme et que tu es jeune, c'est le pire parce que dans la tête des gens vraiment...t'es une femme déjà...t'es médecin mais bon voilà.

D5 : Non, mais je reviens sur D11, toi qui reviens régulièrement on va dire. Comme au cabinet, ça se passe pas mal, pour l'instant, t'as pas des patients que tu revois régulièrement, des choses euh...

D2 : Elle remplace pas assez encore.

D5 : Tu remplaces pas assez. Non, parce que après, les personnes qui remplacent régulièrement, il y a des patients qui demandent aussi, c'est pour ça que je suis un peu étonnée.

D10 : Des fois quand tu prends les rendez-vous, ils disent ah bah oui, oui, la remplaçante, au contraire.

D2 : Bon, c'est vous qui êtes le médecin en place, ah bah, je veux bien la remplaçante. *(Rires)*

D5 : Nan, mais ils te le disent, elle était super bien et quand ils viennent te voir, oh super et le remplaçant qu'il y avait avant, oh super et puis super bien la prise en charge et toi tu dis bah ouais d'accord moi je suis complètement à la masse. *(Rires)*

D13 : Après je pense que la donne est différente aussi maintenant que ça a pu être il y a une dizaine d'année, d'une part les gens sont obligés de s'inscrire chez un médecin, de signer chez le médecin et il y a une pénurie de médecin ils sont tellement content déjà d'avoir un médecin, et ils ont probablement pas la même attitude qu'ils avaient avant.

D2 : Ouais, je pense que c'est plus facile actuellement.

D5 : Ouais.

D1 : C'est d'autant plus difficile pour les remplaçants qui sont pas dans le... le lieu, ils ont pas choisi le lieu. Ils ont pas choisi la façon d'organiser le cabinet. Ils ont pas choisi euh, la clientèle. Une clientèle, c'est trié en fonction du médecin.

D12 : C'est important ça.

D1 : Ffff, des tas de choses comme ça qui font partie aussi du non verbal et de la séduction aussi hein, parce que, quand tu choisis ton cabinet à tel endroit, tel euh, tel couloir, je sais pas quoi, telle organisation, c'est, c'est aussi pour euh... parce que ça plait et le mot plaisir c'est pour le médecin mais aussi pour le patient.

D12 : Pour qu'ils viennent c'est qu'ils adhèrent à ses...

D1 : Ah bah, oui, c'est ça !

D12 : Et le tri...

D2 : Quand ils me voient arracher les affiches de la salle d'attente, il y a ses patients qui restent sinon les autres se sauvent en courant. Je pense des fois. La secrétaire elle m'arrête quand je vais arracher les affiches dans la salle d'attente devant les patients, tchac tchac tchac (*mime le fait d'arracher les affiches*), il y a trop d'affiches ici.

D5 : Un coup de folie de temps en temps.

D2 : Ouais, un coup de folie. Nan mais avec toutes les conneries qu'ils nous font afficher. (*Rires*)

D5 : Que tes associés affichent, non ?

D2 : Qu'est-ce que tu dis ?

D5 : Que tes associés affichent.

D2 : Ouais, que vous laissez afficher, ouais (*en riant*).

D5 : C'est ce que je disais à D4, il y a des fois aussi des patients qui ont pas de médecin mais il y en a certains qui partent. L'autre jour il y a un patient qui est venu demander son dossier, bah tu ne sais pas pourquoi bon, voilà qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce qui s'est passé dans la relation, qu'est-ce qui a fait que euh... bah, des fois t'es pas mécontent, tu te dis bah finalement c'est pas plus mal. (*Rires*)

D5 : Mais bon tu te dis qu'il s'est passé quand même quelque chose, parce qu'à un moment, bon, il en avait peut-être marre, voilà mais il s'est passé quelque chose, euh, qu'est-ce qu'il s'est passé donc du coup tu te poses la question.

D13 : Moi aussi des fois j'aimerais bien savoir.

D5 : Bah, là, je ne lui ai pas demandé.

D2 : Il y a un turn-over.

D5 : Voilà.

D2 : C'est vrai que c'est quand même une petite remise en question hein, quand il y a un patient qui nous quitte alors qu'il devrait pas nous quitter.

D5 : Je ne sais pas si c'est très grave.

D4 : Alors qu'on ne comprend pas surtout.

D2 : On ne comprend pas oui, t'as l'impression d'avoir fait des soins de qualité, d'avoir pris ton temps en plus et tout.

D4 et D5 (*en même temps*): Ouais, c'est vrai.

D5 : Non, mais des fois, des fois tu vois quand... là je reviens sur un patient que j'ai vu jeudi dernier, je me dis peut-être que c'est vrai, ces derniers temps, j'étais peut-être moins attentive ou ça tu... ouais, tu manques d'attention. Et puis des fois c'est vrai qu'il y a des moments t'es peut-être moins attentif, hein. Ou tu te rends pas compte que tu es moins attentif ou euh, bon nous, on parlait du manque de patient, donc nous on a quand même beaucoup évolué, moi je trouve que ces 2-3 dernières années on a pas mal de monde donc du coup bah, des fois t'as des coups de fil, des choses. Il y a des moments, tu te dis est-ce que tu es aussi présent et c'est...je pense que...du coup bah là tu vois dans la relation qui peut se passer aussi des choses, c'est dans une consultation, par exemple, si le téléphone sonne 3 fois, la relation est super dure hein, à chaque fois voilà, il y a des choses qui peuvent interférer dans ton... dans la consultation.

D2 : Vous vous appelez comment au fait ? (*en riant*)

D5 : Nan, mais voilà, quand il y avait plus de médecins, avant on prenait plus de temps pour certaines choses, bah maintenant on est content quand il y a certaines choses qui prennent un peu moins de temps, je pense que ça peut aussi gêner les patients.

D9 : C'est sûr.

D5 : Et des fois, ils te le disent, bah écoutez, ou des fois ils te font la remarque en te disant, « l'autre fois, je ne vous ai pas posé trop de questions parce que je savais qu'il ne fallait pas », une fois tu vois, il y avait beaucoup de grippe, je ne vous ai pas demandé plein de choses quoi. Il y a un patient un jour il m'a fait la remarque en me disant « maintenant, on ne peut plus vous demander quelque chose ».

D2 : Il les avait comptés ? (*Rires*)

D5 : Nan, mais tu vois, avant ils arrivaient avec leur liste et ils disent que maintenant...nan, mais, je pense que statistiquement, nan je pense que quand même, que les patients en voyant quand même...on parle de pénurie de médecin, on a des clientèles qui sont quand même assez importantes, euh, voilà, si tu veux voir les gens quand même. Il y a plein de médecins qui partent à la retraite, nous en ce moment bah, sur (*Ville*) j'ai quand même plusieurs patients âgés de médecins qui partent à la retraite, ou tu dis non, mais je...c'est compliqué, euh, de dire non ou sinon, bah tu dis ça va augmenter ma clientèle et du coup comment tu vas faire avec les autres. Et voilà, et ça pose quand même la question du temps de relation avec le patient, moi ça me...Des fois je dis à la secrétaire, pour l'instant vous dites non, aux patients très âgés polypathologiques, non, et voilà du coup ça me...

D9 : Je veux que des jeunes monopathologiques (*en riant*).

D5 : Nan, mais j'ai craqué parce que un patient bah voilà, c'était de (*Nom*) qui part à la retraite et bah, il donne le nom à ses patients alors je lui ai dit bah qu'il essaye sur les autres cabinets, ah bah, ce matin, ah non il n'a pas trouvé, alors il revient. Mais c'est, c'est compliqué hein ?

D2 : Non, mais moi, je gagne une minute par patient de toute façon, systématiquement, hein...

D9 : Tu fais pas la T2A quand même ?

D2 : Pardon ?

D9 : T'es pas encore passé à la T2A ?

D2 : Oh, plus que ça !

D13 : Le temps patient est précieux.

D2 : C'est précieux, quand je suis tout seul déjà c'est la secrétaire qui fait les encaissements, qui fait la carte vitale et tout.

D9 : Ah d'accord. C'est pas elle qui prend la tension et écoute le cœur quand même ?

D2 : Pas loin. Et puis autrement, je les laisse partir, je les raccompagne jamais parce que j'ai pas le temps. Je leur dis je vous laisse partir, j'ai pas le temps (*en riant*).

D6 : Moi je trouve ça bien justement de les accueillir et de les raccompagner.

D2 : Ouais, mais je les accueille vite fait en disant vous vous installez j'arrive et puis je bois mon café et puis j'arrive. Tu vois tu gagnes vachement de minutes comme ça, à la fin de la journée je suis sûr j'ai gagné au moins 45 minutes.

D7 : Mais ça finit une consultation de raccompagner le patient.

D2 : Nan mais souvent c'est terminé quand t'es payé souvent.

D7 : C'est vrai.

D2 : Oh, nan, nan, mais si, ça a pas l'air de trop choquer.

D4 : T'as pas un long couloir à remonter, non plus.

D2 : Toi aussi tu fais pareil du coup ? *(en s'adressant à D4)*

D4 : Alors que moi, j'ai tout le couloir, alors je le fais de moins en moins raccompagner.

D6 : En théorie accueillir et raccompagner, c'est important.

D4 : C'est une évolution dans l'organisation de les raccompagner à la porte du cabinet.

D3 : Mais je pense que notre disponibilité à nous aussi elle est hyper importante dans la relation, comment on est dans notre tête, qu'est-ce qui s'est passé dans notre vie perso avant d'arriver au travail. Mais c'est vrai que je pense les gens en effet ils le ressentent des fois. Une fois j'ai eu droit à : « bah, vous avez l'air fatigué aujourd'hui », bah oui, je veux dire avec la grippe je pense qu'on a tous été fatigué à un moment donné. Et c'est vrai que de temps en temps les patients ils ressentent aussi comment on est et comment on va...

D9 : Et c'est bien de leur montrer.

D3 : Bah, des fois, oui, je pense mais est-ce qu'on doit ...

D2 : Ouais, c'est ça, est-ce que le médecin il doit être imperturbable, cacher toutes ses émotions ou est-ce qu'il doit révéler ses émotions ? Et jusqu'où ? C'est une des choses qu'on a apprise aussi en...avec l'*(Nom)*. Là c'est le médecin doit révéler ses émotions au patient plutôt que de les masquer. C'est parfois, parfois plus opérationnel.

D6 : Je pense qu'il faut savoir garder une certaine distance.

D2 : Tout en gardant de la distance.

D6 : Mais en même temps, c'est vrai que la communication passe dans les 2 sens.

D2 : La révélation de soi c'est ça, ils appelaient.

D6 : Moi, il y a une patiente que je voyais tout le temps, qui avait des tas de bobos, à qui j'accordais beaucoup de temps et cetera, je discutais beaucoup avec elle et un beau jour, je ne sais pas pourquoi, j'étais pressée, j'ai changé de ton et elle est jamais revenue. Donc elle a senti en fait que je n'étais plus disponible pour échanger sur de la bobologie en fait et ça ne lui a pas plu.

D2 : Baaaahhh elle a changé de médecin bobologue.

D6 : Oui, elle a changé de médecin bobologue.

D9 : Il n'y a pas que les médecins qui sont « vexables », hein.

D6 : Mais c'est vrai.

D9 : Les patients aussi sont vexables.

D6 : Mais en même temps, euh, quand elle se vexe, c'est qu'elle avait une souffrance quand même. Et je la suivais depuis longtemps. Mais des médecins bobologues, elle en trouvera de moins en moins.

D2 : Bon, ça avance les jeunes là ?

M : humm, humm.

D2 : Vous avez fait le tour de votre affaire ?

M : Il y a beaucoup de maitre de stage là ici ?

D2 : Il n'y a que ça. *(Rires)*

M : Bon

D2 : Non, pas tous, pas tous.

M : Si vous deviez évaluer les habiletés de communication de votre interne ou stagiaire, ce seraient quoi vos critères de jugement euh, est-ce que vous avez des techniques, des grilles ou des... est-ce que vous le faites ? Est-ce que vous évaluez la relation, la communication ? Ou pour vous-même aussi ? Comment vous évaluez, est ce que vous évaluez, vous, la relation que vous avez, euh ? Ça serait quoi vos critères ? Est-ce que vous vous posez la question, euh ?

D2 : On l'a tous constaté d'ailleurs, pratiquement tout le monde d'ailleurs. Quand tu vois partir le patient, tu vois s'il est content ou pas.

D5 : Tu vois s'il a compris ou pas.

D2 : S'il a compris ou pas, s'il adhère ou pas. On le ressent à la fin de la consultation, ça se fait assez facilement. Après, dans le courant de la consultation c'est vrai que on a tous plus ou moins une grille j'imagine. Moi, j'ai une grille, je peux te la donner, c'est le confort que j'ai et qu'a le patient dans la relation, c'est le... à la fois dans le verbal et dans le non verbal, c'est la symétrie un petit peu le, la symétrie positionnelle de l'un et de l'autre, c'est le, ouais c'est ça, après le, il y a une chose plus difficile c'est savoir clore, clore sans rejeter le patient, sans le jeter. Donc euh, ça, ça je me démerde un peu moins bien dans l'ensemble. Mais des fois, je me dis, c'est mieux réussi ou moins réussi. Je l'ai mis dans ma grille de jugement ça, est-ce que j'ai su clore sans rejeter, ou en proposant quelque chose, une nouvelle consultation. C'est-à-dire que le fait d'avoir une grille ça permet d'être attentif un peu à certains points.

D9 : Moi, il y a des choses qui me surprennent toujours c'est les gens qui disent « ah docteur untel, oh on sait quand on arrive mais alors euh pwouuu, il prend avec des heures de retard » ou alors « le matin son cabinet ouvre à 8 heures il y a déjà 5 personnes devant la porte qui attendent, on n'est pas sortis avant midi » et puis enfin mais ils reviennent. Donc au fond je me dis euh s'il y a beaucoup de monde bah ça doit être un bon médecin, ça rassure les gens. Et puis d'autre part, si peut-être le médecin va vite, parce que des fois les gens ils ont peur, ils viennent pour un sujet A et puis qu'on aille mettre notre nez dans un truc B dont ils n'ont pas vraiment envie qu'on mette notre nez dedans. Alors qu'ils se disent peut-être que si ça prend moins de temps, parce que nous on dit toujours, ah bah oui, un bon médecin il faut être à l'écoute, il faut prendre son temps, et il y a des gens qui n'ont pas vraiment envie de ça.

D6 : Il y a des tas de consultation aussi où on va droit au bout, ça prend 10 minutes euh, 5 minutes de machin, truc et terminé.

D9 : Et il y a des personnes qui sont très contentes avec ça.

D2 : Bon, donc c'est des gens qui veulent gagner du temps et te faire gagner du temps.

D13 : Le collègue avec qui j'étais associé, je l'avais remplacé au départ et lui c'était le cas. Il arrivait carrément en retard, il y avait déjà plusieurs personnes dans la salle d'attente, les gens attendaient énormément, même quand il était sur rendez-vous. Les gens attendaient toujours beaucoup et ils continuaient à venir. Il a perdu quelques patients de temps en temps et, les gens me disaient ce qu'il y a de bien c'est que même s'il est en retard, il prend son temps, il nous explique. Et ça, ça revenait souvent, souvent. Au moins, même s'il est en retard, il prend le temps de nous écouter, il prend le temps de nous examiner. Ça c'est quelque chose qui revenait vraiment souvent. Nous c'était pas que pour ça, il arrivait déjà avec une demi-heure de retard le matin.

D1 : Les gens ils ont un problème, le leur, même s'il est multifactoriel.

D13 : Oui, oui, oui.

D1 : Donc si tu t'occupes d'eux, eux ne pensant qu'à eux, ils sont contents. Les autres, rien à cirer.

D12 : Nan, mais c'est vrai que les gens ils vont un peu tirer la gueule si tu prends des coups de fil pendant leur consult par contre, eux quand ils t'appellent.

D1 : Voilà.

D13 : C'est ce que j'ai essayé de dire aux gens qui parfois insistent mais vous pouvez bien me prendre entre deux.

D12 : Ouais.

D13 : Mais si je vous prends entre deux c'est que je dois prendre quelqu'un d'autre.

D12 : Oui, et puis la prochaine fois vous voudrez pas être pris.

D6 : L'expression « entre deux » on l'a tous entendu un million de fois.

D12 : C'est juste pour un papier.

D6 : Ça va être rapide. Alors là, t'en as pour trois-quarts d'heure.

D1 : Entre deux quoi ? Entre deux minutes, entre deux patients entre deux cafés. Entre deux quoi ?

D5 : Au début que j'étais installée je disais oh lala, je ne peux pas vous prendre avant tard ce soir. Ah bah, c'est pas grave docteur, ça ne me gêne pas de venir tard (*en riant*).

D12 : Je comprends que vous ayez beaucoup de travail mais à 23h ça me va. (*Rires*)

D13 : Mais moi je remplaçais un médecin à (*Ville*), il prenait les patients à 22h30-23h tous les soirs, c'est spécial.

D10 : Donc il donne des rendez-vous à 22h30.

D6 : S'il donne des rendez-vous à 22h30 il a terminé à 23h.

D10 : Oui. Et les gens ils viennent pour un truc à 23h

D13 : Il y avait un cardiologue à (*Ville*), il donnait des rendez-vous le dimanche, souvent, souvent. Parce qu'il avait pas le temps de tout voir en semaine.

D3 : Enfin, il y a quand même des limites, on est loin de la relation médecin-malade.

D9 : Le cadre, les limites.

D1 : Non, mais on voit bien que chacun définit son mode opérationnel. Ensuite la relation médecin-patient, elle se base là-dessus quoi, hein. Ah bah, moi, je vois bien quelqu'un qui fait attendre les gens, il y a de nombreux patients dans la salle d'attente, il y a une tension, tout ça. Les gens sont un peu rassurés parce que c'est un médecin qui est agité, il a beaucoup de travail, ça bouge, il est actif, c'est un bon médecin souvent. Dans l'esprit des gens âgés surtout, c'est normal que le médecin, euh, qu'il soit actif, qu'il soit débordé, c'est normal. Si toi tu arrives et que tu essayes de prendre les gens à l'heure et que tu vraiment, tu prends un secrétariat à distance pour ne jamais être dérangé pendant tes consult, alors bien sûr avec quelques exceptions quand les gens ont besoin de te parler mais bon, c'est toi qui rappelle. Les gens ça les stresse un peu, parce qu'ils ont l'impression qu'il n'y a personne parce qu'ils attendent pas. Ils voient juste une personne qui sort, et on les prend et puis quand ils partent, ils en voient juste une qui attend.

D2 : Il n'y a personne, il n'y a personne chez vous aujourd'hui.

D1 : Alors que t'as fait un effort pour t'organiser, parce que moi je reprends la patientèle d'un médecin, voilà, et donc je vois bien que, il y a une sorte de vide, mais alors docteur vous avez, ça marche pour vous ? Alors ils sont inquiets quoi.

D2 : Soit en retard. (*Rires*)

D1 : J'ai des plages, bon, comme je reprends une patientèle je prends du temps, je mets plus de temps bon, et j'ai des plages horaires beaucoup plus longues donc en fait, je vois le même nombre de personne mais en plus de temps et je me ménage des plages et je m'organise.

D2 : Moi, je préfère que ce soit la patientèle qui soit stressée plutôt que moi, hein.

D1 : Et je vois bien que les gens de ne pas voir 4 patients dans la salle d'attente quand ils arrivent, il y en a qui sont troublés.

D9 : Bah finalement il a perdu toute la patientèle, il n'y a plus personne.

D2 : Nan, mais attend, (*Nom*) il était vachement en retard aussi.

D1 : Et il y en a d'autres qui me disent « ah bah on n'attend pas là, c'est bien », ça marche dans les 2 sens hein. « Et puis on n'attend pas c'est bien, et puis votre secrétariat c'est bien parce que hein, moi quand j'étais là, il avait toujours 4 appels », euh bon, tu vois, il y a les 2. Il y en a qui trouve ça bien, d'autres moins bien.

D9 : C'est comme ça que le tri se fera.

D1 : Tu peux pas hein, mais j'ai trouvé ça vraiment très, très très, ça m'a vraiment frappé ça, je ne m'attendais pas à ce que ça soit aussi important. Il y a des gens il faut que le gars soit hyper agité quoi, s'il est organisé ça les, ça les déstabilise quoi, hein.

D10 : C'est vrai qu'il y avait des patients qui me faisaient la remarque en début d'après-midi, mon collègue était en visite, la secrétaire n'était pas là. C'est assez calme en début d'après-midi, il n'y a pas trop d'appels, donc si j'étais à l'heure, c'est ça les gens d'habitude il y a du monde, c'est calme aujourd'hui docteur.

D9 : Bah, ce qui vient d'être dit ça répond à la question que tu as posé tout à l'heure, si vous aviez à juger de l'aptitude à la communication de votre stagiaire, et bah en fait, autant de patients, autant de médecins recherchés et autant de profils psychologiques du médecin et autant de patients avec qui ça correspond. Juger, se permettre de juger de la capacité à communiquer de quelqu'un, déjà moralement c'est peut-être comme ça et puis techniquement c'est dur.

D10 : Mais on est différent, du coup moi c'est vrai qu'avec mon associé, les gens vont voir l'un ou l'autre en fonction de parce qu'ils savent, enfin...

D6 : Oui, bien sûr.

D10 : Quand ils connaissent un peu les 2 médecins, ils savent un peu ce qu'ils voudraient entendre dire, ils savent ce qu'on va leur dire parce qu'ils savent que voilà, au bout d'un moment, on a un peu tout le temps le même discours donc ils savent qu'avec l'autre ça va changer, qu'il nous connaît moins ou qu'il va être moins catégorique.

D2 : Dès qu'ils ont repéré que t'étais un médecin qui fumait et bah, t'as tous les tabagiques du quartier hein. (*Rires*)

D2 : C'est sûr hein, dans un cabinet où il y a un médecin qui fume, je veux dire, le tri est vite fait hein. Ils vont pas se laisser « emmerder » par un gars qui leur demande d'arrêter de fumer à chaque fois qu'il les voit. On va être dans les temps.

M : Bon, et bien je crois qu'on a fait le tour. On va s'arrêter là.

FIN

Verbatim Focus Group E du 16 octobre 2013

Modérateur : Florian Guichard (M), Observateur : Mélanie PHILIPPE

M : Donc selon, selon vous hein, alors, il va falloir que quelqu'un se lance, est-ce que vous vous intéressez à la, à la relation avec le, avec le patient ? Est-ce qu'il faut s'intéresser à euh, à cette, à cette relation selon vous ? Est-ce que c'est important de s'y intéresser ?

E1 : Ah bah, c'est marrant parce que moi c'était euh (*se racle la gorge*), le...je viens de passer mon port-folio là...

M : Ouais.

E1 : Et du coup à la fin, il demande de faire un Powerpoint de quelques diapo sur euh les compétences à...non acquises ou à...

M : Ouais, hum (*acquiesce*).

E1 : Ou à peaufiner et euh, les méthodes de, d'acquisition pour euh, ces compétences, euh, imparfaites et euh, moi j'avais bien axé ça sur la, sur la communication en fait donc euh, dans la relation médecin-malade c'est un point essentiel je pense. Et en fait, d'une part la communication orale et puis toute la communication non verbale dans à la fois l'attitude du médecin et euh, l'attitude du patient dans tout ce qui peut se transmettre dans le non verbal dans une consultation. Euh, donc euh, enfin voilà. Dans la relation médecin-malade, je pense que le travail du médecin euh, sur tout ce qui est communication non verbale, en amont de la consultation, est importante quoi. Et que c'est quelque chose qui s'acquiert également avec l'expérience professionnelle euh...

M : Humm (*acquiesce*).

E1 : Et donc que la relation médecin-malade euh s'affine euh je pense avec la avec l'expérience professionnelle. Et donc que euh, on est un peu tributaire de, de cet élément-là quoi. C'est-à-dire que la consultation, euh, euh, elle s'améliore avec les années. Il y a quelque chose d'incompressible, euh, dans ce, dans le, dans le concept quoi.

M : D'accord, donc ça c'est quelque chose, enfin, ça t'avait, euh, enfin, c'est quelque chose qui te manquait entre guillemets ?

E1 : Bah, c'est une compétence, c'est une des 15 compétences, enfin, je sais pas combien de compétences...

M : Ouais, ouais.

E1 : Qui, qui nécessite un approfondissement quoi. Mais je pense que ...alors après, il y a des, il y a des, après je pense qu'il y a des personnes qui sont plus à même à avoir des relations euh, plus faciles dès le départ mais euh, c'est euh, au niveau professionnel, enfin, parce que c'est pas une relation qui se...il n'y a pas que de l'intuitif quoi, il y a quelque chose aussi qui s'apprend, enfin je pense avec la pratique.

M (*acquiesce*) : Hum, E2 (*Rires du groupe*), ça t'intéresse toi la relation que tu as avec tes patients ?

E2 : En fait, c'est bizarre parce que moi, il y a il y a, il y a plein de fois où ça me paraît juste, quoi, ça fait pas partie des trucs qui m'ont paru compliqués au début, quoi. Moi, je pense que, c'est un peu ce qui m'a fait choisir médecine générale d'ailleurs, c'est parce que je me suis rendu compte que il y a plein de fois où ça se passe très bien et par contre les seules fois où, en fait je, justement j'ai, j'ai pas énormément travaillé dessus quoi. Et je sais parce que j'ai l'impression que ça, que ça coule un peu

de source on va dire quoi pour la majorité des gens. Et par contre les, les quelques patients avec qui ça passe pas, c'est vrai que moi, ça me, ça m'angoisse (*Rires*). Et c'est vrai que résultat, j'ai retravaillé dessus, quoi, sur les, sur les quelques cas où, où je sais pas pourquoi, alors qu'avec, j'ai l'impression que ça me paraît assez facile la plupart du temps. Et par contre, c'est vrai que les quelques fois où ça ne marche pas, vu que ça a jamais été trop compliqué, je, j'ai limite l'impression de pas savoir faire les efforts. Même si c'est vrai que après plus d'expérience ça passe encore, encore mieux. Mais c'est vrai que ça fait partie, ça rend, euh, ça rend une consultation facile ou difficile, ça rend une journée facile ou difficile quoi. C'est vraiment ce qui, ce qui influe quand même pas mal sur le, sur nous ce qu'on ressent à la fin de la journée quoi. J'ai eu une journée difficile c'est pas forcément sur la difficulté du cas ou le nombre d'heures qu'on a passé, des fois c'est juste sur, sur comment on a ramé ou pas pendant la consult pour euh, pour y arriver ou comment on s'est battu avec le patient et des fois c'est plus ça qui, qui compte à la fin de la journée. Donc c'est quand même vraiment quelque chose de central.

E1 : Ouais mais je pense justement que c'est, c'est comme tu dis, il y a une part intuitive à la relation médecin-malade qui te permet d'avoir euh, sans forcément avoir fait des études euh, tu vois, de sciences, euh, de sciences sociales pour pouvoir faire une consultation quoi. Mais justement, il y a quelques consultations qui te paraissent, enfin moi, qui me paraissent beaucoup plus difficiles, pas forcément sur un motif euh, de consultation mais sur l'incompréhension que le patient peut avoir de ton analyse et sur le retour que tu as l'impression qu'il te fait quoi. Et euh, c'est euh, l'expérience je pense qu'elle joue beaucoup euh, pour ce genre de consultation. Et tu te fais pas piéger quand tu sens que la relation elle va être difficile. Donc euh, c'est là où tu commences à te servir des outils que t'as acquis au fil de tes consultations précédentes pour justement euh, orienter euh, ta consult, tout en sachant écouter ce que, ce que ton patient va te dire. Par exemple, quelqu'un qui va être vachement agressif et tu comprends pas forcément pourquoi et, et euh, tout de suite si tu fais pas attention, tu te braques intuitivement. Et là, t'as l'impression que t'as des cernes comme ça qui apparaissent (*en mimant les cernes jusqu'au milieu du visage*) et tu te dis putain, la journée va être longue quoi.

(*Rires de l'ensemble du groupe*)

E1 : Et généralement, c'est la première consult.

E2 : C'est ça, c'est les premiers.

E1 : T'arrives en retard, euh, t'as pas trouvé de place pour te garer, il pleut, t'es trempé, tu te souviens plus du mot de passe du médecin que tu remplaces, et le premier patient c'est un « pète-couille » quoi. (*Rires*)

E1 : Et euh, du coup ça se passe trop mal quoi. Mais, euh, justement, je pense que c'est sur l'apprentissage de ton, euh, de ton, de ta relation avec le patient qui, enfin c'est le fait d'être professionnel quoi, c'est euh, parce que du coup tu mets peut-être un peu moins de de ressenti personnel dans ta consult et moi je m'en rends compte à chaque fois, je m'en rends compte quand ça se passe mal que j'ai mis, que j'ai mis trop de de sentiment personnel dans, dans l'histoire quoi. Et je me dis que finalement celui qui a tort c'est pas forcément le patient quoi mais...

E2 : C'est ça, on se rend compte qu'on peut quand même influencer sur...

E3 : On peut pas tout faire non plus, c'est comme toute relation, il y a des 2 côtés donc euh.

M : Qu'est-ce qui fait un patient difficile sur le plan relationnel ?

E4 : Déjà quand il t'impose déjà ce que tu veux prescrire. (*Rires*)

E4 : Quand il dit, je suis pas bien, je veux des antibiotiques, il m'en faut j'en ai toujours. Alors ça euh...

E1 : Ah c'est les personnalités qui ont été décrites dans le séminaire, je sais plus quoi là. Alors je sais plus comment c'est cette personnalité, c'est euh...C'est euh, je sais plus. Mais c'est des gens qui bon voilà, ils...

E4 : Ils s'imposent, ils ont l'impression ils...ouais, ils savent ce qu'ils viennent chercher en fait. Ils demandent pas un conseil, ils veulent quelque chose quoi.

E1 : Ouais, ils... On a l'impression d'être le porte-stylo quoi.

E4 : Et qu'ils veulent nous apprendre notre métier et ça, ça bloque encore plus, ça c'est...le blocage.

E2 : Surtout quand t'es remplaçant et que l'autre avant il faisait comme ça.

E4 : Ouais. *(Rires)*

E4 : Et ça tu peux le changer je pense que, il y a le temps aussi, bon notre expérience, mais aussi le jour où on aura notre vraie, notre patientèle à nous, euh, ces patients-là où ça bloque, euh, c'est possible qu'ils reviennent pas quoi. Si on n'a pas une bonne relation, et donc ça épure et après on aura.

E1 : Après t'en as que tu vas te coltiner quoi qu'il arrive... *(Rires)*

E1 : Parce que eux, ils ont pas de moyen de transport et que ils habitent juste à côté et que ils changeront pas quoi.

E4 : Ouais.

E1 : Quoi qu'il arrive, parce que même ils se sont fait jeter par tout le monde.

E4 : Et puis il y en a, ils t'aiment bien aussi. Toi, t'as l'impression qu'à chaque fois t'es mal à l'aise, mais eux ils t'aiment bien et ils reviennent.

E1 : Ouais.

E3 : Ouais, c'est vrai.

M : Et tu les abordes comment ces patients difficiles ?

E4 : Ah bah, moi, s'ils ont été difficiles souvent, j'ai été bloqué, alors après j'en n'ai pas beaucoup mais de temps à autre, et c'est vrai que le soir, ceux dont tu te souviens c'est ceux-là quoi. Tu te dis, euh, j'aurais peut-être dû mieux gérer mais tu te dis, de toute façon t'es surpris.

E1 : T'as un sentiment de culpabilité après euh. S'il t'énerve dès le départ tu seras beaucoup moins bon dans le...

E4 : Bah tu peux pas te préparer sur le truc. Le gars qui se pointe et qui te dit déjà euh, tu l'as vu il y a 2 jours et il est toujours malade euh, et que c'est pas normal, que t'as pas fait les bons trucs euh, alors t'es là bah oui, bon alors tu lui réexpliques tout, après t'as pas le temps quoi.

E1 : Oui, et puis surtout que généralement c'est des motifs qui sont pas forcément euh, bien justifiés, quoi.

E4 : C'est toujours des motifs infectieux. Souvent, c'est les petits, c'est les virus, au bout de 3 jours c'est toujours pas passé.

E3 : Ou des certificats, ou le renouvellement d'ordonnance de somnifère qu'il continue à prendre depuis 15 ans, il y en a plein en fait. *(Rires de E2)*

E1 : Et au final, c'est là où, où le métier, le métier de médecin généraliste est plus important parce que c'est, on est des soins primaires donc c'est de la prévention.

E4 : C'est de l'éducation !

E1 : Et c'est euh...on n'est pas dans la thérapie euh, de pathologies euh, chroniques hyper compliquées à gérer, quoi, tu vois. Donc en fait notre boulot, c'est aussi la prévention, le soin primaire et c'est toute cette population là qu'il faut éduquer, mais c'est, tu dis que c'était plutôt le rôle des parents d'éduquer, en fait.

E2 : Ouais.

E1 : Voilà c'est. Nan, mais dans, dans, dans le comportement je veux dire, dans la façon de parler.

E4 : Je sais pas comment c'était quand t'étais petite, mais moi, je vois dans mon carnet de santé, et puis j'ai pas le souvenir d'être allé 15 000 fois chez le médecin quoi. Et il y en a tu les vois, tous les 15 jours ils amènent leur gosse chez le médecin.

E1 : Ouais.

E4 : Dès qu'ils ont juste un rhume quoi. Ils sont pas éduqués, ils viennent chez le médecin pour un rhume quoi.

E2 : Non, ils viennent pour le certificat pour garder les enfants à la maison. Le plus souvent, ils viennent pas pour le gamin, mais pour le certificat.

E1 : Ah non, moi, la plupart du temps, c'est des chômeurs ou des femmes à la maison qui ne travaillent pas.

E2 : Ils te disent, ah mais le rhume je sais le soigner, c'est juste que je ne veux pas payer la cantine et puis que la nounou elle peut pas le prendre alors je le garde à la maison.

E1 : Parce que tu remplaces où toi ? (*Rires*)

E2 : Vers (*Ville*).

E1 : Non, parce que généralement, c'est plus dans les quartiers un peu huppés qu'ils sont comme ça.

E2 : Non, non, à la cambrousse, euh, ils sont fana du « Doliprane » et rien d'autre hein.

E4 : Ça dépend du médecin !

E3 : Ça dépend des gens aussi ! Il y a des gens qui sont hyper stressés. J'en ai une en tête, son gamin il a de la fièvre depuis 3 heures et, et elle est tellement angoissée pour elle et pour lui qu'il faut qu'elle voit quelqu'un.

E2 : Ouais.

E3 : Alors je lui dis c'est une angine, c'est viral, il y a pas de soucis euh, ah bah on a bien fait de venir hein. (*Rires des autres participants*)

E1 : C'est clair.

E3 : Et puis un mois, elle revient pour la même chose.

E1 : 23 euros en 3 minutes. Merci bien, au revoir. (*Rires*)

E4 : Non, après, tu tu vois ceux que les médecins ont tenté d'éduquer parce qu'ils sont là. Pourtant on a quand même bien attendu 48 heures, vous êtes sûr que y a rien ? *(Rires)*

E4 : Toujours rien, on va peut-être encore attendre un peu. Mais euh, ça veut pas trop.

E1 : Et puis ils arrivent à te mettre le doute à force, hein ?

E4 : Ouais.

E1 : Il a une rhino, il a 38,5°C de fièvre, il a le nez qui coule, bon ok il a 8 mois mais bon. *(Rires de E2)*. Et la mère elle te dit ouais mais quand même êtes-vous sûr ? Et tu commences par finir par douter, tu te dis putain, si jamais il se passe un truc cette nuit-là, je suis passé à côté d'un purpura ou d'un truc dans le genre.

E4 : Nan, mais moi je leur dis de toute façon on regarde à la loupe, vous le déshabillez à fond, on regarde s'il n'y a pas de bouton, si vous en voyez surtout voilà quoi, enfin, la nuque est souple, là c'est bon.

E1 : Moi j'ai l'impression que quand je leur dis ça, ça les stresse encore plus.

E3 : Ouais, ça les stresse encore plus.

E4 : Ah ouais ? Nan, moi, je trouve que ça va.

E1 : Si jamais il y a un bleu qui apparaît sur les chevilles, ou s'il y a des tâches rouges qui apparaissent, vous appelez le 15. Aaah *(mime les parents inquiets)*.

E2 : Tu leur as dit que c'était un rhume. Et là tu leur dis que ça peut-être autre chose qu'un rhume. *(Rires)*

M : Dès que tu leur as dit ça ils vont appeler.

E1 : Ah ouais, regardez les boutons, là. Nan ?

E2 : Alors que c'est des boutons de chaleur, tu sais.

M : E1 parlait de, tout à l'heure de, qu'il prenait des fois trop à cœur ce qui était difficile, euh, avec un patient. Euh, comment, quelle place vous accordez aux émotions dans dans votre relation avec le patient ? Est-ce que ça influe sur votre relation ? Est-ce que c'est important pour vous vos émotions, les émotions du patient aussi ?

E1 : Bah oui, c'est vachement difficile à gérer.

E4 : C'est l'empathie ou... ?

E1 : C'est l'empathie mais l'empathie c'est, l'empathie c'est pareil, enfin, c'est... si t'es trop empathique, enfin je veux dire l'empathie c'est euh, le, le, enfin, moi la définition que j'en ai c'est la compréhension du sentiment de ton patient et l'accompagnement dans ce sentiment-là. Et euh, mais si tu y mets ton propre sentiment dans, et que tu pousses trop l'empathie, enfin que tu pousses l'empathie beaucoup trop loin.

E2 : C'est plus de l'empathie quoi.

E1 : Bah voilà, après tu souffres avec le patient. Tu l'accompagnes, tu l'aides pas quoi. Et ça c'est une frontière qui est super difficile à intégrer je pense. Quand t'as un patient cancéreux en phase terminale, que tu suis depuis 15 ans, qui vient te voir pour euh, qui te dit qu'il en peut plus euh... je pense que ne pas mettre ces émotions personnelles c'est un peu difficile. A partir du moment où...

E4 : Tu t'attaches vachement au patient.

E2 : C'est plus facile quand tu les connais pas trop. Enfin pas depuis longtemps.

E1 : Hmmm (*en faisant la moue*).

E4 : Le statut de remplaçant il est plus facile.

E3 : Oui et non.

E4 : Une fois que tu es installé quand même, tu t'attaches à tes patients.

E3 : Ça dépend de la relation que tu as.

E2 : Des gens en fin de vie, quand tu les as connus en fin de vie, tu, tu savais déjà dès le début quoi.

E3 : Ouais mais quand même, ça dépend, ça dépend des situations. Moi j'en ai une cet été en tête euh, le mec il ne devait pas avoir plus de 65 ans, le diagnostic a été fait juste avant que j'arrive. C'était un nouveau patient, donc euh, il voit le médecin une fois, on lui fait une radio pulmonaire, un scanner, on lui trouve une pèche au poumon, et moi, je suis arrivé après le diagnostic mais n'empêche qu'en 2 mois c'était réglé et t'es...enfin, je l'ai pas vu très souvent, mais je l'ai vu à chaque à domicile et euh, je pense que lui ça a vraiment ciblé sur le médecin traitant qui venait à domicile, qui gérait les petits soucis du quotidien. Enfin, t'es obligé de, de mettre des émotions, enfin, je le connaissais pas d'avant, je...Enfin, c'est pas le patient que tu connais depuis 25 ans, tu as vu ses enfants grandir, t'as vu son mari, t'as vu ses trucs, mais n'empêche que c'est un mec qui a l'âge de mon père et t'es obligé, enfin...franchement je pense que...

E1 : Enfin, tu...

E3 : Je m'en suis rendu compte après coup. Parce que en 2 mois il était décédé. Je m'en suis rendu compte après coup mais je pense que j'étais complètement, euh, visualisé, en me disant c'est la génération de mes parents, il peut se passer, enfin... Et du coup, des gens jeunes qui ont des soucis, ou qui sont en palliatif et qui décèdent vite, c'est quand même pas forcément très évident à gérer. Et puis après il y a la famille. Enfin, là pour le coup, il y avait la famille. Il y avait sa femme, ses enfants, c'est quand même pas évident de mettre toutes les émotions de côté.

E1 : En plus, quand tu fais les visites, t'es vraiment dans l'intimité de la personne. C'est pas dans le cadre du cabinet ou voilà t'as tes murs à toi, le gars, c'est l'élément étranger quoi. Quand tu fais la visite t'as...

E3 : Des détails, des détails tous cons, les photos de famille, tu sais comment c'était à l'intérieur, comment il était installé.

E1 : Et puis ça fait peur quoi, ça...moi, j'ai des...parfois des cas très difficiles comme ça à gérer au niveau, enfin, quand il y a un pronostic catastrophique que tu le sais et tout, que la personne espère quand même que bon, tu peux pas lui enlever tous ses espoirs quoi. Bah, ça, ça moi, ça, ça me fait plutôt un peu fuir quoi, plutôt que l'accompagnement quoi.

E3 : Ça te bloque en fait ?

E1 : C'est pas que ça, enfin ça me bloque pas mais enfin, la situation me donne envie de partir quoi. Tu vois, j'étais, là j'étais en stage à (*Ville*), c'est au-dessus de (*Ville*), euh, bon, c'était mon stage UPL, et il y avait une patiente mais jeune qui bossait dans une euh, moi j'étais arrivé longtemps après l'accident, mais qui bossait dans une papèterie et qui s'était fait coincer la tête entre un rouleau, dans une presse en fait. Et, et elle avait une compression carotidienne avec une ischémie cérébrale massive, donc tu vois euh, elle était devenue complètement handicapée euh, elle avait toute sa tête

encore mais euh, au niveau moteur, elle était, euh, tétraparétique, tétraplégique quoi. Et bon, t'arrives, et il y a le mari qui s'occupe de sa femme mais qui n'en peut plus, tu le vois, tu comprends qu'il a des espèces de petites relations à côté, bon, tu te dis bah voilà quoi. Et puis, t'as la patiente qui clairement dès qu'elle te voit, elle pleure, elle te dit qu'elle a envie de mourir. Tu te dis bon, et toi t'es là, au milieu, tu dois essayer de gérer donc la douleur de la patiente, physique, la douleur morale euh, l'installation, euh, tout l'équipement euh, le lit médicalisé, euh, les équipes soignantes qui passent, euh t'essaye quand même de voir si au niveau financier euh, il y a pas quelque chose qui se passe un peu bizarre. Genre le mari qui, qui, du coup qui en profite pour tu vois, qui se met comme aidant principal et qui en profite du coup à côté. Et toute cette situation-là, t'as, t'as, t'as pas envie de gérer ça quoi. C'est difficile quoi. Et ça, c'est aussi le boulot du généraliste. T'as pas de spécialistes qui font ça quoi.

E3 : Et puis c'est aussi toi le premier recours, s'il y a un souci ou quoi que ce soit, qui est-ce qu'ils vont appeler ? Bah c'est toi. Vous pouvez venir tout de suite. Bah oui.

E1 : Voilà, la personne de confiance quoi.

M : En fait, de mettre un petit peu de, un petit peu de distance, de peut-être pas trop s'investir émotionnellement. C'est un gage de qualité, enfin de, professionnalisme.

E1 : Il faut réussir à mettre de la distance, mais en restant humain, euh. Bon, il faut savoir jongler avec les 2 je pense.

M : Ouais.

E2 : C'est plus difficile, parce qu'en mettant de la distance, on se protège nous mais après, enfin on a toujours peur, enfin, de paraître trop froid par rapport à, par rapport au patient et aux familles tout ça. Donc euh, il faut le juste milieu, mais il faut aussi, quoi, mais enfin, c'est vrai aussi que quand on met trop de sentiment, quoi, mais le problème c'est qu'il y a des fois, il y a des gens, on a vraiment envie de tout régler, de tout régler dans leur problème. Et à un moment, il faut se dire, bah, oui, on est médecin généraliste on doit gérer plein de truc. Mais il y a des choses, on pourra pas tout régler dans leur vie et euh, et donc après il faut aussi se garder des objectifs faisables, je veux dire enfin... parce que si on essaye de trop s'investir des fois et puis on n'aura pas forcément les résultats après quoi. Il faut aussi garder des objectifs faisables et faire comprendre à nos patients qu'on ne peut pas non plus tout faire. On a beau les soutenir, les aider, les soigner, les entourer, mais à un moment on peut pas, on peut pas remplacer la famille euh.

E1 : Ouais, puis après trop les aider, tu les assistes quoi. Ça leur rend pas service non plus quoi.

M : Ouais, tu veux dire qu'il faudrait être...

E1 : Les responsabiliser sur leur santé.

M : Les autonomiser, leur donner plus de poids ?

E1 : Ouais.

E3 : Après je pense que ça dépend des patients aussi. Il y en a qui ont vraiment besoin d'être autonomisés. Et puis il y en a qui enfin, de trop les lâcher dans la nature, c'est la cata quoi. Je pense c'est aussi euh, on a tous notre personnalité et chaque patient a sa personnalité il faut aussi s'adapter à chaque fois. On peut pas avoir une réponse stéréotypée à chaque demande, il faut s'adapter systématiquement bah, au vécu, à qui est-ce qui est à côté. Si c'est une petite mamie qui est toute seule ou si tu sais qu'il y a les filles qui viennent tous les jours faire les courses. A chaque fois, enfin, chaque situation est différente.

E2 : Ça c'est sûr.

M : Sur le plan relationnel, qu'est-ce qui fait qu'une consultation est satisfaisante. Qu'est-ce que vous considérez qui est satisfaisant dans une bonne relation ?

E4 : Elle est compliquée ta question.

M : Quand est-ce que tu es satisfaite quand t'as une relation avec le malade, enfin...? (*Rires*)

E1 : En consultation, en tant que médecin, on est plus souvent satisfait de notre consultation quand on a fait le bon diagnostic ou quand on...

E4 : On n'en sait rien aussi quand on, quand t'es généraliste tu sais jamais si tu fais le bon diagnostic.

E1 : Bah, ça dépend, si tu fais un suivi, si tu vois le patient qui a un symptôme, tu diagnostiques un truc, tu prescribes des examens complémentaires, en accord avec ta clinique, tout ça. Tu fais des avis et tout, et si tu as l'impression bah, enfin, au final, si tu as fait le bon diagnostic, que ton patient a le bon traitement, que ton patient est guéri...

E4 : Ouais.

E1 : T'as l'impression d'être utile et à ce moment-là, c'est satisfaisant. Mais bon, après, c'est, ça c'est pour le, c'est pour nous quoi, c'est notre versant. Bon, le patient est satisfait aussi parce que, parce qu'on s'est pas planté, parce qu'on lui a pas fait de mal et qu'on l'a guéri quoi ou qui s'est guéri tout seul sans qu'on lui fasse de mal. Mais euh, mais ça c'est plutôt le versant satisfaction professionnelle. Après une consultation satisfaisante au niveau de la relation c'est quand t'as l'impression que ton patient il...qu'on est sur la même longueur d'onde quoi, que...qu'il comprend ce que tu dis, tu as compris ce qu'il t'a demandé et que t'as l'impression que t'as fait le tours quoi du, du problème quoi. Et puis qu'à la fin de la consultation, euh, qu'il y ait une consultation qui n'a pas duré 3 heures non plus quoi, tu vois, que t'as été efficace quoi. Et qu'à la fin de la consult bah, t'es satisfait parce que t'as, t'as, t'as l'impression d'avoir fait ton boulot quoi. Ou à la fin de la consult, ou à la fin du problème quoi.

M : Ouais.

E1 : Parce que ça peut être sur plusieurs consultations.

M : Lui le patient il serait satisfait dans quel cas à votre avis ?

E4 : Que tu l'aies bien compris je pense, surtout quand il ne comprend pas trop ce qu'il a, euh, comment on va le traiter quoi.

E1 : Ouais, parce que la représentation qu'il se fait de sa pathologie et du traitement qu'il pourrait avoir c'est probablement très peu souvent la même que la nôtre quoi. Et ça aussi, c'est quelque chose, enfin, il faut essayer de le comprendre, euh, pour les, euh, pour chaque problème. Mais euh, chaque fois, moi je me dis pas, alors la représentation de la maladie du patient... (*Rires*)

E1 : Ça c'est le questionnaire, c'est des questions du questionnaire de Kleinman ou je sais pas quoi, là tu sais tu « screen » toute, toute, plein de questions mais toutes bêtes tu vois, pour essayer d'avoir la représentation euh, de la pathologie que le patient se fait, de sa pathologie.

E3 : Tu vois ça c'est compliqué parce qu'il y en a qui viennent avec un problème et finalement en creusant, il y a quelque chose de plus important qui est à régler maintenant, et puis finalement, on répond pas du tout à leur questions donc euh...

E4 : Et puis bon en 15 minutes, 15-20 minutes des fois, c'est pas évident.

E3 : Ouais.

E2 : Ouais.

M : Le temps, ouais.

E3 : Que les 2 soient sur la même longueur d'onde, quoi, ils viennent en disant j'ai mal au ventre et tu te rends compte qu'ils font un infarctus. Et la réponse est pas celle que le patient attendait.

E1 : Ouais, le temps c'est super limitant comme tu dis. Alors moi quand j'étais à (*Ville*), les médecins de médecine interne qui étaient tous surspécialisés dans leur domaine, il y en a une qui était généraliste c'était (*Nom*), très bon médecin qui a un rapport à l'être humain qui est euh, très simple et très efficace, et qui m'avait marqué sur euh, pendant une visite. Elle disait euh, je comprends pas les médecins généralistes qui euh, qui voient 30 patients par jour euh, et qui euh, et qui en 30 consultations arrivent à régler leur problème. Pour moi, une consultation, c'est au moins 1 heure, 1 heure et demi euh et j'en vois, j'en vois maximum, tu vois, 4 ou 5 par aprèm, ouais, mais je lui fais bon, attends euh...toi tu es salarié de (*Nom*), tu as un salaire fixe euh, et généralement, les patients qui te sont adressés, ils le sont avec des hypothèses diagnostiques, quelque chose qui a déjà été fait, t'as une piste euh, t'as, t'as peut-être une fausse piste pour rechercher mais euh, mais t'as vraiment du temps à consacrer à ton patient quoi .

E3 : Et puis on voit pas les mêmes patients non plus, enfin.

E1 : Ouais, voilà. Nan, mais tu peux voir les mêmes patients, c'est ça le problème, c'est que t'es quand même souvent confronté à des consultations vraiment difficiles.

E3 : Oui.

E1 : Avec des pathologies pas diagnostiquées, chroniques, euh, qui altèrent l'état général, qui altèrent la qualité de vie, euh, et que en fait euh, personne n'a creusé parce que c'est trop long, trop compliqué et que en 15 minutes, tu peux pas quoi.

E4 : Ouais.

E1 : Et euh, alors que si tu avais 1 heure et demi, tu ferais, bah c'est bon euh, je vais me faire plaisir pendant 1 heure et demi. Ça c'était si t'avais euh, si ça changeait rien au niveau de ton salaire, moi peut-être, souvent je suis vachement frustré à me dire euh, non mais là, ça fait une demi-heure que je suis avec le patient euh, je peux pas continuer parce que la salle d'attente est pleine et que...

E3 : C'est pas qu'une question de pognon, non, mais c'est aussi qu'il y a le téléphone qui sonne et que t'en as 5 qui attendent dans la salle d'attente.

E1 : Oui, mais, enfin, oui, d'accord, mais c'est pas, bon, c'est quand même euh, principalement...enfin, tu vois, si tu passes 1 heure et demi avec tous tes patients, parce que tu peux le faire, hein, tu peux dire à tes patients, tu fais ton emploi du temps.

E4 : Au bout d'1 heure et demie, il y a un moment, je ne saurais plus quoi leur dire. (*Rires*)

E1 : Tu prends pas d'urgence, et puis, nan, mais voilà, tu passes 1 heure et demie, avec les patients, avec lesquels tu penses qu'il faut passer 1 heure et demie. Mais par contre, t'imagines, tu gagnes euh, tu gagnes le SMIC euh.

E4 : 23 euros, 1 heure et demie, euh...

E2 : Ton planning il est fait 1 mois à l'avance, quoi parce que...

E1 : 46 euros pour, donc voilà euh, ce n'est pas rentable. C'est pas viable, donc du moment que c'est pas viable sur ton, sur le plan professionnel, bah, tu peux pas quoi.

M : Ouais, il y a quand même des contraintes économiques et temporelles qui influent sur la relation.

E1 : Ah ouais, ouais.

E2 : Oui, mais après, quoi, après ça dépend. Il y a des choses urgentes que tu peux voir en une fois, après il y a des trucs, un peu chronique où tu peux aussi prendre le temps d'éliminer euh des hypothèses, quoi, t'es pas obligé de tout résoudre en 50 minutes.

E1 : Ouais, mais alors, ça, ça implique quand même que tu réfléchisses sur le cas de ton patient en dehors de tes horaires de travail et donc que tu travailles chez toi, euh, une fois que tu as fini toute ta compta et toutes ces « conneries » là euh, à 20h30, c'est nickel, quoi. (*Rires*)

E2 : Bah, en fait, tu réfléchis quand tu reçois la première bio et que tu te dis ah, j'aurais dû demander ça, et ça, et ça.

E1 : Voilà, et donc, c'est complètement désordonné tu vois. Alors que si tu es salarié et que tu es dans une structure où t'as, où on te fournit le cabinet et tout, on te paie pas, donc t'as pas ta compta à faire, tout ça, ça te libère vraiment du temps, du temps effectif, où t'as le côté intéressant de ton boulot et tu rends service à ton patient. (*Les autres participants acquiescent*)

E1 : Mais bon, enfin, c'est pas vraiment, euh, dans la logique de la médecine française en tout cas, euh, pour les généralistes, peut-être qu'on finira par se faire salarier.

E2 : Même si on se fait salarier, on aura quand même une quantité de patients à voir.

E1 : Oui, parce qu'on reste dans du soin primaire.

E2 : Nan, mais, tant qu'on n'est pas assez nombreux et que, de toute façon la médecine coûte cher, il y a un moment on peut pas avoir un patient par médecin.

E1 : Oui, mais le fait d'être salarié ça va permettre de peut-être aussi diminuer le nomadisme des patients, ou d'avoir une éducation plus efficace. Parce que les patients, qu'ils t'aiment ou qu'ils t'aiment pas, le jour où t'es salarié, on sera sectorisé donc euh, tu seras dans un quartier et t'auras telle patientèle du quartier. Donc les gens ils pourront pas aller voir une autre personne que toi. Et donc euh, si euh, si tu leur fais bien comprendre que ça ne sert à rien de venir pour ça, et bien du coup, finalement, ça va te libérer du temps pour euh, pour des problèmes un peu plus long à gérer.

E2 : Ouais, mais globalement tu vois bien que au final, tu crées une patientèle qui correspond à ta façon de voir les choses et eux, eux, qui voient la même chose que toi quoi.

E1 : Hmmm (*acquiesce*).

E2 : Regarde, dans tous, dans tous les médecins qu'on a croisés, ils ont pas forcément, après effectivement, si t'es le seul médecin à 50 kilomètres à la ronde, ils ont pas le choix, mais il y a d'autres endroits où surtout quand t'es dans un cabinet de groupe, les gens, ils... finalement, au final, ils se disloquent, et puis tu te retrouves avec des patients qui te correspondent et à qui tu corresponds effectivement. Mais je pense aussi que c'est ce qui améliore la relation. Donc si tu ne leurs laisses plus le choix, bah, je pense qu'il va y avoir plein de situation où ça va mal se passer.

E1 : Ah bah, ça sera conflictuel, c'est sûr.

E2 : Si chacun, parce que des fois, c'est juste une façon de voir les choses, il y a pas forcément une façon bien claire, mais euh, même en tant que médecin, on n'a pas forcément la même façon de fonctionner, pas forcément moins bien ou mieux. Je pense que leur laisser un peu le choix ça peut être un plus.

E1 : Ah oui, oui, il faut savoir leur laisser du choix, c'est sûr.

E2 : Bah, pour certains patients, des fois, tu te dis, bah, peut-être qu'ils trouveront quelqu'un qui correspond plus à leur façon de voir et je suis bien contente qu'ils soient pas obligés de venir me revoir moi parce que...

E1 : Ouais.

E2 : Parce que tu te rends bien compte que tu leur apportes pas ce qu'ils veulent. Il y a un moment, euh, forcément, quand ils ne sortent pas content de la consultation.

E1 et E3 : Ouais.

E1 : Ouais, mais ça c'est après des années de pratique quoi. Tu vois, enfin, c'est pas instantané donc euh...c'est déjà un gros boulot d'élagage euh, qui te prend du temps, quoi.

E2 : Ça se fait avec le temps.

E1 : Et voilà.

E2 : Et puis je pense que ça change au fur et à mesure du temps. Entre le moment où tu t'installes, et le moment où tu pars à la retraite, je pense que t'as changé peut-être aussi de façon de fonctionner. Il y a des choses sur lesquelles tu t'es adapté et il y a des gens que tu accepteras mieux en vieillissant que et inversement quoi, donc euh.

M : Qu'est-ce qui...tu parlais de patient qui se sentent bien avec un médecin, qu'est-ce qui inspire la confiance entre un, avec un patient ou avec un médecin dans la relation ? Qu'est-ce qui fait que la confiance s'installe ? Est-ce que vous auriez des idées qui pourraient permettre d'avoir la confiance du patient ou bah, au contraire?

E1 : Alors moi, je pense, à mon niveau de pratique, en tant que remplaçant qui fait pas énormément de suivi, la confiance à court terme, je pense qu'elle s'installe sur euh, la, le, ta capacité d'écoute avec le patient. Parce que finalement, on n'a pas trop de temps à leur proposer parce qu'on est remplaçant, donc on est là que sur une certaine période. Donc savoir les écouter et puis faire un travail correcte quoi. Par exemple un patient qui vient te voir pour un problème précis, tu lui règles son problème, eh bien, il peut te faire plus confiance que si tu, s'il a l'impression que t'as rien fait quoi. Enfin, ça, ça c'est à court terme, parce que, moi, j'ai jamais remplacé plus de 2 semaines dans le même cabinet donc euh.

M : L'écoute, écouter le patient, ça permet déjà de...

E1 : S'il sent que tu l'écoutes.

M : Ouais.

E1 : Tu vois, même si c'est pas...

M : Même si finalement on fait rien, le fait de l'écouter euh, ça fait déjà pas mal de choses.

E1 : Ouais, ou euh, ouais, mais...

M : Enfin ça dépend le motif bien sûr.

E2 : Des fois, on sait pas. Enfin, des fois, il y a des patients, ils sont enchantés et on sait pas pourquoi, parce qu'on a l'impression d'avoir fait, pas de miracle, et des gens t'as l'impression de t'être décarcassé, d'avoir fait des trucs trop bien et tu te rends compte que...enfin, moi, moi, j'ai fait un remplacement longue durée, et avec une partie du temps où j'étais à mi-temps avec le médecin,

l'ancien médecin, bon forcément ça faisait des plombes qu'elle était en arrêt donc ils sont un peu, quand elle est revenue, même à mi-temps ils se sont tous remis sur ses consult, ce qui est parfaitement compréhensible, ça faisait 6 mois qu'il l'avait pas vu, voilà. Mais j'en ai certains qui sont, qui finalement étaient contents de continuer avec moi parce que, parce que j'avais commencé à régler des trucs, et qu'ils voulaient que je continue. Il y en a des autres qui sont, quoi, et, et puis finalement c'est pas ceux pour qui t'as eu l'impression de faire des trucs super bien euh, qui ont, qui, qui te disent bah, je veux continuer avec vous parce que c'est vous qui avez commencé. Et puis, certains, t'as l'impression d'avoir rien fait de fantastique, enfin, quoi, d'avoir rien régler, d'avoir tout laisser en plan parce que t'avais pas d'idée, et puis finalement ils te disent que tu étais trop bien, qu'il faut que tu restes. Bah, des fois tu sais pas, il y a un truc qui passe.

E1 : Ouais, mais tu les as peut-être bien écouté.

E2 : C'est peut-être ça, mais des fois tu sais pas trop et c'était ce qu'ils voulaient.

E1 : Il y a des gens qui viennent simplement pour être écoutés, hein ? Sans qu'on s'en rende compte hein ? Qui viennent pour un problème X et puis que bah, t'écoutes quoi. Des fois, ils te parlent de leurs problèmes et tu fais, oui, oui, oui, oui, t'es empathique quoi. (*Rires*). Nan, mais voilà, ça fait partie de la thérapie aussi, c'est...

E3 : En fait, il y a des choses qu'on ne maîtrise pas, c'est comme les relations avec les amis, enfin, avec n'importe qui. Il y a des gens qui ont envie de voir le médecin, dans leur tête c'est toujours le mec de 50 ans, qui en impose. Et puis d'autres, qui sont tout content de voir une petite jeune parce que ça fait une tête nouvelle et que là on va pouvoir tout raconter depuis le début et que là justement on écoute, on écoute plus que celui qui a déjà eu l'histoire 15 fois à chaque fois qu'ils viennent en consultation. Enfin, à partir du moment où ce sont des relations interhumaines, il y a des choses qu'on ne maîtrise pas et euh, et parce qu'on a l'air sportif alors du coup, les sportifs vont nous aimer. Parce qu'on enfin, parce qu'on est une fille, parce qu'on est un mec, parce que...je pense qu'il y a quand même des choses, enfin, ou des petits trucs dans l'attitude qu'on ne maîtrise pas qui vont plaire ou qui ne vont pas plaire au patient qui est en face de façon complètement inconsciente. Alors après, il y a l'écoute, il y a la connaissance, je pense si on, il y a une façon aussi d'avoir confiance en soi, de dire un truc en disant je suis sûr que c'est ça on va régler le problème ou au contraire, de dire je sais pas, enfin...ils vont percevoir tout ça, et il y a des choses qui passent, et d'autres qui passent pas mais euh, mais comme on peut pas être ami avec tout le monde, on ne peut pas plaire à tous les patients. De toute façon euh, voilà, je pense qu'il faut l'accepter avant parce que sinon, on va forcément avoir des déceptions après. Et puis, tu disais on va se décarcasser pour des gens, et puis au final ça n'ira pas.

E2 : On n'est pas forcément obligé d'avoir un retour positif sur ce qu'on fait. Je pense qu'il faut vraiment, t'as raison, qu'on se...

E1 : Ouais, mais là après dans ce que tu dis il y a quand même le ressenti personnel de la relation, tu vois. Enfin, tu peux, quand même, même avec des gens avec qui tu t'entends pas, enfin, tu vois, fondamentalement, parce que tu es, euh, t'es pas, t'es pas du tout sur la même longueur d'onde, t'as pas les mêmes idéaux, ils disent des trucs qui te choquent, ton, ton boulot c'est quand même de les soigner quoi, donc euh...Et toute la, toute la difficulté à mon avis c'est de rester, d'avoir un abord professionnel avec ce genre de patient quoi. Donc euh, t'es complètement pas d'accord avec ce qu'il pense parce qu'ils vont te sortir que les noirs c'est tous des cons, tu vois. Et que là vraiment, tu te dis que vraiment c'est un salaud quoi, et bien, s'il vient pour un problème de santé, enfin, mais tu vois, euh, je veux dire, c'est quelqu'un que tu peux voir régulièrement quoi, tu vois.

E3 : Mais ça, c'est ta vision que tu as sur le patient, et tu dois être professionnel.

E1 : Ouais, mais ce que je te dis.

E3 : Après, dans l'autre sens, ce que le patient pense de toi, euh...

E1 : Oui, ça tu ne peux pas trop le gérer.

E3 : Bah, tu ne peux pas trop le gérer.

E1 : Mais euh, t'as quand même une attitude que tu, enfin, tu peux quand même savoir quelle est l'attitude que tu dégages, et la modifier peut-être un petit peu aussi, euh...

E3 : Ouais.

E1 : Et euh, ouais, je sais que moi, ça fait partie, pour moi, c'est ce que je disais tout à l'heure, ça fait partie, de la, la relation non verbale euh, médecin-malade, et que intuitivement t'en as une quoi, mais que en la bossant tu peux modifier quoi. Et donc, aussi comme tu disais, t'adapter, euh, à ton patient et euh, sa personnalité. Mais bon après c'est sûr que tu dégages, rien que le fait d'être un homme ou une femme.

E3 : Ouais, voilà, c'est ça, tu pourras pas le changer quoi. *(Rires)*

E1 : Le fait d'être vieux ou d'être jeune non plus.

E2 : C'est plus compliqué.

E1 : Ou alors il faut se maquiller tous les jours, t'imagines le boulot quoi.

E3 : C'est sûr que tu travailles et tu restes professionnel, mais il y a des choses que tu ne changeras pas.

E1 : Aujourd'hui je vais me maquiller en femme. *(Rires)*

E4 : Il y a des choses sur lesquelles tu peux travailler quoi. Moi, j'en ai vu un...

E1 : De toute façon, tous les médecins avec lesquels on a bossé nous l'ont dit, hein, ici, ils ont une patientèle qui s'identifie à eux sur plusieurs critères quoi. Rien que l'âge, t'y peux rien, regarde, quand t'es jeune, t'as plein de jeunes, et quand t'es vieux, bah t'as des vieux.

E4 : C'est bien les jeunes. *(Rires)*

E2 : T'as des vieux qui aiment bien les jeunes, ils sont contents de voir des petits jeunes.

E1 : Nan, mais t'as, enfin, je veux dire, quand t'es vieux médecin t'as plus de vieux je pense.

E2 : Bah, oui, parce qu'ils étaient jeunes.

E1 : Oui, parce qu'ils étaient jeunes et parce que, parce que peut-être que, enfin, tu vois bah, que quand t'es proche de la retraite, et bah, peut-être qu'ils peuvent, comme tu disais E3, ils s'identifient plus à toi en étant euh, tu vois.

E3 : Ouais.

E1 : Mais bon, après effectivement, il y a toutes les combinaisons possibles. *(Rires de E2)*

M : Tu parlais aussi de, du bonhomme, que tu trouvais horrible sur le plan de ses idées, donc, aussi, le fait de ne pas juger, c'est aussi notre boulot de ne pas montrer ce que tu penses de cette personne, ne pas le juger, le respecter, ne pas le juger en fait, dans ce que tu fais en fait.

E1 : Ouais, bah oui, c'est important.

M : Enfin, tu te dois de le faire ?

E1 : Bah, si tu donnes ton jugement personnel, t'as déjà plus le, t'as déjà plus ton attitude professionnelle donc euh, ça influe déjà dans ton, dans tes choix thérapeutiques, dans ce que tu vas lui dire euh, dans ta prise en charge, ça...

E4 : Ouais, mais bon après, c'est comme tu disais, si il commence par dire des propos racistes comme ça tu peux...

E1 : Nan mais après tu peux très bien lui dire, non, mais écoutez, moi, je ne suis pas d'accord avec ça, allez voir quelqu'un d'autre.

E4 : Humm, ou bien lui dire, bah, on n'est pas là pour ça donc c'est quoi votre problème de base, nan, mais je sais pas. Il faut lui rappeler le cadre de la consultation quoi.

E1 : Tu cadres les choses, mais bon, il y a des choses que tu peux pas, que tu peux pas prévenir quoi. Tu vas pas leur dire. Tu mets pas une affiche dans ta salle d'attente euh, je ne parlerai que de vos problèmes de santé euh, on ne parlera pas de politique, on n'abordera pas...

E4 : T'es pas là pour ça, à un moment...

E1 : Nan, t'es pas là pour ça.

E4 : Problème politique, il y en a jamais qui m'ont, si j'ai eu une fois quand j'étais en UPL où le gars il est arrivé avec un papier comme quoi la préfecture refusait la nationalité française à sa femme. *(Rires)*

E1 : Et il vient voir le médecin traitant ?

E4 : Bah j'en parlerais à mon chef, euh, hein. Là, tu fais bon, ok.

E1 : Ouais mais du coup lui, ça lui procure un sentiment de tristesse qui peut aboutir à une dépression. Tu vois donc euh, c'est...

E4 : Ouais mais là, tu vois, lui il voulait une lettre, non pas un certificat, parce qu'il pensait tomber sur son médecin généraliste, j'étais en stage, et il était pas là, à ce moment-là. Et puis je lui ai dit que j'allais lui en parler, et il l'a revu.

E1 : Mais il sait très bien que tu peux rien faire pour sa femme, quoi.

E4 : Mais son médecin, il s'était déjà un peu impliqué là-dessus, il avait déjà discuté avec le maire ou ce genre de chose.

E1 : Ah parce qu'il connaissait le maire ?

E4 : Le médecin ? Bah, oui, c'est un petit village, ils se connaissent tous.

E3 : Ouais, enfin, là, il venait le voir en sachant qu'il aurait pas une réponse médicale.

E4 : Ouais, ah, bah, là, oui. Je pouvais pas lui dire autre chose que médicale donc euh.

E3 : Je sais pas, il avait peut-être juste besoin de vider son sac, de dire, c'est pas normal.

E4 : Il disait rien. Tu sais, t'essaye de discuter avec lui et il disait rien. Tu fais, bon.

E2 : C'est difficile quand les patients te parlent pas.

E4 : Il pose le papier sur le bureau, tu regardes le truc 5 minutes tu dis oulah.

E1 : Nan mais tu vois c'est quand même bizarre qu'il vienne te voir juste pour que tu dises au maire.

E4 : Mais c'est parce que c'est le vieux médecin de famille, donc c'est le médecin référent qui gère tout.

E1 : Donc il vient discuter, il vient parler de son problème.

E4 : Humm. (*dubitative*)

E1 : Donc il y a quand même une action thérapeutique là-dedans.

E4 : Mais lui, il avait la nationalité française depuis, c'est sa femme à qui on refuse sa nationalité.

E1 : Oui, mais c'est sa femme.

E2 : C'était quand même son problème à lui.

E4 : Ouais.

E1 : Donc il vient quand même discuter d'un problème. Donc tu vois, tu dis, bah, c'est sûr que si tu lui dis bah moi je peux rien faire pour ça, merci au revoir.

E4 : Ah bah, non, non.

E3 : Après ça dépend de la situation. Celles qui arrivent en disant ça se passe mal avec mon mari, qu'est-ce que tu veux faire, elles veulent juste vider leur sac.

E2 : Ouais, tu discutes, qu'est-ce qui vous embête...

E3 : Ouais, comme tu dis, pourquoi, comment, qu'est-ce que vous avez fait comme démarche. Il y a des gens ils attendent pas plus, dans cette situation.

E4 : Ah, bah, les démarches, ils n'ont rien fait de particulier, quand t'es étranger, ils t'appellent à la préfecture, ils te demandent de réciter pas les lois mais presque, en te demandant qui est le ministre de je ne sais trop quoi du petit truc, toi tu sais pas non plus et tu te dis, mais on en avait discuté. Nan, mais je sais plus bien, je sais plus quel ministre il lui avait demandé à la jeune femme. Elle parlait français, mais elle ne savait pas l'écrire non plus. C'était un nom assez stricte quoi.

E1 : Quand t'es médecin, t'as un rôle social aussi, hein.

E4 : Ouais.

E1 : Donc euh... surtout quand t'es généraliste, quoi, donc.

E4 : Ouais, c'est pour ça, lui il venait voir le médecin de famille.

E1 : C'est pas étonnant, qu'il vienne te voir finalement.

E4 : Ouais. Ouais mais c'est le genre de truc, ça s'apprend pas quoi.

E1 : Comme les kiné, tu sais quand les kiné ils vont masser la petite mamie qui a de l'arthrose de partout et tu te dis bah, qu'est-ce qu'il peut faire le kiné.

E2 : Bah, il parle !

E1 : Tu lui en prescrites quand même parce que bah.

E4 : Elle aime ça. (*Rires*)

E1 : Elle va parler, après si le kiné il est un peu salace peut-être que elle aimera encore plus. *(Rires)*

E4 : Des fois quand tu prescrist, t'es là, ah mon dieu, le pauvre kiné.

E1 : Ouais voilà.

E4 : Nan mais le nombre de prescription que tu fais au kiné en te disant : bon, allez, on met un peu de kiné, mais qu'est-ce qu'il va faire là-dessus ! *(Rires)*

E1 : Bah, tu vois, je ne suis pas sûr que la prescription soit complètement injustifiée en fait. Tu te dis « putain », j'ai mis de la kiné,...

E2 : Bah si, parce que ça leur fait quelque chose.

E1 : C'est la sécu qui va payer, à quoi ça sert, mais en fait euh, ...

E4 : Moi, aussi, je trouve que ça marche bien.

E1 : Le kiné, il passe, il...

E4 : Si tu prescrist des séances de kiné et que tu évites une hospitalisation derrière, enfin.

E1 : Ouais, ou même, sans forcément l'hospit. Même, la mamie, au niveau du moral, si elle a son petit kiné qui passe bah, ça ira mieux et... *(Rires de E2)* Moi, j'ai un pote qui est kiné et qui me dit : le nombre de patients et de patientes que je vois vieux, qui sont, qui ont des douleurs partout, c'est incroyable quoi. Et il me dit, j'ai vraiment l'impression, de, de, de, de piquer des sous à la pelle à la sécu quoi.

E4 : Bah, c'est nous comme quand on soigne un rhume, hein. *(Rires de E2)*

E4 : Quand ils viennent, bah, t'es content.

M : Quand vous... vous bossez euh, quand vous exercez dans le cabinet, est-ce que vous accordez une place importante à la relation que vous avez avec votre patient, ou, euh, ou finalement, euh, finalement pas tellement, ou est-ce que c'est...?

E4 : Bah, si, c'est important.

E1 : C'est de la confiance et ce qui en découle c'est la confiance, hein.

M : Ouais.

E1 : Donc, euh, les motifs de consult cachés, les...

M : D'accord donc vous accordez une grande place.

E1 : Bah, dans la confiance, il y a le fait que tu peux discuter plus facilement donc euh...

M : Et, est-ce que vous pourriez évaluer la relation que vous avez avec votre patient ? Est-ce que vous vous êtes déjà posé la question ? Est-ce que, à la fin d'une consult, de se dire, est-ce que ça s'est bien passé ? Est-ce que vous avez des méthodes, est-ce que vous avez des trucs ou c'est pas encore trop votre truc ça ?

E1 : Comme l'échelle visuelle analogique là ? *(Rires)*

E1 : 7 sur 10 ! *(Rires)*

E4 : C'est pas mal ça comme idée.

M : Pourquoi pas, pourquoi pas.

E4 : Si tu as réussi à décrypter un peu le truc, de dédramatiser la situation, ce genre de chose parce qu'il y a des gens quand même qui arrivent ils sont paniqués et à la fin t'arrives à les faire rigoler, donc, euh. Là, tu te dis, j'ai quand même pas mal réussi le truc quoi. Dédramatiser les situations, c'est quand même important et sans cette relation, tu ne peux pas le faire.

E1 : Et quantifier la qualité de ... ?

M : Ou juste se poser la question.

E1 : Ah ouais.

E3 : Déjà le fait qu'ils reviennent, c'est déjà un signe que ça ne s'est pas trop mal passé !

E4 : A part s'ils n'étaient pas contents. (*Rires de E2*)

E1 : Nan, et puis tu te poses la question quand ça se passe mal en fait.

E4 : Humm (*en acquiesçant*), c'est...

E1 : Parce que quand ça se passe bien, tu te dis pas : aaahhh, bah là, ça s'est bien passé. C'est normal, quoi. (*Rires*). C'est, c'est, c'est surtout quand ça se passe mal que tu, que tu te dis, que tu sais que ça s'est mal passé quoi, que ça t'a soulé, ou que t'as soulé le patient, ou les 2. Que ça t'a pompé de l'énergie et que, c'est là, là où souvent tu, enfin, que moi, je fais ma propre introspection, quoi. Essayer de savoir pourquoi. Donc c'est plus dans le cadre des consultations qui se passent mal quoi où la relation est pas bonne.

M : Tu te demandes ce que t'as pu faire de ton côté.

E1 : Ouais, de toute façon, ouais, et puis tu peux pas passer outre sans te poser 2-3 questions. Tu peux pas dire, quel con, euh...allez, je passe au patient suivant. (*Rires de E2*)

E4 : Ah ouais, mais non, tu y repenses le soir, donc je pense que ça...celui qui, qui arrive à se dire c'était qu'un « con », euh, il a un petit problème parce que...

E1 : Bah, après, des fois, c'est vrai, hein.

E4 : Ouais, mais bon, tu te poses toujours 30 000 questions, le soir tu te dis mince...

E1 : Ouais, mais tu te poses pas 30 000 questions, quoi, tu sais que, de toute façon, euh, tu te dis que ça n'aurait pas collé, quoi.

E2 : Ouais, mais dans tous les cas, tu te dis ça aurait pu mieux se passer.

E1 : Ouais.

E2 : Même si l'autre en face est...bah des fois tu te dis, ben, j'aurais dû lui dire tel mot, quoi, tu vois, j'aurais dû attaquer ma consult comme ça, j'aurais dû mettre les points sur les « i » dès le début. Ou j'aurais pu prendre 2 minutes de plus pour redire ma phrase plus doucement plutôt que, plutôt que de l'engueuler parce que ça fait un quart d'heure qu'il était en retard (*Rires*). Je sais pas mais... Quoi, après tu te dis toujours, même si tu te dis, bon bah voilà, il était pas correct et tout ça, tu te dis toujours j'aurais pu rendre les choses plus...

E4 : Tu culpabilises toujours un peu.

E1 : Ouais, rester neutre...enfin, ne pas mettre ses sentiments. Mais c'est vachement compliqué. (E4 acquiesce)

E1 : Quand il y a quelqu'un qui t'as énervé vraiment et que tu es...

E2 : Sinon, tu repars du truc t'es... de toute manière il faut que les suivants ils soient gentils après quoi, parce que (Rires). Tu t'en enfiles 2 consults comme ça d'affilée après je crois que...

E1 : Après il y a tous les patients qui sont super sympas.

E4 : Nan mais quand tu fermes la porte tu passes à autre chose, je sais pas.

E1 : Avec qui ça se passe bien. Parce qu'on parle que des consult avec qui ça se passe mal, mais du coup la prise en charge est mauvaise mais t'as des patients aussi qui sont super sympas et t'as l'impression que tu roules et puis en fait ils t'écoutent pas du tout quoi.

E3 : C'est ce que j'allais dire, il y a aussi toutes celles un peu intermédiaires où on s'est pas dit ça s'est pas très bien passé mais on s'est pas dit ça s'est mal passé et au final le message est pas passé ou ils vont faire autre chose derrière ou eux l'on mal vécu alors que nous on l'a pas ressenti. Ça c'est encore plus difficile à évaluer parce que si t'as pas le retour en disant je suis allé voir, enfin, le collègue qui dit je l'ai vu, ça s'est pas très bien passé, euh...enfin, c'est pas des trucs qu'on peut apprécier, euh...Si le patient le dit pas, ou s'il n'y a pas quelqu'un qui fait l'intermédiaire je pense qu'il y a des situations qu'on ne voit pas forcément parce que de notre côté ça s'est bien passé.

M : Et puis certains patients chez qui ça s'est, ça se passe mal et puis ils reviennent, ils reviennent. Ils reviennent nous voir tout le temps, tout le temps, et on se demande pourquoi. Non, ça ne vous arrive pas ça vous ?

E4 : Si, ou quand tu vois le nom tu fais ah non, pas lui ! (Rires)

M : Ouais, voilà.

E1 : Ou tu te dis mais pourquoi, c'est clair. On se déteste ! Pourquoi, il revient, il le sait très bien.

E4 : Et puis les choses changent au fur et à mesure des consult.

E2 : Des fois, la première ça s'est mal passé, la deuxième t'es un peu sur le qui-vive, euh...tu sens que c'est un peu froid, et des fois, il y a un, il y a un déclic qui se passe quoi je sais pas, et puis...

E3 : Des fois tu te dis presque qu'ils avaient besoin que quelqu'un les secoue un peu ou ils avaient besoin d'une réaction un peu, un peu vive, ou qu'on leur dise quelque chose qu'ils avaient pas envie d'entendre. Mais voilà, on est le premier à le dire donc du coup, euh, ils avaient besoin de ça aussi pour évoluer, euh, dans leur pathologie ou dans leur vie, euh..

M : Question un peu plus générale sur notre thème, vous avez déjà balayé pas mal de chose déjà ouais, euh, les critères d'une bonne relation, c'est quoi, toi E1 si tu devais faire une petite liste euh,...

E1 (surpris): D'accord.

M : Nan, mais ce qui te vient...

E1 : Un sentiment de satisfaction personnelle et professionnelle. Euh, voilà.

M : De ton côté ?

E1 : De mon côté ouais. Euh...enfin, ce serait surtout pour moi en fait. Pour le patient, savoir si la consultation s'est bien passée euh...difficile à savoir quoi, sauf son retour positif quand il va dire, ah bah, je suis content.

E4 : C'est ce que tu disais E3.

E1 : Mais pour moi, le critère principal c'est, le, la, le sentiment d'avoir été utile et de, le sentiment d'avoir fait quelque chose utile aussi pour le patient quoi.

M : D'accord.

E1 : En clair, d'avoir été efficace. Après euh, les autres critères, euh, je sais pas. Sans forcément avoir été efficace, avoir fait un bon diagnostic, ou avoir fait euh, c'est toujours sur le plan professionnel, avoir été, avoir fait une consultation pas trop longue non plus, dans les temps quoi.

M : Ouais, la ponctualité.

E1 : Ouais, la ponctualité. Avoir une salle d'attente qui est raisonnablement pleine. *(Rires)*

E1 : Le reste, euh, je sais pas, euh...sortir le soir en étant très content de ta journée.

M : D'être satisfait.

E1 : Ouais voilà. La satisfaction professionnelle principalement. Mais bon, c'est, c'est vague quoi.

M : Ouais tout à fait, mais c'est bien.

E2 : Bah, après il y a les trucs professionnels, ça je suis complètement d'accord mais il y a aussi toi le fait d'avoir été un bon médecin ça compte vraiment. Après dans la relation en soi, il y a ; il y a plus l'impression d'avoir interagi avec le patient. C'est-à-dire de pas être juste lui qui demande et on exécute, ou juste nous qui disons fais ça et lui qui dit « amen » et point. Mais des fois, plus avoir l'impression que il est arrivé plus ou moins avec une question et qu'on a plus ou moins répondu à d'autres, qu'on a progressé à 2 on va dire, quoi voilà.

M : Collaborer ?

E2 : D'avoir l'impression, voilà, d'une vraie, d'une communication, tout simplement. Mais c'est vraiment de, pas des choses à sens unique quoi. Et c'est vrai que des fois bah, certaines choses qui se sont bien passées sur le plan professionnel, genre des consultations qui sont simples, des fois il y a le patient qui te dit 3 mots, il décrit 3 symptômes, t'essaye d'en savoir un peu plus et finalement il n'y a pas grand-chose à dire alors t'as l'impression qu'il ne se passe rien. Tu lui dis on va faire ça et puis bon bah, ok. Et au final, t'as fait, je pense que t'as fait ton boulot, tu l'as soigné tout va bien, mais...je sais pas, tu, il y a des fois certaines fois c'est un peu frustrant. T'as juste l'impression que, qu'il venait juste pour ça, il voulait pas en dire plus, que voilà. Tu lui as dit à peu près ce qu'il voulait donc tout va bien, donc il s'en va, et puis tu te dis bah, ouais, il s'est pas passé quelque chose. Il avait pas forcément envie de parler, il avait pas envie de plus et ça allait très bien comme ça. Si ça se trouve lui, il est satisfait, mais des fois, ça peut être frustrant d'avoir l'impression d'avoir été un peu...qu'il s'est rien passé quoi.

E1 : D'être resté superficiel.

E3 : Il n'y a pas toujours tout le monde qui a envie d'aller raconter sa vie chez le médecin.

E1 : Ouais, voilà.

E2 : C'est compréhensif. Nan, mais tu vois, c'est souvent des jeunes, tu vois, qui ont un temps un peu limité aussi et qui ont un truc, tu réponds à leur truc et puis souvent, hop, c'est fini. Mais des fois c'est

un peu frustrant, des fois on aimerait bien qu'ils fassent un peu comme ça pour gagner du temps, parce qu'on est à la bourre mais euh...mais quoi des fois, c'est le genre de chose qui peut être frustrant aussi, quoi (*Rires*). T'as vraiment l'impression de ne pas avoir eu de relation.

M : Tu t'adaptes.

E2 : Bah, on s'adapte.

M : C'est comme tu disais E3.

E1 : Parce que la relation médecin-malade, on a surtout parlé de l'aspect professionnel et de l'aspect de la relation qui se passait mal mais euh, en même temps je ne saurais pas trop quoi dire sur euh...

M : Si.

E1 : Nan, mais sur la relation, sur une bonne relation, on parle que des problèmes en fait mais...

E2 : C'est parce que tout le reste ça va bien (*Rires*). Ou ça va bien, ou ça va pas trop mal.

E1 : Mais les critères d'une bonne relation...

M : Oui, mais il y eu beaucoup de chose là. Ouais. Il y a beaucoup de choses qui se sont dites dans les anciens groupes.

ANNEXE 4: TABLEAU DE CODAGE

VERBATIM	Code commun	SOUS-THEME	THEME
<p>C1 : Je pense que dans la confiance, il y a une part de respect aussi, dans la relation euh...entre le médecin et le patient. C'est vrai que quand on va chercher le patient, on leur dit bonjour dans la salle d'attente</p>	<p>Saluer le patient</p>	<p>Salue le patient</p>	<p>Accueil</p>
<p>A4 : Ah docteur, vous avez toujours le sourire, sympa. Ils savent que t'as pas la gueule que t'es pas fatiguée. Je crois que c'est vachement important déjà. Comme ça ils ne sont pas sur la défensive, ou là je le dérange. Hein. A3 : ça c'est vrai</p> <p>A4 : régulier dans l'attitude. Toujours la pêche quoi.</p> <p>A3 : Nous on a envie de l'hospitalité comme ça il va revenir ...</p> <p>C1 : Moi, déjà, être contente d'aller le chercher dans la salle d'attente. Déjà pour moi, c'est un premier critère. Je me dis ah bah tiens c'est une consultation qui commence pas dans...dans le conflit, même s'il n'est pas verbalisé, mais on sent qu'il y a des tensions euh...</p> <p>C1 : Mais alors quand on voit le cahier de consultation et qu'on dit oh la, la, encore lui, encore lui, encore lui, ffffou (souple)...C'est mal parti déjà. Je trouve ça déjà pour moi, c'est un critère. Après euh...la consultation comment elle va se dérouler, c'est certainement plus ou moins satisfaisant, selon les jours, mais...Mon premier critère c'est d'être contente de recevoir mon patient.</p> <p>C3 : C'est-à-dire, si le médecin, il a eu une vie un peu difficile eh ben, il ne saura pas être ouvert euh, en consult, qui plus est si c'est le même domaine son problème.</p> <p>C2 : T'es moins ouvert, t'es moins souriant. C2 : Enfin, t'as pas la même</p>	<p>Attitude d'ouverture</p>	<p>Accueil assez chaleureux, attitude d'ouverture</p>	<p>Accueil</p>

<p>posture. Mais bien sûr que si, ils ressentent tout, et ils voient bien tout, hein ! ça c'est euh...donc tu voudrais ne pas les laisser euh...transparaître tes émotions. Forcément qu'elles transparaissent. Ça c'est sûr !</p> <p>C5 : Quand la relation est harmonieuse, que tu vas le chercher avec plaisir, qu'il vient avec plaisir, que le truc est pas compliqué, qu'il y a une...et puis que le diagnostic, pour peu qu'il y ait un diagnostic, ça roule.</p> <p>D12 : Oui, non, mais je crois que ça rejoint les émotions ce que tu disais, c'est pour ça que j'aborde ce sujet. C'est que bah, les émotions du médecin elles sont forcément en relation avec la façon dont tu reçois le patient.</p> <p>E1 : et puis toute la communication non verbale dans à la fois l'attitude du médecin</p> <p>E3 : je pense qu'il y a quand même des choses, enfin, ou des petits trucs dans l'attitude qu'on ne maîtrise pas qui vont plaire ou qui ne vont pas plaire au patient qui est en face de façon complètement inconsciente</p> <p>E1 : Dans la relation médecin-malade, je pense que le travail du médecin euh, sur tout ce qui est communication non verbale, en amont de la consultation, est importante quoi.</p> <p>A7 : ça tombe bien que tu dises ça parce que par rapport au patient difficile. Moi, j'ai une patiente comme ça, quand je viens la voir, c'est...Et à chaque fois que j'arrivais, c'était toujours pareil, elle avait 80 ans. Ah bonjour docteur, et elle prenait son papier et alors docteur voilà. Et une page recto verso et ça rien que d'arriver à la porte, à un moment, ça me mettait la boule au ventre, et je me disais : punaise, elle va être assise sur sa table comme d'habitude avec son papier et elle va le lever au moment où elle va me voir, ça va être l'enfer ! Et donc j'ai beaucoup lutté, je me suis blindé tout ça. Et puis finalement, un jour, je me suis dit</p>			
---	--	--	--

<p>bah, aujourd'hui, ça va bien se passer</p> <p>E1 : Mais euh, t'as quand même une attitude que tu, enfin, tu peux quand même savoir quelle est l'attitude que tu dégages, et la modifier peut-être un petit peu aussi, euh...</p> <p>E1 : Et euh, ouais, je sais que moi, ça fait partie, pour moi, c'est ce que je disais tout à l'heure, ça fait partie, de la, la relation non verbale euh, médecin-malade, et que intuitivement t'en as une quoi, mais que en la bossant tu peux modifier quoi</p>			
<p>A4 : régulier dans l'attitude.</p> <p>A2 : être tout le temps régulier</p>	Attitude régulière	Accueil assez chaleureux, attitude d'ouverture	Accueil
<p>A4 : l'attitude aussi d'accueillir, l'accueil, c'est important.</p> <p>A6 : l'accueil c'est important</p> <p>A5 : L'accueil après. L'accueil des patients.</p> <p>A7 : Comment il va chercher les gens dans la salle d'attente ?</p> <p>D6 : Moi je trouve ça bien justement de les accueillir</p> <p>D2 : Ouais, mais je les accueille vite fait en disant vous vous installez j'arrive et puis je bois mon café et puis j'arrive.</p> <p>D6 : En théorie accueillir et raccompagner, c'est important</p>	Accueillir le patient	Accueil assez chaleureux, attitude d'ouverture	Accueil
<p>B8 : La clientèle touristique, malheureusement, qui vient pour un problème très ponctuel et qu'aime bien qu'on l'accueille un peu chaleureusement.</p>	Accueil chaleureux	Accueil assez chaleureux, attitude d'ouverture	Accueil
<p>B6 : Non, mais la même chose qui est importante dans la relation médecin-malade ; c'est il faut quand même que le malade il ait l'impression que tu l'écoutes.</p>	Le patient doit se sentir écouté	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute	Accueil

<p>B4 : « Il ne m'a pas écouté, je ne retourne plus jamais là-bas »</p> <p>B7 : que le patient en sortant ait l'impression d'avoir été écouté</p> <p>B2 : « alors elle, elle ne m'a pas écouté. Visiblement, ce que je lui disais, ça ne l'intéressait pas ».</p> <p>C3 : Bah, il y en a qui dise : « que vous m'écoutez ». Ah, bah, j'avais pas compris que c'était que ça.</p>			
<p>D3 : Mais je pense que notre disponibilité à nous aussi elle est hyper importante dans la relation, comment on est dans notre tête, qu'est-ce qui s'est passé dans notre vie perso avant d'arriver au travail. Mais c'est vrai que je pense les gens en effet ils le ressentent des fois.</p> <p>D6 : Moi, il y a une patiente que je voyais tout le temps, qui avait des tas de bobos, à qui j'accordais beaucoup de temps et cetera, je discutais beaucoup avec elle et un beau jour, je ne sais pas pourquoi, j'étais pressée, j'ai changé de ton et elle est jamais revenue. Donc elle a senti en fait que je n'étais plus disponible pour échanger sur de la bobologie en fait et ça ne lui a pas plu.</p> <p>D8 : si tu as des problèmes et bien, il ne faut pas que ça parasite la consultation. Je ne vais pas être très disponible pour m'occuper des patients. Donc au contraire, je vais mettre ça de côté et puis je vais me concentrer sur le patient enfin, sur lui</p>	<p>La disponibilité d'esprit du médecin</p>	<p>Se place d'emblée dans une disposition d'écoute</p>	<p>Accueil</p>
<p>A7 : Bon après comment il écoute les gens</p> <p>A7 : Le patient dit tout, mais c'est le médecin qui ne l'entend pas. Ça fait réfléchir ça !</p> <p>A7 : Moi, c'est un défi pour moi, en consultation de ne pas prendre la tension et de montrer que j'ai fait attention aux gens.</p>	<p>Savoir écouter</p>	<p>Se place d'emblée dans une disposition d'écoute</p>	<p>Accueil</p>

<p>B9 : Il paraît qu'il faut qu'on écoute plus B4 : Moi je me force à écouter</p> <p>B2 : L'écoute c'est quand même la moitié du travail.</p> <p>B6 : Donc on a vraiment cette impression que les gens ont besoin d'une part qu'on leur explique bien les choses, qu'on essaie de les écouter</p> <p>C2 : Les gens qui viennent pour dépression euh...c'est pas forcément enfin, un problème médical pur. C'est vraiment comme de l'écoute quoi.</p> <p>D7 : C'est l'écoute aussi, une grande écoute du médecin.</p> <p>D2 : Tu disais une grande écoute, c'est, c'est tendre les oreilles ou bien c'est éventuellement avoir des techniques d'écoute quand on a l'impression que ça ne se passe pas comme il faut ?</p> <p>D7 : Bah, les techniques d'écoute, enfin, après c'est tout une histoire de communication, enfin...apprendre à communiquer avec le patient</p> <p>D4 : Et on arrive à désamorcer quand on les écoute.</p> <p>D13 : J'étais d'accord avec elle. J'ai rien dit, voilà. Je l'ai écouté. Je l'ai laissé déverser son truc. Voilà, c'est pas toujours facile.</p> <p>D5 : Non, mais des fois, des fois tu vois quand...là je reviens sur un patient que j'ai vu jeudi dernier, je me dis peut être que c'est vrai, ces derniers temps, j'étais peut être moins attentive ou ça tu...ouais, tu manques d'attention. Et puis des fois c'est vrai qu'il y a des moments t'es peut être moins attentif, hein.</p> <p>E1 : tout en sachant écouter ce que, ce que ton patient va te dire</p> <p>E1 : Il y a des gens qui viennent simplement pour être écoutés, hein ? Sans qu'on sans rende compte hein ? Qui viennent pour un</p>			
--	--	--	--

<p>problème X et puis que bah, t'écoutes quoi.</p> <p>E1 : la confiance à court terme, je pense qu'elle s'installe sur euh, la, le, ta capacité d'écoute avec le patient.</p> <p>E3 : on écoute, on écoute plus que celui qui a déjà eu l'histoire 15 fois à chaque fois qu'ils viennent en consultation.</p> <p>E3 : Après ça dépend de la situation. Celles qui arrivent en disant ça se passe mal avec mon mari, qu'est-ce que tu veux faire, elles veulent juste vider leur sac.</p>			
<p>A7 : Au bout de combien de temps il coupe la conversation, la parole au patient ?</p> <p>B4 : Et moi j'avais retenu qu'il fallait laisser parler les gens et qu'au bout de 2 minutes ils avaient tout dit.</p> <p>B5 : en moyenne le médecin coupe la parole au patient dans les 30 secondes.</p> <p>B4 : Entre 15 et 30 secondes et n'empêche que je me force... Parce que j'avais remarqué que, effectivement je leur coupais la parole très vite. <i>Rires</i>. Et effectivement, la plupart des gens, mais pas tous, ils amènent tous les renseignements dont j'ai besoin de savoir sans que j'aie besoin de poser de questions. Et c'est très étonnant et faut vraiment se forcer...</p> <p>B1 : Moi je demande toujours, voilà, je laisse parler.</p> <p>C2 : Moi, je trouve, la disponibilité en le laissant parler.</p> <p>C8 : Si tu les laisses parler déjà 2 minutes au début de la consult, on a déjà l'essentiel.</p> <p>C2 : Il disait que si tu les laisses parler, bah, finalement, tu perds beaucoup moins de temps que quand tu...tu les interrogues et que tu diriges les choses. Et en fait, en quelques temps, en leur laissant dire</p>	<p>Laisser le patient s'exprimer sans l'interrompre en début de consultation</p>	<p>Laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre</p>	<p>Accueil</p>

<p>les choses et bien ils t'ont tout dit.</p> <p>C6 : Quand tu dis vous venez pourquoi, tu laisses dire après.</p> <p>C4 : Non, mais justement, le fait qu'il s'exprime c'est sûr que là c'est parce qu'il sent qu'il y a une confiance, qu'il y a quelque chose.</p>			
<p>D6 : C'est que le patient exprime ce qu'il pense, euh, sans...en accord avec son médecin, sans malentendu avec son médecin</p> <p>E2 : C'est difficile quand les patients te parlent pas.</p>	<p>Inciter le patient à s'exprimer</p>	<p>Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes et de ses attentes ainsi que des éventuels motifs cachés de la consultation</p>	<p>Habilités générales de communication</p>
<p>B9 : Ce dont je me souviens c'était que le patient disait : « Je viens pour ma tension ». Mais en fait il voulait dire autre chose et il fallait surtout creuser la vraie question. Parce qu'un patient il ne vient pas pour quelque chose de simple. Parce que le fait qu'il se déplace, qu'il vienne te voir c'est qu'il a une question. Et la vraie question elle sort peut-être à la fin</p> <p>C4 : enfin...parce qu'il y a pourquoi il vient le médical et puis il y a plein de petites...autres choses cachées ou ça, donc...enfin cachées entre guillemets.</p> <p>D6 : Et du coup il faut qu'on arrive à comprendre, analyser en fait ce que c'est que cette douleur.</p> <p>D2 : J'ai un patient qui était à moi, qui était euh,...il venait me voir régulièrement, il avait la quarantaine euh, lombalgique, il venait me voir à 7 heures du soir toujours, parce qu'il travaille à (VILLE), et puis chaque fois je me disais : « sa lombalgie, quand même, il faut que je l'interroge, il faut qu'on voit le sens qu'elle a ». Et bah, au bout d'un an j'ai pas eu le temps de l'interroger, il s'était pendu. Ça au niveau de la relation c'est dommage.</p>	<p>Identifier les motifs cachés de consultation</p>	<p>Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes et de ses attentes ainsi que des éventuels motifs cachés de la consultation</p>	<p>Habilités générales de communication</p>

<p>E3 : Tu vois ça c'est compliqué parce qu'il y en a qui viennent avec un problème et finalement en creusant, il y a quelque chose de plus important qui est à régler</p> <p>E1 : Donc, euh, les motifs de consult cachés</p>			
<p>A3 : Bah moi, je pense qu'il y a le relationnel avec le patient. Il faut écouter ce qu'il dit parce que des fois il pose des questions bêtes, entre guillemets, parce qu'il n'y a pas de questions bêtes</p> <p>A5 : Pour le patient, c'est qu'on l'écoute ! Qu'on prenne en compte sa demande.</p> <p>A7 : Non mais tu peux avoir raison et ne pas avoir compris du tout ce que voulait le patient. Et du coup tu as tort.</p> <p>A7 : Et c'est vrai qu'avec le temps, je me suis plutôt dis, on va voir si l'IRM est justifiée ou pas et s'il y en a besoin ou pas. Parce que malgré tout de temps en temps, il y en a qui ont raison de demander une IRM. Et souvent c'est des gens de ce profil-là, qui arrivent en sachant tout et on a souvent tendance à avoir une attitude un peu fermée par rapport à ces gens-là. Et on peut se faire avoir sur des trucs euh...</p> <p>A3 : C'est-à-dire que lui, il arrive avec une demande qui s'exprime par ça, enfin, qu'il exprime comme ça et nous, on le prend pour une remise en cause de nos compétences.</p> <p>A7 : Pour moi, une consultation où je suis satisfait, c'est une consultation où j'ai identifié, enfin, où je pense avoir identifié la demande du patient, où je pense que j'ai écouté le patient ce qui m'a permis d'identifier la demande du patient</p> <p>A7 : Est-ce que il identifie les différents problèmes du patient? Est-ce qu'il a évalué que son, euh, son interrogatoire lui a permis de valider que c'était bien le problème</p>	<p>Identifier les demandes/plaintes du patient</p>	<p>Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes et de ses attentes ainsi que des éventuels motifs cachés de la consultation</p>	<p>Habiletés générales de communication</p>

<p>du patient ?</p> <p>A7 : t'as bien identifié ce problème et euh, c'était vraiment le problème principal des patients</p> <p>A4 : pour une bonne relation, il faut quand même [...] recueillir les plaintes du patient</p> <p>A8 : Il y a des personnes âgées, des personnes âgées qui viennent juste pour qu'on les écoute ! Alors bon, c'est par exemple leur problème de genou, mais elles savent très bien qu'il n'y a pas tellement de solution mais elles viennent parce qu'elles ont besoin de parler. Et moi, je vois beaucoup ça en rhumato, j'ai des patients qui reviennent me voir hors cure thermique bah, pour parler, pour me faire part de leurs plaintes, pour être un petit peu conseillés, mais au final, c'est surtout pour parler.</p> <p>B1 : Est-ce qu'on comprend bien les symptômes, est-ce qu'on écoute bien ce que nous raconte le patient ?</p> <p>B1 : on peut s'assurer que les messages soient passés ; dans les deux sens.</p> <p>B9 : Souvent, je pense qu'on n'explique pas la chose qu'ils demandent. En fait ils ont une demande, et nous on explique à côté. Parce que nous on voit un problème là où eux ne voient pas de problèmes.</p> <p>B2 : qu'on faisait des efforts pour bien comprendre</p> <p>B4 : Déjà qu'on se comprenne bien, que moi, je comprenne bien le besoin du patient.</p> <p>B9 : C'était ça l'idée d'une bonne relation... On se comprend, le message passe.</p> <p>C5 : Ce que veut ton patient. Parce qu'il faut, euh, tu, voilà. Il est en droit d'avoir des...</p> <p>C4 : Déjà si on ne communique pas, on comprend déjà rien à pourquoi il vient, [...] Mais oui, on est bien</p>			
---	--	--	--

<p>obligé de communiquer pour déjà comprendre, comprendre le but de la consultation quoi.</p> <p>C4 : Oui, écouter. Et lui poser des questions pour se faire préciser des choses qu'on ne comprend pas forcément. Puis après, bah, ça communique hein !</p> <p>C6 : Moi, j'avais été scotché dans...de lire comme Winckler il exprime bien les choses. Il disait, faites l'expérience de vous assoir derrière votre bureau et de dire vous venez pourquoi et puis faites une autre fois l'expérience de vous assoir de vous mettre contre le dossier et de dire, je vous écoute. Et vous verrez que c'est extraordinaire !</p> <p>C2 : Et je lui ai dit des choses que je n'aurais jamais dû lui dire parce que c'était pas ce qu'elle me demandait</p> <p>C6 : Bah, peut-être qu'on pourrait simplifier par avoir une réponse à ce qui...à leur question. C'est tout. Mais le problème principal du départ c'est quelle est la question ? Pour nous. Donc peut être que le...le, le... la relation qu'on attend idéale c'est qu'ils puissent... qu'ils arrivent à s'exprimer correctement sur ce qu'ils veulent.</p> <p>D3 : et puis que nous aussi on a réussi à comprendre son message aussi parce que c'est vrai que c'est plus ou moins et évident</p> <p>D6 : Je suis d'accord avec toi parce que je disais qu'il fallait que les patients n'aient pas de malentendu avec son médecin mais la réciproque est vraie aussi parce que quand quelqu'un nous dit qu'il a mal par exemple, ça peut vouloir dire énormément de chose.</p> <p>D6 : Et du coup il faut qu'on arrive à comprendre, analyser en fait ce que c'est que cette douleur.</p> <p>D2 : Bon, en plus, quand ils viennent te voir au cabinet, ils attendent quelque chose de toi c'est.</p> <p>D1 : Les gens ils ont un problème, le</p>			
---	--	--	--

<p>leur, même s'il est multifactoriel.</p> <p>E4 : Que tu l'aies bien compris je pense, surtout quand il ne comprend pas trop ce qu'il a, euh, comment on va le traiter quoi.</p>			
<p>A3 : Enfin, on est médecin, bon d'accord mais on est une personne. Et quand le patient nous disait, je veux des antibiotiques pour mon angine : bonjour docteur, j'ai mal à la gorge, il me faut des antibiotiques. Et moi au début j'étais vraiment dans le truc bah, mon petit gars t'en auras pas, je vais tout faire pour que tu n'en aies pas. [...]. C'est-à-dire que lui, il arrive avec une demande qui s'exprime par ça, enfin, qu'il exprime comme ça et nous, on le prend pour une remise en cause de nos compétences.</p> <p>A7 : Et c'est vrai qu'avec le temps, je me suis plutôt dit, on va voir si l'IRM est justifiée ou pas et s'il y en a besoin ou pas. Parce que malgré tout de temps en temps, il y en a qui ont raison de demander une IRM. Et souvent c'est des gens de ce profil-là, qui arrivent en sachant tout et on a souvent tendance à avoir une attitude un peu fermée par rapport à ces gens-là. Et on peut se faire avoir sur des trucs euh...</p> <p>A4 : Moi je partage bien les deux...enfin, je ne partage pas les deux. C'est-à-dire que moi, la maladie, c'est toujours dans un patient. L'otite, comme disait A7, la même otite que tu soignes chez toi ou chez un gamin ou même chez ta cousine germaine. Ça ne sera pas la même otite, tu ne la traiteras pas pareil.</p> <p>A4 : Enfin c'est peut être ma déformation d'homéopathe peut être aussi mais euh...Mais quand il y a une maladie on se dit mais pourquoi il est tombé malade à ce moment-là et pourquoi il a un rhume. Et après tu te dis que ça aurait pu être ailleurs mais pourquoi. Donc en fait, il faut aussi prendre du recul pour pas se précipiter sur la maladie, il a une angine, une otite enfin je... La</p>	<p>S'intéresser aux représentations, croyances, vécu</p>	<p>Fait exprimer au patient ses opinions, croyances et son vécu</p>	<p>Habiletés générales de communication</p>

maladie est importante, mais il n'y a pas que ça. C'est comme le diabète qui est déséquilibré. Des fois ils font comme d'habitude. Ils te disent que le diabète monte et tu ne sais pas pourquoi. Et là il faut te poser la question, bah, qu'est-ce qu'il s'est passé dans votre vie. Vous avez eu un choc ? Tout de suite j'extrapole un peu. Et en dessous, il y a des tas de réponse pour ça.

A7 : quelle croyance vous avez par rapport à ce médicament euh. Souvent on a ça, des gens qui nous disent, je ne veux surtout pas prendre tel médicament parce que je sais pas, on apprend que sa mère ou je sais pas il veut pas aller à l'hôpital parce que sa mère est décédée dans cet hôpital. Donc après c'est essayer de comprendre les freins de la personne et...de voir après...Je vais essayer d'analyser dans ce que je lui ai proposé si c'est quelque chose de vital, est ce que c'est important est ce que c'est accessoire, est ce que c'est anecdotique ?

B4 : Le message a fini par passé, elle m'a rappelé hier. Je lui dis : « vous avez une anomalie à la prise de sang, vous faites peut-être une embolie pulmonaire ». Elle me dit : « ahhh, c'est pour ça que je fais ces malaises ! ». Je lui dis : « ben oui ». Puis : « et c'est pour ça que l'aspirine me fait du bien ! » *Rires*. « Ca, je sais pas trop ! ». Je lui dis : « il faudrait surtout que vous alliez à l'hôpital ». « Ca, il n'en est pas question !!! Je veux bien venir vous voir mais j'irais pas à l'hôpital ! ». Donc, elle est étai à ce moment-là à (Ville), à 5 min de l'hôpital de (Ville) Je dis : « je viens vous voir demain ». Ce matin elle a appelé trois fois pour dire qu'elle viendrait en retard, puis qu'elle ne viendrait pas, qu'elle avait perdu son sac à main, qu'elle devait aller à la gendarmerie et tout... Je ne vous raconterai pas sa vie et son histoire mais... Elle a toujours des problèmes, comme ça, bizarres *Rires* assez inquiétants, et elle refuse toujours de faire ce qu'on lui dit. Elle est toujours en vie !

B4 : Je pense que c'est bien, c'est

<p>plus facile si on fixe des objectifs. Je pense à une jeune maman qui est anti-vaccins, qui a refusé de vacciner ses enfants contre tout. Aucun vaccin, rien. Elle continuait de m'amener ses enfants. A chaque fois je lui disais : « faudrait les vacciner, parce que le vaccin c'est bien ». Voilà, à chaque fois on avait un bout de discussion là-dessus. Elle ne veut pas.</p> <p>B4 : Moi je me suis dit, ce qui est important c'est qu'il y ait un médecin qui vérifie que quand même l'enfant va bien, la croissance... Et qui maintienne une relation. A chaque fois je lui disais la même chose. Et petit à petit, je me suis dit, en fait cette maman elle veut beaucoup de bien à ses enfants. Elle veut le mieux pour eux et elle a peur des vaccins.</p> <p>C3 : C'est, c'est très et patient dépendant dans sa vie où tu le prends, enfin pour le motif que..., de la consult que tu le prends.</p> <p>C1 : Il y a quand même un certain nombre de patient. Mais ça...ça me va bien. Toutes ces petites histoires mises bout à bout toute la journée. Il y a des choses, je suis un peu voyeuse, c'est vrai. Euh, mais ça fait aussi partie de la connaissance du patient, de sa famille</p> <p>C8 : Moi, j'aime bien comprendre comment fonctionnent les gens, ça m'intéresse. Donc c'est vrai que j'aime bien parler un peu de leur vie privée euh, enfin les faire parler un peu d'eux, ou de leur vie, ça améliore toujours un peu la relation et puis ça ouvre à des choses</p> <p>C3 : Des fois, tu ne connais rien de leur vie et c'est au bout de 2-3 ans que ah !...tu te rends compte qu'il s'est passé ça, ça, ça, des trucs euh, terribles. Et euh, pendant des années, t'as ignoré euh complètement euh, tout.</p> <p>C4 : Tu vois comment fonctionnent les systèmes, euh, leur milieu familial...c'est l'avantage du médecin généraliste hein ?</p>			
---	--	--	--

<p>D6 : Et du coup il faut qu'on arrive à comprendre, analyser en fait ce que c'est que cette douleur.</p> <p>D2 : il venait me voir régulièrement, il avait la quarantaine euh, lombalgique, il venait me voir à 7 heures du soir toujours, parce qu'il travaille à (Ville), et puis chaque fois je me disais : « sa lombalgie, quand même, il faut que je l'interroge, il faut qu'on voit le sens qu'elle a ». Et bah, au bout d'un an j'ai pas eu le temps de l'interroger, il s'était pendu. Ça au niveau de la relation c'est dommage.</p> <p>D4 : souvent il y a une histoire derrière, un truc mal vécu.</p> <p>E2 : Ils te disent, ah mais le rhume je sais le soigner, c'est juste que je ne veux pas payer la cantine et puis que la nounou elle peut pas le prendre alors je le garde à la maison.</p> <p>E3 : On peut pas avoir une réponse stéréotypée à chaque demande, il faut s'adapter systématiquement bah, au vécu, à qui est-ce qui est à côté.</p> <p>E1 : Et puis, t'as la patiente qui clairement dès qu'elle te voit, elle pleure, elle te dit qu'elle a envie de mourir. Tu te dis bon, et toi t'es là, au milieu, tu dois essayer de gérer donc la douleur de la patiente, physique, la douleur morale euh, l'installation, euh, tout l'équipement euh, le lit médicalisé, euh, les équipes soignantes qui passent, euh t'essaye quand même de voir si au niveau financier euh, il y a pas quelque chose qui se passe un peu bizarre. Genre le mari qui, qui, du coup qui en profite pour tu vois, qui se met comme aidant principal et qui en profite du coup à côté. Et toute cette situation-là, t'as, t'as, t'as pas envie de gérer ça quoi. C'est difficile quoi. Et ça, c'est aussi le boulot du généraliste. T'as pas de spécialistes qui font ça quoi.</p> <p>E3 : ça dépend des gens aussi. Il y a des gens qui sont hyper stressés. J'en ai une en tête, son gamin il a de la fièvre depuis 3 heures et, et elle</p>			
--	--	--	--

<p>est tellement angoissée pour elle et pour lui qu'il faut qu'elle voit quelqu'un.</p> <p>E1 : Ouais, parce que la représentation qu'il se fait de sa pathologie et du traitement qu'il pourrait avoir c'est probablement très peu souvent la même que la nôtre quoi. Et ça aussi, c'est quelque chose, enfin, il faut essayer de le comprendre, euh, pour les, euh, pour chaque problème.</p> <p>E1 : ça c'est le questionnaire, c'est des questions du questionnaire de Kleinman ou je sais pas quoi, là tu sais tu screen toute, toute, plein de questions mais toutes bêtes tu vois, pour essayer d'avoir la représentation euh, de la pathologie que le patient se fait, de sa pathologie.</p>			
<p>A7 : Est-ce qu'il pose des questions ouvertes ou des questions fermées ?</p> <p>C4 : Oui, écouter. Et lui poser des questions pour se faire préciser des choses qu'on ne comprend pas forcément. Puis après, bah, ça communique hein !</p> <p>D9 : Chez un patient très revendicateur, il y a une astuce dans la relation, qui est très manipulatrice d'ailleurs, c'est de demander : « qu'est ce qui est le pire pour vous ? Qu'est-ce qui est le pire ? ».</p>	<p>Savoir alterner les questions ouvertes et fermées</p>	<p>Sait alterner les questions ouvertes et fermées de façon adéquate</p>	<p>Habilités générales de communication</p>
<p>A7 : Et puis, si, après sur la relation, si, la relation médecin patient, c'est aussi physique. C'est-à-dire, est ce qu'il est à l'aise pendant son examen</p> <p>A7 : est-ce qu'il a la bonne distance par rapport aux gens ? Euh...Parce que la bonne distance, elle est pas toujours facile à trouver. Euh...On peut faire les choses très bien et puis faire des choses qui ne se font pas sans s'en rendre compte. Je pensais à une stagiaire qui était hyper concentrée sur ce qu'elle faisait, elle cherchait une hernie inguinale, elle s'était mise à genoux</p>	<p>Le non verbal du médecin</p>	<p>Adopte un comportement non verbal approprié</p>	<p>Habilités générales de communication</p>

<p>devant un patient, elle le faisait tousser, c'était très bien mais il y a sa femme qui était de l'autre côté et qui disait mais qu'est-ce qu'elle est en train de faire ?</p> <p>C5 : Oui, mais communication, c'est moins de 10% de verbal hein ?</p> <p>C5 : Sauf que dans la communication, il ne faut pas oublier que, tu vois, à peu près toutes les études du monde sont d'accord pour dire que t'as pas besoin de rien dire.</p> <p>C5 : Et là on communique là sans se parler (<i>en s'adressant à C4</i>).</p> <p>C5 : Non, mais la communication elle n'est pas verbale là !</p> <p>C5 : C'est ce que je dis. Il n'y a pas besoin que des mots.</p> <p>C8 : Dans un regard, de leur expliquer ce que tu penses !</p> <p>C2 : Il donne un avis non verbal.</p> <p>D2 : c'est le...à la fois dans le verbal et dans le non verbal</p> <p>D9 : Mais tu peux rien dire c'est impensable une chose comme ça, c'est impensable au sens premier du terme. Tu peux pas dire les choses. Qu'est-ce que, qu'est-ce que tu veux dire, il n'y a aucun mot qui peut supporter ça parce qu'on n'est pas équipé pour penser ça. On n'est pas équipés pour penser la mort d'un gosse, c'est pas, c'est pas possible, on n'est pas équipé. Alors que pleurer c'est une communication, c'est-à-dire qu'on se retrouve effectivement euh, dans le monde des vivants, on est à côté des paroles quoi.</p> <p>C6 : Le « feeling » qu'on a à se faire comprendre ou pas</p> <p>C2 : Non mais c'est sûr que des fois c'est sûr que c'est difficile de rester neutre au niveau du visage, au niveau de notre attitude, au niveau de...</p> <p>B3 : Moi je trouve que c'est déplacé parce qu'on est pas là pour ça.</p>			
---	--	--	--

<p>Même si c'est difficile de contrôler, je pense pour la personne en face qui vit ça...</p> <p>B2 : Pas sangloter</p> <p>B3 : Je trouve que c'est pas notre place de pleurer</p> <p>B4 : Oui mais des fois si tu as envie de pleurer ?</p> <p>B3 : Et ben je me retiens.</p> <p>B6 : Je pense justement quand les gens ne sont pas très bien, ont des émotions qui sont très fortes, ils viennent te voir, et toi tu dois être plus fort qu'eux malgré tout. Même si tu es touchée, tu es compatissante. Mais s'ils viennent te voir, c'est que pour eux tu es quand même un « roc », t'es quand même solide. Même si effectivement, intérieurement ou même après, bon ça te brasse, etc... Mais avec eux, tu dois quand même... C'est mon attitude, mon comportement, je ne dis pas que j'ai raison. Moi ça me paraît difficile d'éclater en sanglots... C'est une image.</p> <p>B2 : Sans le montrer ostensiblement. Enfin je veux dire que tu le fais pas exprès de le montrer.</p>			
<p>A6 : S'il est bien habillé, s'il est bien coiffé, s'il a les mains bien propres. Rire. Ça joue hein ?</p> <p>A5 : La présentation.</p> <p>A6 : La présentation, c'est important.</p> <p>C3: Il y en a d'autres qui ont pour critères que tu sois bien habillé.</p>	Tenue vestimentaire/ hygiène	Adopte un comportement non verbal approprié	Habilités générales de communication
<p>A7 : Euh, et puis à la fin, est ce que l'ordinateur a eu une interférence négative sur euh...comment dire, sur la relation médecin patient, est ce que l'écran était devant, est ce qu'il était en permanence en train de taper ?</p>	Temps passé sur l'ordinateur	Regarde l'écran d'ordinateur d'une façon qui n'interfère pas avec la relation	Habilités générales de communication
<p>C6 : Et qu'on soit capable de le reformuler dans... avec leur, leur...et qu'ils en soient d'accord. Parce que je crois c'est, enfin...c'est, c'est assez vite fait d'avoir notre interprétation personnelle, quand on est pressé. A partir de 3 mots, de se faire</p>	Reformuler, répéter	Utilise la reformulation de manière adaptée	Habilités générales de communication

<p>embarquer sur... Et il y a des surprises terribles !</p> <p>C6 : Un des, un des trucs qui passe bien c'est de, de faire euh...de reformuler.</p> <p>D4 : Alors lui sa théorie c'est les 3 R, alors euh, reformuler. D2 : Reformuler ouais.</p> <p>D9 : Et des fois répéter, quand on ne sait plus que dire, on se contente de reformuler, répéter,</p> <p>D4 : Alors il y a des fois où ça ne marche pas les 3 R, hein ? Il faut en inventer d'autres. C'est aussi de la débrouille hein des fois. Evidemment. D9 : En fait tout ça c'est une preuve à l'attention. C'est-à-dire comment on apprend à faire l'extrême attention à la personne qu'on a en face de soi, c'est ça le but de la manœuvre.</p>			
<p>D2 : Ecoute active, recontextualiser.</p> <p>D2 : Il y a aussi la recontextualisation. Oui, recentrer ou recontextualiser.</p>	<p>Recontextualiser, recentrer</p>	<p>Cherche à recontextualiser la plainte chaque fois que nécessaire</p>	<p>Habiletés générales de communication</p>
<p>C6 : Oui, mais, la question c'est pas lui dire tout de suite tiens, est ce qu'il.... Mais la généralité, c'est quand même de cerner assez rapidement le patientfaire un résumé assez rapide</p> <p>D4 : Pour que le patient se sente bien compris avec ses mots, et cetera, résumer et renforcer.</p> <p>C6 : [...] de demander confirmation. C'est bien ça ?...C'est euh, c'est assez vite fait ça.</p>	<p>Résumer</p>	<p>Résume régulièrement et sollicite l'accord du patient</p>	<p>Habiletés générales de communication</p>
<p>D4 : Pour que le patient se sente bien compris avec ses mots, et cetera, résumer et renforcer.</p> <p>A2 : De toute façon, ils attendent qu'on s'occupe d'eux. Par le réconfort.</p> <p>A4 : Aussi, oui. Oui, il faut</p>	<p>Renforcer</p>	<p>Renforce souvent de manière appropriée les efforts d'adaptation et les démarches adéquates du</p>	<p>Habiletés générales de communication</p>

<p>l'encourager, c'est sûr. Et donc ça aussi, on joue avec ça, surtout avec certains, c'est surtout dans cette relation-là.</p> <p>D10 : enfin...et en fait j'étais juste un espèce de petit soutien quoi</p> <p>D2 : on soutient le patient, on passe de l'énergie avec lui euh,</p>		patient	
<p>D2 : c'est le...à la fois dans le verbal et dans le non verbal</p> <p>E1 : l'attitude du patient dans tout ce qui peut se transmettre dans le non verbal dans une consultation.</p>	Le non verbal du patient	Clarifie le verbal et le non verbal du patient	Habilités générales de communication
<p>A7 : moi, j'ai fait l'expérience d'un truc...euh...qui s'appelle l'écoute active.</p> <p>A7 : L'écoute active. Et c'est impressionnant de voir comme ça modifie. Moi je l'utilisais dans des problèmes où j'arrivais pas à m'en sortir où je comprenais pas bien ce qu'il se passait.</p> <p>A3 : C'est comme les rhinopharyngites chez les jeunes mères de trente ans avec 2 enfants en bas âge et qui n'en peuvent plus quoi. J'ai de la fièvre, le nez qui coule, la pharyngite là on se dit...enfin, au début je me disais là c'est sûr, c'est pour un arrêt de travail, puis maintenant, je dis toujours, enfin, je fais de l'écoute active sans le savoir et puis au bout de 5min elle craque en disant et puis je dors pas depuis 15 jours, j'en peux plus (mime les pleurs du patient). Bon alors racontez moi : il y a ma chef qui me fait chier, mon mari il est parti, je me cogne tout à la maison...</p> <p>A7 : Fais de l'écoute active ! Tu verras c'est...sur ce genre de chose, c'est ce que tu dois faire sans le savoir mais quand tu sais ce que tu fais, ça aide vachement. Pour répondre à...pour prendre en charge ce genre de soucis.</p> <p>D2 : L'écoute active et tout ça ?</p>	L'écoute active	Clarifie le verbal et le non verbal du patient	Habilités générales de communication

<p>D9 : Tu fais ça qu'avec certaine personne, heureusement. Habituellement, on arrive à s'entendre avec les gens sans obliger de se creuser la tête sans passer par des...</p>	<p>L'écoute active, si nécessaire</p>	<p>Clarifie le verbal et le non verbal du patient</p>	<p>Habiletés générales de communication</p>
<p>C7 : Tu peux plaisanter avec eux, et tout. Oui, ça n'empêche pas !</p> <p>D9 : Le CMP ça l'est un peu moins, mais quand on les connaît enfin des choses comme ça. Je me souviens d'un type, j'ai eu la chance inouïe, un type qui voulait que j'arrête son, son traitement et il m'a montré en fait le papier de la, de la préfecture et j'ai su qui était sa psychiatre, je lui ai téléphoné et elle me dit oui euh, la psychiatre me disait oui, il a poignardé une infirmière il y a 6 mois. Alors des fois, l'humour, ça peut fonctionner aussi. Moi, j'ai eu une histoire, c'était à l'île de La Réunion, un type qui était, qui était pris de boisson et qui avait un grand couteau et qui menaçait son entourage, il me connaissait, j'ai réussi à la faire rire et donc à lui prendre son couteau je l'ai mis dans la bagnole et je l'ai descendu à l'hôpital. Mais c'est vrai qu'il ne faut pas faire ce genre de chose, il ne faut jamais être tout seul. Par exemple, dans les urgences psychiatriques, quand j'avais été à...il y avait une formation d'urgence sur les urgences psychiatriques, et je crois que pendant 2 jours, on nous a raconté qu'une seule chose, deux choses : un, ne jamais rester seul et deux, faire toujours le 15.</p> <p>D13 : En tant que médecin. On va pas plaisanter de la même façon avec tous les patients, au niveau social.</p> <p>E4 : Si tu as réussi à décrypter un peu le truc, de dédramatiser la situation, ce genre de chose parce qu'il y a des gens quand même qui arrivent ils sont paniqués et à la fin t'arrives à les faire rigoler,</p>	<p>Utilisation adaptée de l'humour</p>	<p>Utilise l'humour de façon appropriée</p>	<p>Habiletés générales de communication</p>
<p>A1 C'est-à-dire que pour pouvoir connaître l'autre et lui permettre de s'ouvrir, il faut commencer par s'ouvrir soit même. Ça s'appelle</p>	<p>Etre assez empathique</p>	<p>Utilise l'empathie : reconnaît les</p>	<p>Empathie</p>

<p>l'empathie... enfin je crois A7 : eh bien moi je pense que tu confonds ce qu'on appelle la sympathie et l'empathie. Parce que justement l'empathie c'est être capable en restant professionnel de montrer à d'autre que tu es ouvert à ce qu'il te raconte. Mais de pouvoir écouter... euh... sans donner ton propre vécu. Et c'est aussi important dans certaines situations parce que si tu montres trop ce que tu ressens, les gens ils vont se dire ça je peux pas le dire à mon médecin parce que ça va le mettre encore dans un état pas possible. Et le fait de montrer que tu es là pour réceptionner l'information. Pas montrer que tu es insensible. Tu peux dire aux gens bah, ce que vous me dites euh, ça me touche, euh, ça me paraît important euh... Mais t'as pas à dire moi aussi j'ai, enfin tu vois... le côté sympathie, bah oui moi aussi, j'ai ma grand-mère qui a fait ci, ça. C'est pas... l'empathie c'est, pour moi... A1 : C'est effectivement les deux termes que j'ai confondu mais c'est effectivement de l'empathie. C'est-à-dire, tu livres pas tes expériences personnelles. Mais tu as une ouverture, je sais pas comment la définir... avec des mots. Mais c'est une ouverture qui te permet de recevoir l'autre en confiance.</p> <p>B2 : Voilà, aujourd'hui, on est tellement dans les mots, l'empathie, etc...</p> <p>B8 : Autrement, des fois y'a des gens, j'ai plus une relation d'empathie B8 : C'est vrai, moi j'ai toujours le cas, les certificats de coups et blessures... Tu vas être en empathie avec la personne qui vient te trouver.</p> <p>C5 : Moi, ce serait d'arriver, idéalement, d'être en empathie, comme on nous l'a appris. C'est-à-dire pas sympathique (<i>sourire de la plupart des participants</i>). C'est sympathique, voilà t'es sympathique mais voilà, on n'avance pas beaucoup. Sympathique ça veut dire souffrir avec. Et sûrement pas empathique parce qu'alors</p>		<p>émotions et les points de vue du patient</p>	
--	--	---	--

<p>là...Même si ça nous soulage 5 mn dans la relation avec le patient je pense qu'on peut y arriver. Apathique, ça marche pas bien non plus. Donc euh voilà. Empathique, la plupart du temps je crois qu'on y arrive tous bien inconsciemment, mais,..., mais, mais, mais, quels sont les critères de la vraie empathie, qu'est ce qui...est-ce qu'il faut que ça glisse ou est ce qu'il faut se forcer...à utiliser des règles euh...de bien tenue, de bien parler, de bien paraître ? Je ne sais pas.</p> <p>C3 : Non, empathique, si je suis empathique, empathique, c'est bien euh, partager, euh C6 : Non, c'est dans l'autre sens. C'est comprendre. C3 : Ah, c'est dans l'autre sens...Ah, ça c'est sympathique alors. C6 : Non, sympathique c'est tu partages. C3 : Alors ça surtout pas ! C7 : On n'est pas leur copain.</p> <p>C1 : ouais, c'est ça. Pas trop trop d'empathie justement.</p> <p>D7 : [...] et puis euh, la relation d'empathie après euh...mais savoir écouter quand il faut et savoir utiliser l'empathie quand il faut.</p> <p>D12 : C'est un peu l'histoire des 4 pathies. En fait dans la relation on va plutôt rechercher l'empathie.</p> <p>D6 : Mais dans la relation c'est toi qui essaye d'être empathique. E4 :C'est l'empathie ou... ? E1 : C'est l'empathie mais l'empathie c'est, l'empathie c'est pareil, enfin, c'est...si t'es trop empathique, enfin je veux dire l'empathie c'est euh, le, le, enfin, moi la définition que j'en ai c'est la compréhension du sentiment de ton patient et l'accompagnement dans ce sentiment-là. Et euh, mais si tu y mets ton propre sentiment dans, et que tu pousses trop l'empathie, enfin que tu pousses l'empathie beaucoup trop loin. E2 : C'est plus de l'empathie quoi.</p>			
<p>D10 : Moi, je fais l'effet miroir en fait, je le renvoie à ses oppositions, ses contradictions.</p>	<p>Explorations des émotions</p>	<p>Explore les émotions et sentiments du</p>	<p>Empathie</p>

<p>D2 : A la fois tu leur dis j'entends votre agressivité, euh, je la prends pas pour moi mais je l'entends, et c'est le, le, le c'est le fait d'un malaise c'est ça ? Et euh, mais le fait d'être négatif, c'est pas ça qui va nous faire avancer quoi.</p> <p>D1 : Mais inversement, ça peut être la situation inverse hein. C'est pour ça que les émotions comptent beaucoup.</p> <p>C3 : D'accord. Même que l'on sent eux quand ils sont énervés ou qu'ils sont verts ou qu'ils sont ...</p> <p>E1 : Par exemple, quelqu'un qui va être vachement agressif et tu comprends pas forcément pourquoi et, et euh, tout de suite si tu fais pas attention, tu te braques intuitivement.</p> <p>D2 : Mais c'est vrai que ponctuellement, penser à l'analyse des émotions qu'on reçoit du patient et des émotions qu'on lui renvoie c'est, ça fait avancer pas mal de chose, hein, ça...ça raccourcit pas mal les consultations moi je trouve et ça permet de les terminer beaucoup plus élégamment que clore en disant j'ai plus le temps, on termine là quoi.</p> <p>D4 : Pour que le patient se sente bien compris avec ses mots, et cetera, résumer et renforcer.</p>		<p>patient et utilise le reflet tout au long de la consultation</p>	
<p>A3 : Et donc voilà. Pouvoir répondre à toutes ses questions les unes après les autres</p> <p>A4 : Oui, moi, je fais comme ça : genre, je leur dis, qu'est ce qui est le plus important aujourd'hui? c'est le genou, c'est l'angine ? Ah bah c'est l'angine. Bon ok. Vous reviendrez à un autre moment. Je leur fais l'ordonnance. Voilà je fais comme ça.</p> <p>A4 : c'est surtout le fait de le lire. Tu leur dis : bah donné moi le papier,</p>	<p>Hiérarchiser les demandes et les réponses</p>	<p>Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes</p>	<p>Structure de la consultation</p>

<p>« tata tatatata tatatata », et tu dis bon alors on va regarder ça et ça. C'est toujours la même chose qui revient après !</p> <p>B2 : Ils arrivent avec leur petite liste.</p> <p>B1 : Ils ont leur truc dans leur tête, ils disent le premier truc, puis... Bon bah toi tu te dis ben voilà. Tu te fais avoir parce que tu te rends compte qu'après il y avait un deuxième truc. Limite, ils sont venus se rasseoir et « au fait il y avait aussi ça ! ».</p> <p>B7 : Des fois ils attendent que t'aies fini de résoudre le premier truc.</p> <p>B1 : bon je le fais pas à chaque fois, mais des fois quand il y en a plusieurs faut tout me dire d'un coup comme ça après moi ça m'aide pour gérer mon temps, et puis savoir ce qui est important.</p> <p>B4 : ça j'essaie de le faire aussi parce que... c'est quand même régulier les gens qui amènent les problèmes les uns après les autres, mais ils attendent qu'on ait réglé le premier.</p> <p>C7 : C'est juste de l'écoute, ça peut quand même partir dans tous les sens.</p> <p>C6 : Et puis, ceux qui ont pris rendez-vous pour une grippe, je ne leur dis pas : je vous écoute.</p> <p>C1 : Une consultation qui parte pas dans tous les sens aussi. Pas 36 000 problèmes qui se rajoutent, qui se rajoutent. Une fois qu'on a fini d'en régler un, il y en a un autre qui arrive. Il y en a un autre qui arrive. Ça c'est pas satisfaisant comme consult.</p> <p>C8 : Et puis la prochaine fois il va revenir en nous disant je viens pas pour rien docteur, j'ai ça ça ça ça ça. Et à chaque fois ça va être pareil, ça va t'énerver et puis finalement, la relation elle sera pas bonne. Donc si</p>			
--	--	--	--

<p>tu la gères du début après euh, il sait que tu fonctionnes comme ça et...</p> <p>C2 : en plus tu viens pour 10 000 trucs.</p> <p>C6 : Mais c'est vrai que quand elle t'a tout déballé et que tu ne sais plus où tu en es...</p> <p>D3 : Et puis moi dans patient difficile, je mets aussi les patients polyopathologiques qui arrivent avec je sais pas, leur diabète, leur hypertension mal traitée, oui, ce genre de choses où on se dit oulalah, je suis noyée, et voilà c'est arriver à prendre le temps, les choses les unes après les autres et arriver à leur faire comprendre pourquoi on va pas tout gérer aujourd'hui parce que...en plus il a une mycose des ongles qui est hyper importante par rapport à tout ça pour eux, mais voilà pour moi non c'est plus la microalbuminurie, vous voyez, ou l'insuffisance rénale, j'en sais rien. Et du coup arriver, oui, à faire comprendre qu'on va faire ça par étape et ça aussi après c'est pas toujours évident et je pense qu'il faut vraiment se rendre compte sur...quelle est la priorité quand c'est comme ça, quand la situation est difficile ouais, qu'est-ce qu'on va faire en premier, qu'on se mette d'accord sur ça aussi avec le patient.</p> <p>D9 : Chez un patient très revendicateur, il y a une astuce dans la relation, qui est très manipulatrice d'ailleurs, c'est de demander : « qu'est ce qui est le pire pour vous ? Qu'est-ce qui est le pire ? ».</p> <p>E3 : Tu vois ça c'est compliqué parce qu'il y en a qui viennent avec un problème et finalement en creusant, il y a quelque chose de plus important qui est à régler maintenant, et puis finalement, on répond pas du tout à leur questions</p>			
--	--	--	--

<p>donc euh...</p> <p>E3 : Que les 2 soient sur la même longueur d'onde, quoi, ils viennent en disant j'ai mal au ventre et tu te rends compte qu'ils font un infarctus. Et la réponse est pas celle que le patient attendait.</p>			
<p>A7 : Moi, ce que je fais, c'est qu'à l'interrogatoire, je verrouille mon interrogatoire. C'est-à-dire qu'à la fin de l'interrogatoire, je lui demande, je demande aux patients s'ils ont d'autres choses à exprimer, et s'il y a d'autres soucis à voir et s'ils n'ont pas été dit à la fin de l'interrogatoire et ben, ce sera vu une fois plus tard.</p> <p>A7 : Donc, j'écoute les gens, je les interroge et à la fin de mon interrogatoire je leur dis : vous avez d'autres chose. Et j'appelle ça verrouiller mon interrogatoire parce que après ce moment-là, s'il apparait des choses, je leur dis bah écoutez, pendant la consultation il est apparu ça et il faut qu'on se revoit pour voir ça. Et du coup, quand ils m'ont dit à un moment de la consultation, euh, maintenant je n'ai plus rien d'autre à vous dire.</p> <p>A7 : Ensuite moi c'est vrai que je fais verrouiller mon interrogatoire. C'est-à-dire que je leur demande, enfin...Je vérifie, s'assurer qu'il n'y a pas d'autres problèmes à côté desquels il va être confronté en fin de consultation et qui va l'embêter.</p> <p>B1 : C'est pour ça moi que j'aime bien lister les problèmes dès le début</p> <p>B9 : « vous avez peut-être autre chose ? »</p> <p>B5 : « vous voulez parler d'autre chose ? »</p> <p>C6 : Et puis euh...plus ça va, plus tu te dis euh...je leur demande s'ils ont d'autres questions. Ceux qui te disent non, bah, voilà je...<i>(fait le geste d'arrêter)</i></p> <p>C8 : Moi, aussi, je fais ça aussi, ça te permet de ne pas en avoir d'autres sur le palier !</p>	<p>Savoir clore les motifs de consultation</p>	<p>Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes</p>	<p>Structure de la consultation</p>

<p>A7 : non, mais, dans la relation médecin malade, c'est vachement important d'être capable de dire à quelqu'un euh...vu la relation qu'on a en ce moment, c'est pas possible, je ne peux pas vous soigner.</p> <p>A2 : Il faut savoir dire non des fois.</p> <p>B4 : Il y a ça aussi. Ils ont besoin qu'on leur dise quelque chose pour pouvoir dire non. Je sais pas, c'est une manière pour eux d'exister. Mais ça veut pas dire que nous, on est obligé d'accepter.</p> <p>B4 : Moi je me souviens de 2-3 cas où j'ai dit non aux gens et je me suis un peu énervé. Et ben j'ai été très étonné qu'ils ont continué à venir me voir. Alors que moi j'espérais qu'ils ne viendraient plus.</p> <p>B4 : Donc comme quoi, des fois, ça fait du bien de dire non.</p>	Savoir dire non	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée	Structure de la consultation
<p>D5 : Nan, mais tu vois, avant ils arrivaient avec leur liste et ils disent que maintenant...</p> <p>D13 : C'est ce que j'ai essayé de dire aux gens qui parfois insistaient mais vous pouvez bien me prendre entre deux.</p> <p>D12 : C'est juste pour un papier.</p> <p>D6 : ça va être rapide. Alors là, t'en as pour trois-quarts d'heure.</p> <p>D1 : Entre deux quoi ? Entre deux minutes, entre deux patients entre deux cafés. Entre deux quoi ?</p> <p>D5 : Au début que j'étais installée je disais oh lala, je ne peux pas vous prendre avant tard ce soir. Ah bah, c'est pas grave docteur, ça ne me gêne pas de venir tard (<i>en riant</i>).</p> <p>D12 : Je comprends que vous ayez beaucoup de travail mais à 23h ça me va.</p> <p>D9 : Le cadre, les limites.</p> <p>D1 : Non, mais on voit bien que chacun définit son mode opérationnel. Ensuite la relation médecin-patient, elle se base là-dessus quoi, hein.</p> <p>E1 : Et toute la, toute la difficulté à mon avis c'est de rester, d'avoir un abord professionnel avec ce genre de patient quoi, tu dois rester</p>	Mettre des limites	Limite les digressions inutiles et sait replacer le patient dans un contexte médical	Structure de la consultation

professionnel.			
<p>A7 : alors par rapport à moi, oui, ça je peux l'expliquer. C'est que ma première consultation...euh, je suis très sur la réserve je...j'attends de voir qui sont les gens. Et euh...je fixe mon cadre de consultation et je vois si les gens le supportent. D'ailleurs pour le médecin traitant, je dis toujours aux gens qu'il faut qu'ils m'aient vu deux fois pour que j'accepte de signer le papier.</p> <p>A5 : Oui, moi, je fais pareil.</p> <p>A7 : Une autre chose qui est importante, notamment avec les gens qu'on connaît un peu en dehors du cabinet, c'est de rappeler le cadre de la consultation. C'est-à-dire que nos questions peuvent paraître de la curiosité ou euh...malveillante ou euh...aborder des choses, mais euh...dans ces cas là je leur dis que ça correspond à des questions que j'ai besoin de poser pour des raisons précises et que c'est pas de la curiosité, c'est purement médical.</p> <p>B4 : Ben du coup, moi, je me force parce que quand ça fait plus de vingt ans qu'on est dans le même petit village. Je me force à vouvoyer quasiment tout le monde. Il y a très peu de gens que je tutoie, pour marquer... Enfin, dans la consultation, même si... Je vais les rencontrer dans la rue ou sur les pistes de skis, on va se tutoyer. Pour marquer que là, bon, on est quand même dans une relation spéciale.</p> <p>B6 : Il suffit d'arriver à la porte du cabinet, de dire aux gens : « bon ben écoute, je fais mon travail, je n'écoute que le côté médical des choses. On parle que de la pathologie, on parle pas d'autre chose, voilà ». Je pense quand même qu'on arrive à faire la part des choses.</p> <p>B6 : Voilà tu racontes n'importe quoi etc... Je pense que les gens arrivent à comprendre ça mais... c'est vrai que d'emblée il faut pas se laisser piéger. « Tu viens me voir parce que t'as quelque chose. Bon ben voilà, t'es un malade comme un autre à ce</p>	Replacer les patients dans le contexte médical	Limite les digressions inutiles et sait replacer le patient dans un contexte médical	Structure de la consultation

<p>moment-là ».</p> <p>B3 : Ben en dehors si on le croise dans la rue, il peut nous parler de sa pathologie. Quand on le voit, il nous parle de sa maladie aussi.</p> <p>B2 : J'pense que c'est là que c'est important de faire la part des choses.</p> <p>B6 : Souvent les gens quand tu les croises, que tu va chercher ton pain à la boulangerie ou n'importe quoi, ils te disent : « ah ben tiens, faudrait qu'on voit ça, etc... » Mais il faudrait qu'on voit ça, c'est-à-dire qu'on va pas voir ça sur le pas de la boulangerie. « J'irai au cabinet, je viendrai te voir, parce que j'ai quelque chose. Est-ce que tu crois qu'il faut que vienne, j'ai ça ». Tu dis : « ben oui, il faut que tu viennes me voir au cabinet ». Ils le savent très bien. Je pense qu'il faut d'emblée, enfin surtout quand on est jeune. A la limite c'est surtout à ce moment là. Quand on est installé depuis très longtemps, ben c'est au départ qu'il a fallu mettre les barrières et ne pas se laisser phagocyter par les gens dans la rue etc... Mais je pense qu'on y arrive quand même, en gardant des relations très amicales avec les gens. C'est tout à fait possible. Mais ils savent que, effectivement, quand t'es à l'extérieur du cabinet, bah, on parle pas forcément métier ou...voilà ! S'ils ont un problème, ils viennent au cabinet, ils parlent de leur pathologie, on parle de ça quoi.</p> <p>B6 : Enfin je pense qu'il faut définir un cadre, ouais.</p> <p>B1 : Mais il se définit naturellement la plupart du temps. Des fois on sort du cadre, c'est là qu'on recadre. Mais c'est vrai qu'on a l'impression que c'est quand même naturellement.</p> <p>B6 : Ouais globalement je pense que ça se passe pas si mal que ça. Parce qu'effectivement on est quand même dans des endroits où on connaît très bien les gens. On a quand même des relations très amicales, donc, voilà. Mais c'est vrai qu'il faut d'emblée bien définir les choses. Il faut pas se laisser avoir</p>			
--	--	--	--

<p>au départ. Faut pas aller au bistrot, effectivement, je pense que je vais pas aller au bistrot boire des canons avec les gens !</p> <p>C3 : Alors moi, dans ces cas-là, je leur dis : « mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse pour vous ? ». Tu essayes de ramener au médical. Alors qu'est-ce qu'il s'est passé ? Venons-en au fait.</p> <p>C5 : Professionnelle. C4 : Professionnelle. C7 : Professionnelle, voilà !</p> <p>C8 : Des fois ils nous racontent des trucs. Et là tu te dis mais qu'est-ce que je m'en « fous ». Alors ce matin, alors que je buvais mon café et que mon mari était parti...Alors là je me dis mais c'est pas possible, je ne vais pas savoir pourquoi elle vient.</p>			
<p>A4 : Le problème qu'on a aussi dans cette relation médecin malade, c'est aussi le temps qu'on a quoi. On aimerait mieux avoir du temps aussi mais le temps...</p> <p>C4 : Ah oui mais parce que le temps n'est pas extensible et que du coup t'es obligé de faire...</p> <p>C5 : Tu les raccompagnes frustré parce que lui frustré, ou toi frustré de pas avoir eu le temps de...</p> <p>C5 : Et, et...on est à peu près tous d'accord pour dire que la principale problématique, c'est le chronomètre. C'est le chronomètre !</p> <p>C6 : Le chronomètre est un problème, mais...mais, mais, je veux dire, toutes les...toutes les interrogations euh, d'opinion de médecin en France, ce qui leur manque, même avant l'argent, c'est quand même le temps.</p> <p>C8 : On a trop de temps aussi (<i>sur un ton ironique</i>).</p> <p>D4 : Le problème souvent, c'est une question de temps. D10 : Oui, c'est ça. D4 : Si on avait le temps de les écouter, souvent il y a une histoire</p>	<p>Le manque de temps</p>	<p>Maîtrise le temps dans la consultation</p>	<p>Structure de la consultation</p>

<p>derrière, un truc mal vécu.</p> <p>D10 : Oui, c'est ça, ça prend du temps, j'y suis restée quasiment 2 heures quoi. Alors du coup</p> <p>D5 : Et voilà, et ça pose quand même la question du temps de relation avec le patient, moi ça me...Des fois je dis à la secrétaire, pour l'instant vous dites non, aux patients très âgés polyopathologiques, non, et voilà du coup ça me...</p> <p>D13 : Le temps patient est précieux.</p> <p>D2 : Pas loin. Et puis autrement, je les laisse partir, je les raccompagne jamais parce que j'ai pas le temps. Je leur dis je vous laisse partir, j'ai pas le temps (<i>en riant</i>).</p> <p>E1 : Ouais, le temps c'est super limitant comme tu dis. Alors moi quand j'étais à Y., les médecins de médecine interne qui étaient tous surspécialisés dans leur domaine, il y en a une qui était généraliste c'était X, très bon médecin qui a un rapport à l'être humain qui est euh, très simple et très efficace, et qui m'avait marqué sur euh, pendant une visite, elle disait euh, je comprends pas les médecins généralistes qui euh, qui voient 30 patients par jour euh, et qui euh, et qui en 30 consultations arrivent à régler leur problème. Pour moi, une consultation, c'est au moins 1 heure, 1 heure et demi euh et j'en vois, j'en vois maximum, tu vois, 4 ou 5 par aprèm.</p> <p>E1 : Avec des pathologies pas diagnostiquées, chroniques, euh, qui altèrent l'état général, qui altèrent la qualité de vie, euh, et que en fait euh, personne n'a creusé parce que c'est trop long, trop compliqué et que en 15 minutes, tu peux pas quoi.</p> <p>E1 : Et euh, alors que si tu avais 1 heure et demi, tu ferais, bah c'est bon euh, je vais me faire plaisir pendant 1 heure et demi. Ça c'était si t'avais euh, si ça changeait rien au niveau de ton salaire, moi peut-être, souvent je suis vachement frustré à me dire euh, non mais là,</p>			
--	--	--	--

<p>ça fait une demi-heure que je suis avec le patient euh, je peux pas continuer parce que la salle d'attente est pleine et que...</p> <p>E3 : C'est pas qu'une question de pognon, non, mais c'est aussi qu'il y a le téléphone qui sonne et que t'en as 5 qui attendent dans la salle d'attente.</p> <p>E1 : Ouais, mais alors, ça, ça implique quand même que tu réfléchisses sur le cas de ton patient en dehors de tes horaires de travail et donc que tu travailles chez toi, euh, une fois que tu as fini toute ta compta et toutes ces conneries là euh, à 20h30, c'est nickel, quoi.</p>			
<p>A4 : On prend le temps quand même, mais bon. Quand tu commences à aborder des choses qui fâchent ou des explications.</p> <p>A4 : pour une bonne relation, il faut quand même prendre du temps</p> <p>A3 : Il sait [...] qu'on va prendre le temps.</p> <p>A4 : Il faut prendre le temps.</p> <p>B8 : C'est souvent ils nous disent : « ah vous avez pris le temps de parler avec moi ».</p> <p>B4 : Ou alors c'est parce qu'on s'est trop pressé, justement, ils nous ont dit quelque chose...</p> <p>B2 : Il y a des fois où, bon, on n'a pas fait le bon diagnostic. Mais ils ont eu l'impression qu'on prenait du temps avec eux.</p> <p>B4 : Ils se sont sentis expédiés...</p> <p>C6 : Non, mais il suffit de prendre un remplaçant ou un étudiant, et tu vois les patients ce qu'ils disent après. Hein? Lui, il m'examine, il prend son temps.</p> <p>C1 : Mais c'est quand même vrai, quand on prend nos rendez-vous, quand on a quelqu'un dont on sait que ça va durer longtemps parce que la relation est compliquée...</p> <p>C3 : bah tu t'organises !</p> <p>D4 : On n'a pas forcément le temps d'écouter ce qu'il y a derrière cette agressivité, pas toujours le temps.</p>	Prendre le temps	Maîtrise le temps dans la consultation	Structure de la consultation

<p>D10 : Oui, c'est ça, ça prend du temps, j'y suis restée quasiment 2 heures quoi. Alors du coup</p> <p>D9 : [...] ils étaient tous d'accord sur une seule chose, c'est qu'en fait je ne prenais pas assez de temps avec chacun d'eux.</p> <p>D13 : [...], les gens me disaient ce qu'il y a de bien c'est que même s'il est en retard, il prend son temps,</p> <p>D13 : Et ça, ça revenait souvent, souvent. Au moins, même s'il est en retard, il prend le temps de nous écouter, il prend le temps de nous examiner</p> <p>E2 : j'aurais pu prendre 2 minutes de plus pour redire ma phrase plus doucement plutôt que, plutôt que de l'engueuler parce que ça fait un quart d'heure qu'il était en retard (<i>rires</i>).</p>			
<p>A3 : de toute façon au-delà de 20 mn chez un même patient, je vais tout mélanger, je ne vais pas faire du bon boulot tout ça.</p> <p>B7 : et que le médecin ait l'impression de pas avoir été «phagocyté».</p> <p>E1 : Et puis qu'à la fin de la consultation, euh, qu'il y ait une consultation qui n'a pas duré 3 heures non plus quoi, tu vois, que t'as été efficace quoi.</p> <p>E4 : Et puis bon en 15 minutes, 15-20 minutes des fois, c'est pas évident.</p> <p>E1 : avoir fait une consultation pas trop longue non plus, dans les temps quoi.</p>	<p>Bonne gestion du temps de consultation</p>	<p>Maîtrise le temps dans la consultation</p>	<p>Structure de la consultation</p>
<p>C2 : Je veux dire, si tu le vois euh, si tu viens consulter en fin de journée euh, où j'ai 2 heures de retard.</p> <p>C3: Il y en a d'autres qui ont pour critères [...] qu'il prenne à l'heure euh, voilà.</p> <p>D9 : Moi, il y a des choses qui me surprennent toujours c'est les gens qui disent « ah docteur untel, oh on sait quand on arrive mais alors euh</p>	<p>La ponctualité du médecin</p>	<p>Maîtrise le temps dans la consultation</p>	<p>Structure de la consultation</p>

<p>pwouuu, il prend avec des heures de retard » ou alors « le matin son cabinet ouvre à 8 heures il y a déjà 5 personnes devant la porte qui attendent, on n'est pas sorti avant midi » et puis enfin mais ils reviennent. Donc au fond je me dis euh s'il y a beaucoup de monde bah ça doit être un bon médecin, ça rassure les gens.</p> <p>D1 : Et il y en a d'autres qui me disent « ah bah on n'attend pas là, c'est bien », ça marche dans les 2 sens hein. « Et puis on n'attend pas c'est bien,</p>			
<p>B5 : Dans les maladies silencieuses comme l'HTA ou le diabète, c'est bien d'expliquer pour qu'ils comprennent l'intérêt de prendre un traitement maintenant pour éviter des problèmes plus tard.</p> <p>E1 : Et au final, c'est là ou, ou le métier, le métier de médecin généraliste est plus important parce que c'est, on est des soins primaires donc c'est de la prévention. E4 : C'est de l'éducation !</p> <p>E1 : et c'est euh...on n'est pas dans la thérapie euh, de pathologies euh, chroniques hyper compliquées à gérer, quoi, tu vois. Donc en fait notre boulot, c'est aussi la prévention, le soin primaire et c'est toute cette population là qu'il faut éduquer.</p>	<p>Actes de prévention/ Eduquer les patients</p>	<p>Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical</p>	<p>Information - Education</p>
<p>A8 : Voilà, bien lui expliquer la situation</p> <p>A5 : Oui, mais à un moment donné, ça veut dire que le travail il est fait. La relation, elle a été faite, expliquer au patient quand il a eu sa maladie,</p> <p>B4 : Tu passes 15 min à leur expliquer les ligaments croisés, le téléphone sonne... Arrghh, je me suis explosé les genoux ! J'ai tous les ligaments foutus <i>Rires</i>.</p> <p>B5 : Dans les maladies silencieuses comme l'HTA ou le diabète, c'est bien d'expliquer pour qu'ils</p>	<p>Données des explications claires sur la pathologie</p>	<p>Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical</p>	<p>Information - Education</p>

<p>comprennent l'intérêt de prendre un traitement maintenant pour éviter des problèmes plus tard.</p> <p>B6 : Alors que c'est quelqu'un qu'aime bien qu'on lui explique ce qu'on va lui faire, enfin la pathologie qu'il a.</p> <p>B6 : En plus expliquer un problème de genou à une personne qui n'a aucune compétence, aucune connaissance en anatomie, des fois c'est assez amusant. Enfin, il n'y a pas que pour les genoux !</p> <p>C2 : tu expliques ton examen clinique, tes conclusions et ce que tu veux faire, s'il est intelligent, ça devrait bien se passer.</p>			
<p>A7 : Notre boulot c'est pas de forcer les gens à vacciner les gens mais c'est de leur proposer la vaccination et de leur expliquer : les critères, enfin... l'intérêt de les vacciner et l'intérêt...l'inconvénient de pas l'être.</p> <p>B4 : Moi, je trouve que trop souvent... Je lis des articles ou j'entends des réactions de gens que je soigne qui se plaignent de pas avoir assez eu d'explications, d'avoir eu affaire à des médecins qui leur ont prescrit des examens, des traitements, sans leur demander leur avis... Donc j'ai l'impression qu'il y a pas mal de gens qui ont besoin d'explications ; qui se plaignent de la mauvaise relation.</p> <p>B6 : Alors que c'est quelqu'un qu'aime bien qu'on lui explique ce qu'on va lui faire, enfin la pathologie qu'il a.</p> <p>C2 : tu expliques ton examen clinique, tes conclusions et ce que tu veux faire, s'il est intelligent, ça devrait bien se passer.</p>	<p>Donner des explications claires sur la prise en charge (traitement, examens complémentaires)</p>	<p>Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical</p>	<p>Information - Education</p>
<p>A4 : pour une bonne relation, il faut quand même [...], expliquer</p> <p>A3 : Il sait qu'on va expliquer</p> <p>A4 : C'est à toi d'expliquer.</p>	<p>Donner des explications claires et adaptées</p>	<p>Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon</p>	<p>Information - Education</p>

<p>A4 : pour une bonne relation, il faut [...] expliquer</p> <p>A1 : Et en tout cas les mots que je vais employer ne seront pas les mêmes</p> <p>B6 : Quand on explique les choses aux gens, peut-être qu'on les explique mal... Encore une fois je ne critique pas, je constate les choses. On s'aperçoit que quand eux vont raconter l'histoire à la famille ou aux proches, et ben y'a au moins 50% des choses qui sont passées à l'As... <i>Rires</i>. Et encore, quand je dis 50%, parfois c'est plus !</p> <p>B5 : ça fait un quart d'heure que tu lui expliques que...</p> <p>B6 : On a souvent effectivement l'impression que même si on a passé beaucoup de temps, que nous on a l'impression que la relation était bonne avec le patient, et vraisemblablement elle est bonne. Le résultat il est que on n'est pas convaincu qu'ils aient bien compris les choses !</p> <p>B6 : Moi je pense que c'est pas si évident effectivement. Tu as des patients chez qui il faut bien expliquer, longtemps expliquer, largement expliquer. Et puis effectivement il y en a beaucoup d'autres qui n'ont pas besoin de tant d'explications. Et c'est là où c'est pas facile de faire la part des choses. C'est vrai que des fois quand on essaie de trop expliquer...</p> <p>B6 : Alors que c'est quelqu'un qu'aime bien qu'on lui explique ce qu'on va lui faire, enfin la pathologie qu'il a. [...] Et il a été surpris de ce comportement-là. Alors qu'il a bien insisté en disant : « professionnellement, je n'ai rien à lui reprocher. Au niveau de la communication, c'est vraiment à revoir ». Donc là, s'il a problème de genou, c'est certain qu'il ira pas le revoir.</p> <p>B6 : « Il ne m'a rien expliqué »</p> <p>B4 : C'est à nous de faire le boulot d'explication. Moi ça me renforce dans mon idée qu'il faut expliquer</p>		<p>médical</p>	
---	--	----------------	--

<p>aux gens.</p> <p>B6 : « Il ne m'a pas expliqué, je n'ai pas très bien compris ». Donc on a vraiment cette impression que les gens ont besoin d'une part qu'on leur explique bien les choses, qu'on essaie de les écouter et... puis voilà je pense que c'est déjà pas mal.</p> <p>B6 : Et puis que l'explication soit au niveau des gens. C'est-à-dire qu'en fonction du malade, on a des paliers différents.</p> <p>B4 : Que l'explication « standard »... Il y a des gens qui vont être complètement paniqués, parce qu'on a cru bien faire en leur expliquant bien les choses et puis ça a généré une angoisse terrible. Alors qu'une autre personne pour le même problème, au contraire, sera très contente.</p> <p>B4 : Moi, c'est fondamental. Je ne peux pas dire la même chose, sur le même problème, sur une entorse du genou, je ne peux pas dire exactement la même chose à deux personnes différentes. Parce que ce n'est pas la même personne quoi.</p> <p>B6 : En plus expliquer un problème de genou à une personne qui n'a aucune compétence, aucune connaissance en anatomie, des fois c'est assez amusant. Enfin, il n'y a pas que pour les genoux !</p> <p>B6 : Les gens ils ont souvent des connaissances très relatives. On ne peut expliquer de la même façon à n'importe qui. C'est vrai que le discours s'adapte, essaie de s'adapter en fonction du malade.</p> <p>C8 : Il faut rester calme et réexpliquer ce que tu as dit.</p> <p>C2 : Et puis, moi, je reviens aux explications qu'on est amené à donner. Et si tu expliques euh... ce que tu fais, ce que tu... enfin je veux dire ça, ça ouvre quand même très rapidement la relation.</p> <p>C2 : Et ils ont besoin que tu leur expliques les choses. Ils sont pas forcément là pour une ordonnance.</p>			
---	--	--	--

<p>C3 : oui, mais, il y a du savoir, mais en face, ton patient il va te poser la question à la fin de euh qu'est-ce que j'ai et puis il va vouloir essayer de comprendre un petit peu. Donc, oui, le savoir, c'est, c'est j'allais dire enfin c'est toi, c'est le médecin. Mais tu communique bien, si tu veux qu'il adhère à ce que toi tu veux lui faire faire, t'es bien obligé de communiquer, de lui expliquer un minimum.</p> <p>D13 : il nous explique.</p> <p>E4 : Le gars qui se pointe et qui te dit déjà euh, tu l'as vu il y a 2 jours et il est toujours malade euh, et que c'est pas normal, que t'as pas fait les bons trucs euh, alors t'es là bah oui, bon alors tu lui réexpliques tout.</p> <p>E3 : C'est ce que j'allais dire, il y a aussi toutes celles un peu intermédiaires où on s'est pas dit ça s'est pas très bien passé mais on s'est pas dit ça s'est mal passé et au final le message est pas passé.</p> <p>E1 : Après une consultation satisfaisante au niveau de la relation c'est quand t'as l'impression que ton patient il...qu'on est sur la même longueur d'onde quoi, que...qu'il comprend ce que tu dis, tu as compris ce qu'il t'a demandé et que t'as l'impression que t'as fait le tour quoi du, du problème quoi.</p> <p>A3 : Ça le met en confiance. Il sait qu'on va expliquer, qu'on va prendre le temps.</p>			
<p>A4 : pour moi, dans nos consultations on donne peut être trop d'explication. Pour l'ordonnance je mets : pour le cholestérol, pour le cœur, pour le diabète comme ça ils savent à quoi ça correspond et c'est déjà pas mal d'ailleurs ! Et si tu expliques bien, ça fait trop des fois.</p> <p>B2 : Et je me rends compte que souvent, j'ai l'impression que j'explique trop, que je voudrais trop qu'ils comprennent, qu'ils adhèrent ; en comprenant pourquoi je fais ça ; et à mon avis, c'est une erreur de</p>	<p>Explications en quantité adaptée</p>	<p>Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical</p>	<p>Information - Education</p>

<p>ma part parce qu'en fait ils ne sont pas capables. Dans un bon nombre de cas où j'explique mal, mais je pense quand même que, régulièrement, euh, le fait de trop expliquer ce qu'on veut faire. Pourquoi on le fait, etc. On veut... On les braque un peu.</p> <p>C2 : Et des fois t'en dis trop.</p> <p>C1 : On ne peut pas tout dire. Il y a des choses que tu retiens un peu.</p>			
<p>B4 : Il faut que les explications correspondent aux demandes des gens.</p> <p>B9 : Souvent, je pense qu'on n'explique pas la chose qu'ils demandent. En fait ils ont une demande, et nous on explique à côté. Parce que nous on voit un problème là où eux ne voient pas de problèmes.</p> <p>C2 : ... elle pouvait en faire de moins en moins pour l'aider mais malgré tout, elle n'était pas prête à ce que je lui dise qu'à un moment, j'ai été beaucoup trop loin dans ce que je lui ai dit. Et je lui ai dit qu'il faudrait qu'elle envisage d'aménager la maison. Et en fait euh, j'ai outre passé ce qu'elle me demandait et euh...j'ai été, je l'ai pas écouté et elle, elle avait pas du tout envie d'entendre ça</p> <p>C2 : Non, mais il y a des fois, en fait, tu anticipes au-delà de ce qu'il t'a demandé. Et puis tu as été trop loin. Et il était encore pas prêt à entendre...</p>	<p>Explications adaptées à la demande du patient</p>	<p>Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical</p>	<p>Information - Education</p>
<p>C6 : C'est important dans la communication de ...</p> <p>C6 : De leur dire, je peux pas donner d'avis, je connais pas.</p> <p>C2 : Moi, je dirais l'honnêteté.</p>	<p>Expliquer avec franchise</p>	<p>Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical</p>	<p>Information - Education</p>
<p>A5 : Est-ce que l'interne a aussi un langage accessible au patient ?</p> <p>B6 : Puis nous on explique à notre</p>	<p>Eviter le jargon médical</p>	<p>Informe le patient avec franchise, de façon claire,</p>	<p>Information - Education</p>

<p>façon, on explique certainement d'une façon un peu trop médicale et peut-être qu'eux, ne peuvent pas entendre ça. Ils voudraient peut être des choses plus simples et éventuellement plus pratiques. Et nous on est dans notre discours médical et on a du mal à bien faire passer le message.</p> <p>B2 : Mais ça, ça me fait penser à, finalement, pas mal de trucs qu'on lit dans les journaux sur les responsabilités. Les journaux de la MACSF, etc... C'est que, très souvent, ce qu'on reproche au médecin dans le cadre d'un litige, c'est de ne pas avoir été suffisamment attentif à la personne. C'est-à-dire, non seulement de pas avoir forcément bien expliqué.</p>		<p>précise et adaptée en évitant le jargon médical</p>	
<p>A3 : parce que il comprend tout de suite et après quand on lui dit mais pourquoi ...</p> <p>A7 : Moi, par rapport à ça, j'essaye en fin de consultation de ...de dire aux gens : est ce que vous avez compris ce que je vous propose ?</p> <p>A7 : et qu'à la fin, le patient ait compris.</p> <p>A7 : ou je vais lui dire, qu'est-ce que vous avez compris de ce que je vous ai dit, de ce que je vous ai expliqué ?</p> <p>A7 : Et puis, est-ce que le patient a compris ce qu'on lui a dit.</p> <p>B1 : Et quand nous on lui explique, est-ce qu'il y a une bonne compréhension ?</p> <p>B1 : Voilà, est-ce que la communication est claire ? Sans forcément être « copain-copain ». On peut très bien, indépendamment du côté affectif, on peut s'assurer que les messages soient passés ; dans les deux sens.</p> <p>B6 : En général on essaie de bien communiquer mais le problème c'est que on s'aperçoit, même si on fait attention, même si on est attentif, même si on prend des précautions, on s'aperçoit souvent que le message qu'on a voulu faire passer,</p>	<p>Vérifier la compréhension du patient</p>	<p>Vérifie la compréhension du patient</p>	<p>Information - Education</p>

<p>bah, ça pas été obligatoirement bien perçu.</p> <p>B6 : Le résultat il est que on n'est pas convaincu qu'ils aient bien compris les choses !</p> <p>C6 : Non, mais c'est plutôt quand il y a des choses à expliquer, vérifier qu'ils ont compris.</p> <p>D3 : Non, mais je pense, quand le patient a compris le message qu'on voulait lui faire passer.</p> <p>D5 : Tu vois s'il a compris ou pas.</p> <p>D2 : S'il a compris ou pas.</p> <p>D3 : Non, mais je pense, quand le patient a compris le message qu'on voulait lui faire passer.</p> <p>E1 : Mais justement, il y a quelques consultations qui te paraissent, enfin moi, qui me paraissent beaucoup plus difficiles, pas forcément sur un motif euh, de consultation mais sur l'incompréhension que le patient peut avoir de ton analyse et sur le retour que tu as l'impression qu'il te fait quoi.</p> <p>E4 : Que tu l'aies bien compris je pense, surtout quand il ne comprend pas trop ce qu'il a, euh, comment on va le traiter quoi.</p>			
<p>B1 : Mais en traumatisme, c'est tellement particulier, c'est un accident, c'est brutal. Ils sont en train de réfléchir à tout ce que ça va introduire d'avoir la jambe avec les béquilles pendant 1 mois ! Le travail, la voiture, que du coup ils ne peuvent pas assimiler le message. Ça je crois, il me semble, que ça a déjà été étudié, enfin, aux urgences... Le lendemain, il faut reprendre... D'où l'intérêt des fiches conseils.</p> <p>B1 : Il faut le dire à l'oral voilà. Il faut le dire à l'oral et donner le document écrit dans les cas où c'est très compliqué comme justement, dans notre pratique de traumatologie d'hiver. Parce que, justement, à l'oral, tout ne reste pas alors que les</p>	<p>S'appuyer sur des fiches écrites</p>	<p>S'appuie sur des fiches écrites si besoin</p>	<p>Information - Education</p>

<p>écrits, si on résume... Ben après, il entend et il dit : « ah bah oui tiens, il m'en a parlé ». Et puis du coup, c'est beaucoup plus ancré. Et ça passe mieux.</p>			
<p>A7 : Euh, et puis après, je leur dis : est ce que ça vous convient ?</p> <p>A7 : Et dans ce cas j'essaye de demander au patient s'il a compris et si ça lui convient.</p> <p>C6 : [...] de demander confirmation. C'est bien ça ?...C'est euh, c'est assez vite fait ça.</p>	<p>Demander confirmation</p>	<p>Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>
<p>A1 : C'est ce qui m'a fait aller vers l'homéopathie par exemple. Qui permet effectivement d'avoir une analyse globale de la personne et pas seulement des symptômes qu'il présente, qui peuvent être présentés par n'importe qui mais chercher derrière ce qui se passe.</p> <p>B3 : ben oui, parce qu'on va prendre en charge son côté psychologique aussi, donc forcément. On prend pas en charge que la maladie, on le prend en charge dans la globalité.</p>	<p>Considérer le patient dans sa globalité</p>	<p>Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>
<p>A1 : Et puis petit à petit ma pratique a évolué, elle est devenue je dirais plus sensible à la personne quoi. C'est-à-dire que j'avais tendance à traiter la maladie. Et je suis passé de la maladie à la personne. Ça, ça m'a demandé du temps et quelques claques. Pour comprendre qu'effectivement, euh...je soigne une personne et pas une maladie.</p> <p>A6 : Eh ben moi, je vois toujours ça en triangulation en fait. Euh...Le médecin, la maladie et le patient. Et voilà. J'examine bien enfin, je vois bien la maladie, puis après je vois le patient, je me focalise après sur le patient, dans la relation si tu veux. Et puis après j'essaye d'associer patient maladie. Et voir comment ça peut s'imbriquer les deux quoi. C'est un petit peu comme ce qu'on disait, voir l'aspect global du patient.</p> <p>A4 : C'est vrai moi je connais des</p>	<p>Considérer le patient comme une personne</p>	<p>Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>

<p>copains, c'est vraiment la maladie d'abord. Que la fille elle soit une dépressive ou qu'elle est perdu son chat ou sa grand-mère, ils s'en « foutent » complètement. C'est vous avez une angine et au revoir. Terminé. Alors que moi, je ne fonctionne pas du tout comme ça.</p> <p>B2 : C'est que, très souvent, ce qu'on reproche au médecin dans le cadre d'un litige, c'est de ne pas avoir été suffisamment attentif à la personne. C'est-à-dire, non seulement de pas avoir forcément bien expliqué, mais aussi que les gens ne se sont pas sentis pris en compte en tant que personne.</p> <p>A1 : Et je suis passé de la maladie à la personne. Ça, ça m'a demandé du temps et quelques claques. Pour comprendre qu'effectivement, euh...je soigne une personne et pas une maladie. C'est ce qui m'a fait aller vers l'homéopathie par exemple. Qui permet effectivement d'avoir une analyse globale de la personne et pas seulement des symptômes qu'il présente.</p> <p>A1 : Ah bah, pour ce qui concerne ma pratique. C'est-à-dire je suis médecin généraliste libéral, euh, je reçois une personne à la fois, ou une famille ou un couple ou une mère et sa fille, c'est très très individuel. Et chaque...chaque varicelle que je vois est une varicelle qui est unique, qui appartient à la personne qui se présente avec cette varicelle, quoi. Et le traitement sera peut-être pas le même. Et en tout cas les mots que je vais employer ne seront pas les mêmes.</p>			
<p>C2 : Ouais, puis elle est différente en fonction de chaque patient en fait. Elle peut être euh, enfin, ouais, elle est très particulière, mais euh, avec chaque patient, elle est jamais la même avec l'ensemble des patients en fait.</p>	<p>Prendre en compte la singularité du patient</p>	<p>Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>
<p>A1 : Ah bah, pour ce qui concerne ma pratique. C'est-à-dire je suis médecin généraliste libéral, euh, je reçois une personne à la fois, ou</p>	<p>Le médecin détermine une prise en charge adaptée au patient</p>	<p>Prend en compte la singularité du patient, tient</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>

<p>une famille ou un couple ou une mère et sa fille, c'est très très individuel. Et chaque...chaque varicelle que je vois est une varicelle qui est unique, qui appartient à la personne qui se présente avec cette varicelle, quoi. Et le traitement sera peut-être pas le même.</p> <p>A4 : Quand tu sens qu'il y a une justesse entre ce que tu as fait et le résultat. C'est pas forcément qu'on a juste dans le diagnostic hein. Juste que tu as fait le maximum avec le temps que tu avais et la situation donnée.</p> <p>A7 : où j'ai eu un examen et des prescriptions qui me semblent cohérentes par rapport à la demande du patient.</p> <p>A1 : Et puis à la sortie, il faut qu'elle ait son traitement, qu'elle soit contente. Donc euh...il faut que le gars il sorte avec son paquet cadeau et le nœud sur le paquet quoi.</p> <p>A4 : L'otite, comme disait A7, la même otite que tu soignes chez toi ou chez un gamin ou même chez ta cousine germaine. Ça ne sera pas la même otite, tu ne la traiteras pas pareil.</p> <p>B6 : on s'adapte à lui.</p> <p>B1 : Mais, une question, les gens qui sont les plus « durs », moi je me pose la question, avec quel médecin ça passerait bien ? J'ai l'impression qu'il y en a... De toute façon c'est des patients chiants. Et que, de toute façon, même si ça passe pas avec nous, je m'imagine pas qu'avec le collègue ça va être génial. Donc je me dis, bon bah de toute façon on a chacun notre lot de patients « chiants ». Il faut essayer de gérer avec eux.</p> <p>B2 : Nous on voudrait qu'ils prennent la responsabilité d'adhérer au traitement et de se soigner et pas d'être soignés. Et je pense que beaucoup de patients ne sont pas dans cette démarche-là, ils ont une démarche très passive, et ben quelques fois on s'y prend mal pour</p>		<p>compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse</p>	
--	--	--	--

<p>le résultat qu'on voudrait obtenir.</p> <p>B1 : Faut prendre en compte aussi les volontés du patient. Moi j'ai une dame de 90 ans qui est très bien, qui est diabétique, et qui veut prendre des médicaments que le matin. Elle est toujours avec sa fille : « ah toute façon vous arriverez pas à lui faire faire autre chose ».</p> <p>B5 : Etre flexible.</p> <p>B6 : Tu te dis quoi ? Est-ce que là effectivement on est obligé de composer avec le patient ? Parce que effectivement pour quoi l'ennuyer à lui faire prendre des médicaments à je ne sais quelle heure, etc..., si vraiment elle ne veut faire que comme ça ? Donc on est obligé, on compose.</p> <p>B6 : Et qu'en fonction du patient et de la pathologie, on peut avoir une attitude beaucoup plus rigide ou rigoureuse et dans certains cas moins parce que c'est important qu'il ne coupe pas tous les ponts avec la médecine.</p> <p>B4 : C'est un exemple, mais bon... Donc la relation elle est beaucoup dépendante du cadre dans lequel on est. De même, les gens de nos villages de montagne, ils ne réagissent pas comme les citadins. On le voit bien, parce qu'on soigne les deux. Il n'y a pas les mêmes réactions, pas les mêmes attentes. Donc la relation elle est forcément différente.</p> <p>B5 : Il faut qu'on s'adapte en permanence.</p> <p>B4 : Faut qu'on s'adapte.</p> <p>C4 : Dans les dépressions, les patients ne sont pas tout le temps prêts à suivre un traitement.</p> <p>D9 : Et puis d'autre part, si peut-être le médecin va vite, parce que des fois les gens ils ont peur, ils viennent pour un sujet A et puis qu'on aille mettre notre nez dans un truc B dont ils n'ont pas vraiment envie qu'on mette notre nez dedans. Alors qu'ils se disent peut être que si ça prend moins de temps, parce que nous on dit toujours, ah bah oui, un bon</p>			
--	--	--	--

<p>médecin il faut être à l'écoute, il faut prendre son temps, et il y a des gens qui n'ont pas vraiment envie de ça.</p> <p>D3 : Bah, oui, pour avancer dans la consultation. Chaque patient est différent et du coup la relation sera différente à chaque fois et du coup je pense que c'est important, oui, euh, pas forcément que pour le diagnostic mais pour la prise en charge.</p> <p>D2 : Donc ça nécessite de la part du médecin une adaptabilité (<i>D3 acquiesce</i>) considérable.</p> <p>D13 : C'est vrai qu'on ne va pas avoir la même attitude avec tous les patients. Selon comment eux-mêmes se comportent, bah, on n'aura pas la même présentation, on ne réagira pas de façon pareille.</p> <p>D2 : Tu es médecin caméléon ?</p> <p>D2 : Alors tu t'adaptes.</p> <p>E3 : Je pense c'est aussi euh, on a tous notre personnalité et chaque patient a sa personnalité il faut aussi s'adapter à chaque fois. On peut pas avoir une réponse stéréotypée à chaque demande, il faut s'adapter systématiquement bah, au vécu, à qui est-ce qui est à côté.</p> <p>E1 : Et donc, aussi comme tu disais, t'adapter, euh, à ton patient et euh, sa personnalité.</p>			
<p>B4 : Moi je pense que dans l'idéal on doit pouvoir s'adapter aux différentes demandes, aux différents besoins. Ils ont pas les mêmes besoins relationnels, au point de vue relation thérapeutique. Il y a des gens qui viennent nous voir pour un problème précis ou ponctuel. Je sais pas...</p> <p>B4 : C'est ce que disait B7, c'est-à-dire, finalement, c'est la demande du patient...à laquelle on doit s'adapter.</p> <p>B1 : Mais non... Dans ce cas-là faut s'adapter à ce que dit le patient.</p>	<p>Le médecin s'adapte aux demandes du patient</p>	<p>Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>

<p>B4 : Et donc la relation qu'on va avoir avec ces différentes personnes va pas pouvoir être menée de la même façon puisque les objectifs ne sont pas les mêmes.</p> <p>C3 : Et puis même chez le même patient, elle peut être différente aussi, selon sa souffrance, selon le motif de consult.</p> <p>C2 : ... elle pouvait en faire de moins en moins pour l'aider mais malgré tout, elle n'était pas prête à ce que je lui dise qu'à un moment, j'ai été beaucoup trop loin dans ce que je lui ai dit. Et je lui ai dit qu'il faudrait qu'elle envisage d'aménager la maison. Et en fait euh, j'ai outrepassé ce qu'elle me demandait et euh...j'ai été, je l'ai pas écouté et elle, elle avait pas du tout envie d'entendre ça</p> <p>E3 : Il n'y a pas toujours tout le monde qui a envie d'aller raconter sa vie chez le médecin. E2 : Bah, on s'adapte.</p>			
<p>A7 : Euh, et puis après, je leur dis : est ce que ça vous convient ?</p> <p>A7 : Et dans ce cas j'essaye de demander au patient s'il a compris et si ça lui convient.</p> <p>A7 : Bah, je vais lui dire, enfin j'essaye de lui demander : qu'est-ce qui vous convient pas ? J'essaye de dire : dans ce que je vous ai proposé qu'est-ce qui vous convient pas, qu'est-ce qui vous gêne, qu'est ce qui va vous empêcher d'arriver à...enfin, ...Et puis après, en fonction de sa réponse, euh...</p> <p>B1 : Faut prendre en compte aussi les volontés du patient.</p> <p>B4 : Je lis des articles ou j'entends des réactions de gens que je soigne qui se plaignent de pas avoir assez eu d'explications, d'avoir eu affaire à des médecins qui leur ont prescrit des examens, des traitements, sans leur demander leur avis...</p> <p>B6 : Voilà, est-ce qu'il est d'accord ce qu'on lui propose ?</p>	<p>Demander l'avis au patient sur la prise en charge</p>	<p>Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>

<p>B8 : il y en a beaucoup qui me répondent ben oui, c'est toi qui sais donc c'est toi qui dois me dire ce qu'il faut que je fasse.</p> <p>B4 : Moi je me souviens de 2-3 cas où j'ai dit non aux gens et je me suis un peu énervé. Et ben j'ai été très étonné qu'ils aient continué à venir me voir. Alors que moi j'espérais qu'ils ne viendraient plus.</p> <p>E3 : Des fois tu te dis presque qu'ils avaient besoin que quelqu'un les secoue un peu ou ils avaient besoin d'une réaction un peu, un peu vive, ou qu'on leur dise quelque chose qu'ils avaient pas envie d'entendre mais voilà, on est le premier à le dire donc du coup, euh, ils avaient besoin de ça aussi pour évoluer, euh, dans leur pathologie ou dans leur vie, euh...</p>	<p>Certains patients ont besoin de paternalisme</p>	<p>Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>
<p>C7 : Il faut que tu retrouves ta place de médecin. Il faut qu'il y ait une distance. Ce qui est important c'est que tu sois le médecin et lui, le patient. Point. Tu peux pas être d'égal à égal.</p>	<p>Bien définir les rôles</p>	<p>Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>
<p>A3 : Bah moi, je pense qu'il y a le relationnel avec le patient. Il faut écouter ce qu'il dit parce que des fois il pose des questions bêtes, entre guillemets, parce qu'il n'y a pas de questions bêtes.</p> <p>M : Le respect du patient.</p> <p>C1 : Je pense que dans la confiance, il y a une part de respect aussi, dans la relation entre le médecin et le patient.</p> <p>C4 : Voilà, correcte, respectueuse.</p>	<p>Le respect du patient</p>	<p>N'émet pas de jugement</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>
<p>A1 : Tu vois, quelque part, je me suis passé du rôle du médecin au rôle de censeur ou de justicier, quoi. Donc des fois cet équilibre entre le patient et le médecin, il est fragile. Il faut pas grand-chose pour qu'on soit touché dans notre fierté ou dans notre...ou dans nos convictions</p>	<p>Ne pas juger le patient</p>	<p>N'émet pas de jugement</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>

<p>aussi.</p> <p>B8 : Non non, heureusement, ils ne se croisent pas dans la salle d'attente ! Mais quel est le parti qu'il faut prendre ?</p> <p>B1 : Mais tu n'as pas à prendre parti justement.</p> <p>B8 : Oui, c'était plus une bonne relation. De mon côté, je ne pouvais plus être objective.</p> <p>B7 : De toute manière tu dois être objectif.</p> <p>E1 : Enfin, tu peux, quand même, même avec des gens avec qui tu t'entends pas, enfin, tu vois, fondamentalement, parce que tu es, euh, t'es pas, t'es pas du tout sur la même longueur d'onde, t'as pas les mêmes idéaux, ils disent des trucs qui te choquent, ton, ton boulot c'est quand même de les soigner quoi, donc euh...</p> <p>E1 : Et toute la, toute la difficulté à mon avis c'est de rester, d'avoir un abord professionnel avec ce genre de patient quoi. Donc euh, t'es complètement pas d'accord avec ce qu'il pense parce qu'ils vont te sortir que les noirs c'est tous des cons, tu vois. Et que t'as vraiment, tu te dis que vraiment c'est un salaud quoi, et bien, s'il vient pour un problème de santé, enfin, mais tu vois, euh, je veux dire, c'est quelqu'un que tu peux voir régulièrement quoi, tu vois.</p> <p>E1 : Bah, si tu donnes ton jugement personnel, t'as déjà plus le, t'as déjà plus ton attitude professionnelle donc euh, ça influe déjà dans ton, dans tes choix thérapeutiques, dans ce que tu vas lui dire euh, dans ta prise en charge, ça...</p> <p>E4 : Ouais, mais bon après, c'est comme tu disais, si il commence par dire des propos racistes comme ça tu peux...</p> <p>E1 : Nan mais après tu peux très bien lui dire, non, mais écoutez, moi, je ne suis pas d'accord avec ça, allez voir quelqu'un d'autre.</p> <p>E4 : Humm, ou bien lui dire, bah, on n'est pas là pour ça donc c'est quoi votre problème de base, nan, mais je sais pas. Il faut lui rappeler le cadre de la consultation quoi.</p> <p>E1 : Tu cadres les choses, mais bon, il y a des choses que tu peux</p>			
--	--	--	--

<p>pas, que tu peux pas prévenir quoi. Tu vas pas leur dire. Tu mets pas une affiche dans ta salle d'attente euh, je ne parlerai que de vos problèmes de santé euh, on ne parlera pas de politique, on n'abordera pas...</p>			
<p>B8 : il y en a beaucoup qui me réponde ben oui, c'est toi qui sais donc c'est toi qui dois me dire ce qu'il faut que je fasse.</p> <p>B4 : Moi je me souviens de 2-3 cas où j'ai dit non aux gens et je me suis un peu énervé. Et ben j'ai été très étonné qu'ils aient continué à venir me voir. Alors que moi j'espérais qu'ils ne viendraient plus.</p> <p>E3 : Des fois tu te dis presque qu'ils avaient besoin que quelqu'un les secoue un peu ou ils avaient besoin d'une réaction un peu, un peu vive, ou qu'on leur dise quelque chose qu'ils avaient pas envie d'entendre mais voilà, on est le premier à le dire donc du coup, euh, ils avaient besoin de ça aussi pour évoluer, euh, dans leur pathologie ou dans leur vie, euh.</p>	<p>Certains patients ont besoin de paternalisme</p>	<p>S'assure du rôle que souhaite jouer le patient dans la prise de décisions</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>
<p>C5: non, mais, tu descends de ton piédestal, de ton pouvoir médical que t'as sur ces gens.</p>	<p>Délaisser le paternalisme</p>	<p>S'assure du rôle que souhaite jouer le patient dans la prise de décisions</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>
<p>A7 : et qu'à la fin, le patient ait compris et a adhéré à ce que je lui ai proposé.</p> <p>B1 : Est-ce qu'il adhère au traitement proposé ?</p> <p>B6 : Ca veut dire qu'une bonne relation, c'est une adhésion. C'est une adhésion au traitement.</p> <p>B6 : Faut essayer de le « retenir », qu'il adhère à un moment ou à un autre à un traitement, qu'on le perde pas de vue quoi. Je pense que c'est un peu...</p> <p>B2 : Non, mais sans dire un choix mais, heu, les faire un peu adhérer</p>	<p>L'adhésion du patient à la prise en charge</p>	<p>Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>

<p>quoi.</p> <p>C7 : Qu'ils soient d'accord avec ton diagnostic, ta prescription, surtout.</p> <p>C6 : ça veut dire qu'il adhère à ce que tu lui proposes.</p> <p>C3 : Négociation c'est quand ils viennent pour un... pour une finalité qui n'est pas la nôtre. Et là, oui, on sent que la consult elle va... il va falloir prendre des chemins... (<i>mime le geste tortueux</i>) pour au final aboutir à une adhésion, à mon idée et pas à celle pour laquelle il est venu.</p>			
<p>A1 : On avance très vite ensemble, vers une solution qui convient à tout le monde.</p> <p>M : Donc un critère de la bonne relation c'est que le patient collabore</p> <p>B1 : Donc en l'occurrence, dans cet exemple là, voilà.</p> <p>B4 : on collabore le médecin et le patient. On collabore ensemble à la guérison du patient ou à la prise en charge du problème.</p> <p>B4 : Voilà, mais si il n'y a pas de collaboration, ça ne fonctionnera pas.</p> <p>B4 : Je me souviens que X, il en avait marre à la fin. Il dit : « bon vous voulez quoi ? Qu'est-ce que vous voulez que je marque ? » <i>Rires.</i> « Mettez-moi ça » <i>Rires.</i> Il a arrêté, il est parti à l'hôpital. Il est gériatre à Y.</p> <p>D4 : On a l'impression qu'on a travaillé ensemble sur un sujet.</p> <p>D2 : décider en collaboration.</p> <p>D10 : C'est une consultation qui me fait plaisir parce que ça, enfin ça veut dire qu'il y a eu un échange qui s'est mis en place quoi.</p> <p>E2 : Après dans la relation en soi, il y a ; il y a plus l'impression d'avoir interagi avec le patient. C'est-à-dire de pas être juste lui qui demande et on exécute ou juste nous qui disons fais ça et lui qui dit « Amen » et</p>	<p>Collaborer</p>	<p>Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>

<p>point. Mais des fois, plus avoir l'impression que il est arrivé plus ou moins avec une question et qu'on a plus ou moins répondu à d'autres, qu'on a progressé à 2 on va dire, quoi voilà.</p>			
<p>A1 : On avance très vite ensemble, vers une solution qui convient à tout le monde.</p> <p>A7 : Donc après c'est essayer de comprendre les freins de la personne et...de voir après...Je vais essayer d'analyser dans ce que je lui ai proposé si c'est quelque chose de vital, est ce que c'est important est ce que c'est accessoire, est-ce que c'est anecdotique. Si c'est anecdotique, je vais lâcher tout de suite, si c'est vital, je vais essayer de tenir. Enfin, je vais essayer de tenir, je vais essayer de...de trouver des arguments ou des explications qui vont lui permettre de passer sur ce qui bloque quoi.</p> <p>A7 : Par contre, des consultations qui sont difficiles, quand vous y réfléchissez, ce sont des consultations que vous avez du mal à gérer, sur lesquelles vous n'avez pas les bonnes solutions tout de suite et c'est des consultations où ni le patient, ni vous ne trouvez votre compte. A la fin, vous n'êtes pas satisfait.</p> <p>A6 : on trouve un compromis.</p> <p>C2 : Moi je dirais d'arriver à peu près à un consensus à chaque consultation. Que toi tu sois satisfait de pas avoir lâcher ce que tu avais pas envie de lâcher et lui qu'il soit satisfait d'avoir obtenu ce qu'il était venu chercher.</p> <p>C7 : Moi j'aime bien l'idée du consensus. C'est quand le patient est d'accord avec ta façon de faire.</p> <p>C4 : Tout en ayant fait ta médecine, enfin ta médecine. De la médecine qui tiens à peu près la route sans avoir fait des concessions euh...</p> <p>C2 : Ouais enfin là on en revient à la négociation, au consensus.</p>	<p>Trouver un terrain d'entente sur la prise en charge</p>	<p>Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>

<p>C5 : Bah, 1 fois par mois, à peu près, j'en sais rien, je sors un petit schéma que j'avais fait à l'époque. Où l'EBM était à la mode ! Moi, le médecin, la science. Et il faut qu'on essaye de se trouver là au milieu je leur dis.</p> <p>C5 : c'est pas simple. Alors moi, de temps en temps, je leur explique que leur point de vue à eux il est là, que, qu'il faudrait qu'on sorte un peu de là quoi.</p> <p>C2 : Non, mais on en revient au début, à arriver à un consensus hein ?</p> <p>C2 : Les deux sont contents.</p> <p>D4 : Quand on trouve un terrain d'entente euh, qu'en fin de consultation qu'on sent que les propositions qu'on a faites sont partagées, comprises, et cetera.</p> <p>D4 : On a l'impression qu'on a travaillé ensemble sur un sujet et qu'on a trouvé un terrain d'entente.</p> <p>D10 : on va dire c'est un peu le but ultime, un petit peu angélique de dire on s'est compris, on est d'accord, on est sur...on est dans la même, dans la même dynamique, mais avant d'y arriver des fois il faut un peu ramer.</p> <p>E1 : Après une consultation satisfaisante au niveau de la relation c'est quand t'as l'impression que ton patient il...qu'on est sur la même longueur d'onde quoi.</p> <p>E3 : Que les deux soient sur la même longueur d'onde.</p>			
<p>B4 : Et donc la relation qu'on va avoir avec ces différentes personnes va pas pouvoir être menée de la même façon puisque les objectifs ne sont pas les mêmes.</p> <p>B4 : Je pense que c'est bien, c'est plus facile si on fixe des objectifs.</p>	Etre d'accord sur les objectifs	Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable	Partenariat et prise de décision partagée
<p>D4 : Moi, je dirais pour créer une alliance thérapeutique.</p>	L'alliance thérapeutique	Incite le patient à participer à la prise de	Partenariat et prise de décision

		décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable	partagée
<p>M : Tu négocies un programme, c'est ça ?</p> <p>B2 : Ca dépend à quel âge... Disons que négocier quand on pense que la médiocrité du résultat est acceptable.</p> <p>B6 : Soit on a une attitude trop rigide et les gens partent. Soit, encore une fois, on négocie un petit peu avec eux, en étant un petit peu « borderline » et on arrive à un moment où à un autre à les récupérer un peu.</p> <p>B6 : Donc à ce stade là, est-ce qu'on a le même comportement avec une pathologie on va dire banale, aiguë, qui n'a aucune incidence et une pathologie qui est plus lourde ? Où là il faut peut-être composer un peu plus avec le malade. Faut essayer de le « retenir », qu'il adhère à un moment ou à un autre à un traitement, qu'on le perde pas de vue quoi. Je pense que c'est un peu...</p> <p>B6 : Oui mais... Est-ce qu'il vaut mieux... ? Si on négocie pas, il ne va pas bien se traiter. Si on essaie de négocier un petit peu, est-ce qu'il va adhérer mieux au traitement ? Est-ce qu'il va mieux faire les choses ? Voilà, après, c'est une question, est-ce qu'on est obligé d'être absolument rigoureux pour correspondre aux données de la science actuelle ? Ou est-ce qu'on reste parfois en-dessous, qu'on fait pas bien les choses ? De façon à pas perdre complètement le malade... Je pense que dans la relation médecin-patient, il y a ça aussi. Il y a des fois où on est un peu marginal par rapport aux choses que l'on devrait faire.</p> <p>B4 : Et, euh, elle venait me voir de temps en temps. Jamais tous les 3 mois, bon. Et, on a maintenu un lien, c'était mon attitude. Je lui disais : «</p>	Négociateur	Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable	Partenariat et prise de décision partagée

<p>c'est mieux, vous savez pourquoi, maintenant, après, ça... Vous voulez pas faire... Je comprends, c'est chiant le diabète. Vous savez les risques que vous encourez, je vous les rappelle. Et puis revenez me voir quand même ! » Ben petit à petit, il a fallu 10 ans peut-être...</p> <p>C7 : non c'est pas de la... Si c'est de la négociation.</p> <p>C3 : Négociation c'est quand ils viennent pour un... pour une finalité qui n'est pas la nôtre. Et là, oui, on sent que la consult elle va... il va falloir prendre des chemins... (<i>mime le geste tortueux</i>) pour au final aboutir à une adhésion, à mon idée et pas à celle pour laquelle il est venu. Genre les antibiotiques, genre venir consulter pour une radio du genou. Et puis il ressort pas forcément avec sa radio du genou.</p> <p>C2 : Ouais enfin là on en revient à la négociation, au consensus.</p> <p>D6 : on a accepté un certain nombre de choses qu'on n'aurait pas accepté mais en préservant sa santé. Mais en se disant, non de non qu'est-ce qu'il est...mmh (<i>fait un C avec sa bouche</i>).</p>			
<p>A3 : Le choix en connaissance de cause.</p> <p>B1 : Après le faire participer à un choix, leur dire ben là il y a ça et là, il y a ça... Et leur dire, ben là, qu'est-ce vous choisissez ? C'est vrai que c'est...</p> <p>B1 : Ouais mais c'est un peu facile, des fois c'est super compliqué des fois de dire... jusqu'où il faut être sensé aller pour accepter que le patient veut vraiment rien faire. Théoriquement, il faut aller jusqu'au consentement éclairé, euh... de lui expliquer vraiment qu'il risque de mourir s'il ne suit pas ton traitement. Si on suit ta logique là ; on pourrait toujours dire : « oui mais vous avez pas bien expliqué au téléphone ». Tu vois ce que je veux dire.</p> <p>B6 : Qu'il adhère à...</p>	<p>Le consentement éclairé</p>	<p>Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>

B1 : En connaissance de cause !			
<p>B8 : Je ne suis pas très dirigiste dans les traitements, si vous voulez pas le faire, vous le faites pas. Vous ne voulez pas faire cet examen... Je veux dire, je ne suis pas, heu... J'essaie d'être plus... Je leur ai dit que c'était à eux de se prendre en charge.</p> <p>B5 : On dit aux gens de se prendre en main.</p> <p>B2 : Nous on voudrait qu'ils prennent la responsabilité d'adhérer au traitement et de se soigner et pas d'être soignés.</p> <p>B5 : de se traiter. Tu leur donnes une ordonnance, après s'ils veulent pas prendre le médicament, tu vas pas les forcer.</p> <p>E1 : Les responsabiliser sur leur santé.</p> <p>E3 : Après je pense que ça dépend des patients aussi. Il y en a qui ont vraiment besoin d'être autonomisés.</p>	Responsabiliser le patient	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités	Partenariat et prise de décision partagée
B2 : Moi je leur conseille très souvent d'écrire soit ce qu'ils m'ont dit soit ce qu'ils pensent d'eux. Je leur donne souvent un boulot d'auto-analyse d'eux-mêmes.	Demander au patient un travail d'auto-analyse	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités	Partenariat et prise de décision partagée
<p>A7 : Et puis le mettre...Moi, j'aime bien que mes patients soient un peu acteur de ce qu'ils font.</p> <p>B2 : Oui parce que je pense que c'est important, c'est thérapeutique en soi qu'ils se disent qu'ils font quelque chose pour avancer, qu'ils sont actifs dans leur prise en charge.</p>	Rendre le patient acteur de sa prise en charge	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités	Partenariat et prise de décision partagée
<p>A7 : Le but c'est d'arriver à trouver les ressources...à ce que la personne trouve ses propres ressources pour se soigner.</p> <p>A5 : solliciter les ressources.</p> <p>D10 : Moi, je suis satisfaite aussi</p>	Amener le patient à solliciter ses ressources	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités	Partenariat et prise de décision partagée

<p>quand enfin surtout quand il y a un problème un peu psychosomatique ou qu'il y a des interrogations, quand les gens repartent avec des nouvelles questions. C'est-à-dire que quand ils repartent enfin, quand on leur a ouvert des portes en fait. En tout cas, ils repartent avec une autre vision de ce qu'ils ont.</p> <p>D10 : Bah c'est pas forcément de semer le doute mais en tout cas, de leur faire voir les choses euh différemment et finalement de les faire repartir avec des questions, euh, d'autres questions en fait des questions qu'ils n'avaient pas envisagées. Et du coup c'est satisfaisant aussi parce qu'on sait que s'ils avancent de ce côté-là, ils reviendront peut-être avec enfin, je veux dire que ça ouvre la porte aussi à d'autres consultations qui peuvent être...qui peuvent être intéressantes.</p> <p>D10 : On a l'impression qu'on apporte une dynamique, même si on n'y est encore pas arrivé.</p> <p>D12 : Tu es le technicien qui lui permet d'aller où il choisit d'aller.</p>			
<p>A3 : Ouais, la possibilité pour le patient de dire non. Parce que je trouve que quand il sent qu'il a la possibilité de refuser tout ce qu'on lui propose : un traitement, une possibilité, une explication ou n'importe quoi. Ça le met en confiance.</p> <p>A6 : laisser le choix au patient ça revient à ce que tu dis. Si il ne veut pas faire son hémoglobine glyquée tous les trois mois et bien tu ne vas pas l'obliger.</p> <p>B6 : Oui mais tu peux pas non plus obliger les gens à faire certaines choses.</p> <p>C1 : Moi j'ai un patient, un patient diabétique type 2 qui a refusé que je fasse un protocole de soins.</p>	<p>Le patient a le droit de dire non</p>	<p>Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>
<p>A4 : La possibilité du patient à gérer sa...son avenir quoi.</p>	<p>Liberté de choisir son traitement, les examens</p>	<p>Respecte l'autonomie du patient et</p>	<p>Partenariat et prise de décision</p>

<p>A2 : sa liberté. A4 : Sa liberté de choix. A6 : laisser le choix au patient ça revient à ce que tu dis. Si il ne veut pas faire son hémoglobine glyquée tous les trois mois et bien tu ne vas pas l'obliger.</p> <p>E2 : Donc si tu ne leurs laisses plus le choix, bah, je pense qu'il va y avoir plein de situation où ça va mal se passer.</p> <p>E1 : Ah oui, oui, il faut savoir leur laisser du choix, c'est sûr.</p>	complémentaires	l'encourage à prendre ses responsabilités	partagée
<p>B7 : et que le médecin ait l'impression de pas avoir été « phagocyté ».</p> <p>D2 : [...] c'est la symétrie un petit peu le, la symétrie positionnelle de l'un et de l'autre.</p>	La symétrie positionnelle	Repère les aires de conflit éventuel ou d'opposition symétrique et les désamorce	Partenariat et prise de décision partagée
<p>A7 : de trouver des arguments ou des explications qui vont lui permettre de passer sur ce qui bloque quoi.</p> <p>D4 : Et on arrive à désamorcer quand on les écoute.</p> <p>E1 : Par exemple, quelqu'un qui va être vachement agressif et tu comprends pas forcément pourquoi et, et euh, tout de suite si tu fais pas attention, tu te braques intuitivement.</p> <p>D2 : A la fois tu leur dis j'entends votre agressivité, euh, je la prends pas pour moi mais je l'entends, et c'est le, le, le c'est le fait d'un malaise c'est ça ? Et euh, mais le fait d'être négatif, c'est pas ça qui va nous faire avancer quoi.</p>	Savoir désamorcer les oppositions du patient	Repère les aires de conflit éventuel ou d'opposition symétrique et les désamorce	Partenariat et prise de décision partagée
<p>A7 : Mais les patients difficiles, de ne pas se mettre dans l'idée qu'on est en opposition avec eux, je pense que c'est important de... d'avoir en tant que professionnel cette attitude. M : De ne pas se mettre en escalade ! A7 : Oui.</p> <p>D5 : Et puis, le premier ressenti</p>	Eviter l'escalade symétrique	Repère les aires de conflit éventuel ou d'opposition symétrique et les désamorce	Partenariat et prise de décision partagée

<p>aussi. Quand en a un par exemple, un truc tout « con », ils arrivent avec les antibiotiques, quoi, je voulais truc pour les antibiotiques. Bah déjà t'as pas bien envie. Là, voilà, tu sais qu'il va falloir exploiter un peu plus, ça va demander un peu plus d'énergie et de travail quoi.</p> <p>D10 : Enfin moi, je trouve les patients difficiles, souvent leur agressivité elle est pas contre nous perso.</p> <p>C8 : Il faut rester calme.</p>			
<p>D10 : Bah pas forcément, mais je veux dire les gens qui nous mettent en échec sur tout ou qui sont très dans la revendication ou dans l'opposition, euh souvent de leur renvoyer leur opposition ou leur revendication en leur disant bah vous venez là parce que vous voulez que je vous aide et puis finalement tout ce que je propose, il n'y a jamais rien qui va donc euh...Voilà, donc qu'est-ce qu'on fait ? Enfin je veux dire, pour qu'il se rende compte aussi que en faisant ça, euh, on avance pas quoi.</p> <p>D2 : A la fois tu leur dis j'entends votre agressivité, euh, je la prends pas pour moi mais je l'entends, et c'est le, le, le c'est le fait d'un malaise c'est ça ? Et euh, mais le fait d'être négatif, c'est pas ça qui va nous faire avancer quoi.</p> <p>D10 : soit vous voulez que je vous aide et vous y mettez du votre, si vous voulez pas tant pis mais...enfin du coup, j'ai passé 40 minutes à justifier ma présence et à lui expliquer que si elle voulait qu'on avance et si elle voulait aller mieux il fallait qu'elle parte avec ce qu'elle avait et en l'occurrence, c'était que moi (<i>rire</i>). Et puis après voilà, et après on a pu discuter 1 heure et demi et euh, pff (<i>soupire</i>), il y a eu du...</p>	<p>Savoir verbaliser les problèmes relationnels au patient</p>	<p>Repère les aires de conflit éventuel ou d'opposition symétrique et les désamorce</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>
<p>A1 : pour revenir à quelque chose qui peut montrer effectivement l'importance de la relation médecin patient. C'est justement ce cadre du</p>	<p>Eviter les conflits</p>	<p>Repère les aires de conflit éventuel ou d'opposition</p>	<p>Partenariat et prise de décision partagée</p>

<p>conflit entre un médecin et un patient.</p> <p>C1 : Moi, déjà, être contente d'aller le chercher dans la salle d'attente. Déjà pour moi, c'est un premier critère. Je me dis ah bah tiens c'est une consultation qui commence pas dans...dans le conflit, même s'il n'est pas verbalisé, mais on sent qu'il y a des tensions euh...</p> <p>C1 : Bon même si on a des choses à dire mais pas forcément dans le conflit.</p> <p>C5 : Le relationnel du conflictuel !</p> <p>E1 : Ah bah, ça sera conflictuel, c'est sûr.</p> <p>D12 : C'est clair que si tu as quelqu'un qui est, alors antipathique déjà il a une perte de chance d'emblée.</p> <p>D5 : Et puis, le premier ressenti aussi. Quand en a un par exemple, un truc tout con, ils arrivent avec les antibiotiques, quoi, je voulais truc pour les antibiotiques. Bah déjà t'as pas bien envie. Là, voilà, tu sais qu'il va falloir exploiter un peu plus, ça va demander un peu plus d'énergie et de travail quoi</p> <p>D2 : A la fois tu leur dis j'entends votre agressivité, euh, je la prends pas pour moi mais je l'entends, et c'est le, le, le c'est le fait d'un malaise c'est ça ? Et euh, mais le fait d'être négatif, c'est pas ça qui va nous faire avancer quoi.</p> <p>C1 : Oui, il y en a qui sont fatigants! C5 (<i>en s'adressant à C7</i>) : Toi tu fais aaaahhhhh derrière le patient. <i>Rires</i> C5 : Il y en a qui vont boire un café.</p> <p>D6 : Mais bon, ça on l'a dit après. Voilà. Mais c'est très difficile je trouve de...de lutter contre le premier sentiment qui est de lui en vouloir. Et effectivement en général quand ils sont comme ça...</p> <p>D12 : Mais c'est vrai qu'on doit lutter, on doit lutter contre ça mais on peut pas empêcher des gens de nous être antipathiques. Donc a</p>		<p>symétrique et les désamorce</p>	
--	--	------------------------------------	--

<p>contrario quand quelqu'un est empathique avec nous, bah forcément, s'il éveille chez nous des vécus positifs, c'est sûr qui va avoir, qu'on va avoir une relation avec lui.</p> <p>A3 : oui, parce que par exemple ils sont anxieux ou dans une mauvaise passe et nous, bah pareil, il suffit qu'on ne soit pas bien ce jour-là et paf on prend ce qui a été dit pour soi, on l'analyse mal.</p> <p>C8 : Et les gens qui viennent, bah, avec qui on se dit, mince il est encore là aujourd'hui...C'est pareil, on a du mal à être plus objectif à prendre le temps.</p> <p>C3 : D'accord. Même que l'on sent eux quand ils sont énervés ou qu'ils sont verts ou qu'ils sont ...</p> <p>D6 : Euh, quand un patient est difficile et je suppose tu veux dire qu'il est pas conciliant à nos propositions, c'est très difficile effectivement de lutter contre une première réaction qui est de...de lui en vouloir évidemment.</p> <p>C7 : Alors moi des fois, il y en a qui m'énerve. <i>Rires</i> C7 : Mais je ne leur montre pas. Je...<i>(mime une grimace)</i>...je les raccompagne à la porte et je fais des grimaces ou des trucs comme ça.</p> <p>C5 : Tes pensées automatiques, ils sont pas obligés de les deviner ! « Connard de connard » !</p> <p>D12 : Oui, mais justement, si tu retrouves chez un patient des choses qui te font écho positivement donc...De façon inconsciente tu vois bien qu'il y a des gens, bah tu ne sais pas pourquoi mais déjà dès que tu les vois, tu sais qu'ils vont t'enquiquiner quoi et donc il faut lutter contre ça bien sûr mais c'est plus facile quand c'est quelqu'un qui est empathique avec toi.</p> <p>E1 : enfin c'est le fait d'être professionnel quoi, c'est euh, parce que du coup tu mets peut être un peu moins de ressenti personnel dans ta consult et moi je m'en rends</p>			
---	--	--	--

<p>compte à chaque fois, je m'en rends compte quand ça se passe mal que j'ai mis, que j'ai mis trop de de sentiment personnel dans, dans l'histoire quoi.</p>			
<p>A3 : Effectivement, ça peut durer ¾ d'heure ou ½ heure, ou des fois il va y avoir un truc euh, ça peut bien durer ¾ d'heure mais, euh mais au bout de 20 mn, de toute façon au-delà de 20 mn chez un même patient, je vais tout mélanger, je ne vais pas faire du bon boulot tout ça. Donc voilà, je fais ça, ça, ça et la conclusion tout ça, voilà, j'ai pu identifier quel était le problème, et puis je lui dis bah voilà, on se revoit tel jour telle heure.</p> <p>A7 : Moi, ce que je fais, c'est qu'à l'interrogatoire, je verrouille mon interrogatoire. C'est-à-dire qu'à la fin de l'interrogatoire, je lui demande, je demande aux patients s'ils ont d'autres choses à exprimer, et s'il y a d'autres soucis à voir et s'ils n'ont pas été dit à la fin de l'interrogatoire et ben, ce sera vu une fois plus tard.</p> <p>A5 : Trouvez un système pour enfin oui, pour ne pas leur dire on n'a pas le temps, parce que ça moi j'y arrive pas, j'ai encore un peu de mal. Mais c'est vrai qu'on pourrait mieux voir les choses si vous amenez ce qui a déjà été prescrit: les radios, tout ça. Et puis tu les revois une autre fois !</p> <p>C8 : Moi je leur dis bah, c'est terminé au revoir. Je leur dis, je vous laisse reprendre un rendez-vous et on verra ça la prochaine fois.</p> <p>C1 : Oui.</p> <p>C2 : Mais ça fait quand même partie de la relation médecin euh...</p> <p>C4 : Je trouve ça plus satisfaisant de dire ça. De dire bah revenez demain, revenez la prochaine fois que de faire un truc à contre cœur où là, où là, tu vas transmettre à ton patient le fait que tu en as ras le bol !</p> <p>D2 : ou en proposant quelque chose, une nouvelle consultation.</p>	<p>Savoir reconvoquer le patient</p>	<p>Propose au patient de le revoir si besoin</p>	<p>Terminer la consultation</p>

<p>E2 : Oui, mais après, quoi, après ça dépend. Il y a des choses urgentes que tu peux voir en une fois, après il y a des trucs, un peu chronique où tu peux aussi prendre le temps d'éliminer euh des hypothèses, quoi, t'es pas obligé de tout résoudre en 50 minutes.</p>			
<p>B2 : Moi je leur dis souvent : « donnez nous des nouvelles ». Et régulièrement on reçoit des nouvelles, des gens qui nous écrivent depuis chez eux puisqu'ils repartent... Ils nous donnent des nouvelles, de temps en temps une photo. Et en fait pour eux c'est drôlement important qu'on se soucie de qu'ils deviendront après notre visite. B2 : Ce que je voulais dire c'est laisser entendre aux gens qu'on se soucie de leur futur, de ce qu'ils vont devenir. Et bien, c'est quelque chose de très important pour eux.</p>	<p>Se soucier de l'évolution des patients</p>	<p>Propose au patient de le revoir si besoin</p>	<p>Terminer la consultation</p>
<p>A5 : Surtout qu'au bout d'un moment, t'es obligé de rompre le patient qui vient enfin, qui a un problème, euh... tu le traites et puis... Ah oui, puis aussi, au bout de 20 mn, ah bah, j'ai mal au genou. Euh, bah je leur dis peut être que... Vous prenez un peu de paracétamol et vous reprenez rendez-vous, et on verra ça tranquillement. T'essaie de trouver un système en me disant bah, ramenez moi tout ce qui a déjà été fait. A3 : Oui, voilà. A7 : Tu leur dis, chez le garagiste quand vous dites et que vous récupérez et que vous dites il faudrait me faire les joints de culasse. A7 : S'ils évoquent d'autres problèmes bah à la fin, soit c'est urgentissime genre : en fait, j'ai oublié de vous dire, j'ai une énorme douleur dans la poitrine, je fume et voilà bah là, je suis obligé de m'en occuper, soit autrement, enfin, je fais en sorte de différer le rendez-vous. B6 : Il faut parler au début et à la fin</p>	<p>Savoir gérer les motifs de dernière minute</p>	<p>Sait gérer les problèmes de dernière minute</p>	<p>Terminer la consultation</p>

<p>parce qu'à la fin ils te ressortent un truc.</p> <p>B7 : J'en ai vu un qui est venu aujourd'hui, parce qu'il avait vu un de tes confrères à Y. pour un problème de genou. [...] Et au moment de partir il me dit : « Et aussi, ça fait trois nuit que ça me serre dans la poitrine là ». <i>Rires.</i> Accessoirement ! Il a fini aux urgences mais... <i>Rires.</i></p> <p>B7 : Mais comme quoi, c'est à la fin des fois. Et là du coup t'es bien content. Ca fait 2 consults, il te l'aurait dit au début... Tu faisais l'électro. <i>Rires.</i></p> <p>C1 : Mais quand tu es en train de passer la carte vitale parce que tu as fini la consultation. Ah oui docteur j'ai oublié de vous dire que... Alors là...</p> <p>C3 : C'est comme l'ordonnance de pilule sur la porte.</p> <p>C8 : Non, mais c'est surtout que il s'est rhabillé, on a tout fini et il redemande un truc.</p> <p>C6 : Parce que le coup de se rhabiller et de dire à bah, j'ai oublié de vous montrer le bouton.</p>			
<p>A5 : Trouvez un système pour enfin oui, pour ne pas leur dire on n'a pas le temps, parce que ça moi j'y arrive pas, j'ai encore un peu de mal. Mais c'est vrai qu'on pourrait mieux voir les choses si vous amenez ce qui a déjà été prescrit: les radios, tout ça. Et puis tu les revois une autre fois !</p> <p>B2 : Moi avec quelques dépressifs que je suis vraiment, c'est-à-dire pas simplement... Je leur pose la question : « est-ce que tu te sens d'attaque pour... ». Là je pense à une petite jeune de 17 ans. « est-ce que tu te sens d'attaque pour passer la semaine ? ». Parce que finalement elle n'a pas voulu être hospitalisée, c'était limite... Est-ce qu'on a fait lui permettait d'envisager de passer la semaine suivante ou les 15 jours jusqu'à la prochaine consultation avec la psychothérapeute ou n'importe ? Donc c'est pas tout à fait la même chose... Finalement, ce qu'on a dit, ce qu'on a fait te permet d'envisager</p>	<p>Savoir clore la consultation sans rejeter le patient</p>	<p>Parvient à clore naturellement la consultation sans qu'il ne demeure d'ambiguïté</p>	<p>Terminer la consultation</p>

<p>que la semaine puisse se passer bien. Dans le cas, ici, d'une dépression.</p> <p>B4 : Moi, très souvent je demande aux gens à la fin de la consultation, une fois que j'ai expliqué, que j'ai commenté l'ordonnance, qu'ils ont payé : « avez-vous des questions ? »</p> <p>C1 : Oui, ça fait partie de la conclusion de la consultation. Soit ça va la fermer, soit ça va la...et ...soit effectivement il avait...il n'est pas content et il y a quelque chose qui, qui n'a pas été réglé ou correctement abordé, et il peut dire...enfin...revenir sur le sujet. Mais euh, puis jusqu'à ce que ça le satisfasse.</p> <p>D2 : il y a une chose plus difficile c'est savoir clore, clore sans rejeter le patient, sans le jeter.</p>			
<p>D6 : Moi je trouve ça bien justement de les accueillir et de les raccompagner.</p> <p>D7 : Mais ça finit une consultation de raccompagner le patient.</p> <p>D6 : En théorie accueillir et raccompagner, c'est important.</p>	<p>Raccompagner le patient</p>	<p>Raccompagne le patient</p>	<p>Terminer la consultation</p>

ANNEXE 5 : GRILLES D'ÉVALUATION PUBLIÉES

GRILLE D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES RELATIONNELLES DU MÉDECIN DE FAMILLE ET SON PATIENT (LUC COTÉ)

COMPRÉHENSION DE L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT	1	2	3	4
1. Invite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne 2. Invite le patient à exprimer sa perception de ses symptômes 3. Invite le patient à exprimer ses inquiétudes par rapport à ses symptômes 4. Invite le patient à partager ses attentes face à la consultation 5. Tient compte de l'opinion et des inquiétudes du patient tout au long de l'entrevue 6. Laisse au patient le temps de s'exprimer et, s'il doit l'interrompre, le fait avec tact 7. Utilise adéquatement les questions ouvertes et fermées 8. Réagit de façon appropriée à la communication non-verbale du patient				
COMMUNICATION EFFICACE ET RESPECTUEUSE	1	2	3	4
9. Évite d'être hautain et brusque avec le patient 10. Respecte les opinions du patient 11. Regarde le patient quand il lui parle et lorsque ce dernier s'exprime 12. S'exprime avec clarté et précision 13. Explique la conduite proposée 14. Évite le jargon médical 15. Vérifier la compréhension du patient tout au long de l'entrevue				

Chaque item est coté de 1 à 4 :

1 : tout à fait en désaccord

2 : plutôt en désaccord

3 : plutôt en accord

4 : tout à fait d'accord

Côté L, Savard A, Bertrand R. Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. Elaboration et validation d'une grille. Can Fam Physician. mars 2001;47:512-518.

ARIZONA CLINICAL INTERVIEW RATING SCALE

Items	1	2	3	4	5
1. Organization					
2. Timeline					
3. Transitional Statements					
<i>Questioning Skills</i>					
4. Question type					
5. Continuity					
6. Repetition					
7. Summarization					
8. Use of medical jargon					
<i>Documentation of Data</i>					
9. Documentation of data					
<i>Rapport</i>					
10. Eye contact					
11. Interruptions					
12. Sensitivity					
13. Positive social feedback					
14. Summary encouragement					

1 = lowest score
5 = highest score

Stillman PL, Brown DR, Redfield DL, Sabers DL. Construct Validation of the Arizona Clinical Interview Rating Scale. Educ Psychol Meas. 12 janv 1977;37(4):1031-1038.

GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE

Notation



Maîtrisée



En voie d'être maîtrisée



Non maîtrisée

	Commentaires	Notation		
I- COMMENCER L'ENTREVUE				
A- Préparer la rencontre				
B- Établir le premier contact (l'accueil)				
1. Salue le patient et obtient son nom.				
2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue ; obtient le consentement du patient, si nécessaire.				
3. Montre du respect et de l'intérêt ; voit au confort physique du patient.				
C- Déterminer les motifs de consultation				
1. Détermine par une question d'ouverture les problèmes ou les préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue.				
2. Écoute attentivement les énoncés d'ouverture du patient, sans l'interrompre ni orienter sa réponse.				
3. Confirme la liste initiale des motifs de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes.				
4. Fixe le programme de la rencontre avec l'accord du patient, en tenant compte à la fois de ses besoins et des priorités cliniques.				
II- RECUEILLIR L'INFORMATION				
A- Explorer les problèmes du patient				
1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son ou de ses problèmes, du début jusqu'au moment présent, dans ses propres mots (en clarifiant le motif de consultation actuel).				
2. Utilise la technique des questions ouvertes et des questions fermées.				
3. Écoute attentivement, en permettant au patient de terminer ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer après une pause.				
4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient.				
5. Relève les indices verbaux et non verbaux ; offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord.				
6. Clarifie les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions.				
7. Fait périodiquement des résumés des propos du patient.				
8. Utilise des questions et des commentaires concis et faciles à comprendre; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique.				

9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début.				
B- Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient				
1. Détermine activement et explore adéquatement : <ul style="list-style-type: none"> • les idées du patient (ses croyances sur les causes) ; • ses préoccupations (ses craintes) au sujet de chaque problème ; • ses attentes (ses buts, l'aide qu'il désire obtenir) pour chaque problème ; • les effets de ses problèmes de santé : comment chaque problème touche sa vie. 				
2. Encourage le patient à exprimer ses émotions				
III- STRUCTURER L'ENTREVUE				
A- Rendre explicite l'organisation de l'entrevue				
1. Fait un résumé à la fin de chaque sujet d'exploration.				
2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions et en les justifiant.				
B- Prêter attention au déroulement de l'entrevue				
1. Structure l'entrevue selon une séquence logique.				
2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue centrée sur les tâches à accomplir.				
IV- CONSTRUIRE LA RELATION				
A- Utiliser un comportement non verbal approprié				
1. Adopte un comportement non verbal approprié: <ul style="list-style-type: none"> · contact visuel, expression faciale; · posture, position et mouvement; · indices vocaux tels que débit, volume, tonalité. 				
2. Lit ou prend des notes, ou utilise un ordinateur d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue ni avec la relation.				
3. Montre une confiance appropriée.				
B- Établir une relation chaleureuse et harmonieuse				
1. Accueille les points de vue et les émotions du patient ; ne s'érige pas en juge.				
2. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et les émotions du patient et utilise le reflet.				
3. Fournit du soutien: exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'auto-soins de son patient; lui offre de travailler en partenariat.				
4. Agit avec délicatesse dans la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique.				
C- Associer le patient à la démarche clinique				
1. Partage ses réflexions cliniques avec le patient.				
2. Justifie des questions ou des parties de l'examen physique qui pourraient paraître non pertinentes.				
3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission.				

V EXPLIQUER ET PLANIFIER				
A- Fournir la quantité et le type d'informations adéquats				
1. Fournit l'information par portions faciles à gérer et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications.				
2. Évalue les connaissances du patient : s'enquiert des connaissances préalables du patient ; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir.				
3. Demande au patient quelles autres informations lui seraient utiles.				
4. Donne l'information à des moments appropriés : évite de donner des conseils et de l'information ou de rassurer prématurément.				
B- Aider le patient à retenir et à comprendre les informations				
1. Organise les explications : il divise l'information en parties logiquement organisées.				
2. Utilise des catégories explicites ; annonce les changements de thème.				
3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information.				
4. Utilise un langage concis et facile à comprendre ; évite le jargon médical ou du moins l'explique.				
5. Utilise du matériel visuel pour transmettre l'information : diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites.				
6. Vérifie la compréhension qu'a le patient de l'information donnée (ou des plans élaborés).				
C- Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient				
1. Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : fait le lien avec les idées, les préoccupations et les attentes qu'a préalablement exprimées le patient.				
2. Fournit au patient des occasions de participer et l'encourage à le faire : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes ; y répond adéquatement.				
3. Relève les indices verbaux et les indices non verbaux.				
4. Fait exprimer au patient ses croyances, ses réactions et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés ; les reconnaît et y répond au besoin.				
D- Planifier : arriver à une prise de décision partagée				
1. Partage ses réflexions cliniques (idées, processus de pensée, dilemmes) lorsque cela est approprié.				
2. Fait participer le patient : présente des suggestions et des choix plutôt que des directives ; encourage le patient à partager ses pensées (idées, suggestions et préférences).				
3. Explore les différentes options d'action.				
4. S'assure du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre.				
5. Discute d'un plan mutuellement acceptable : signale sa				

<i>position ou ses préférences au sujet des options possibles ; détermine les préférences du patient.</i>				
<i>6. Vérifie auprès du patient s'il est d'accord avec le plan et si on a répondu à ses préoccupations.</i>				
VI- TERMINER L'ENTREVUE				
A- Planifier les prochaines étapes				
<i>1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes.</i>				
<i>2. Prévoit un filet de sécurité, en mentionnant les résultats inattendus possibles, les mesures à prendre si le plan de traitement ne fonctionne pas, le moment et la façon de demander de l'aide.</i>				
B- Préparer la fin de l'entrevue				
<i>1. Résume la séance brièvement et clarifie le plan de soins.</i>				
<i>2. Vérifie une dernière fois que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan de soins proposé, et demande s'il a des corrections à apporter, des questions à poser ou d'autres points à discuter.</i>				
VII- EXPLIQUER ET PLANIFIER, CAS PARTICULIERS DE DISCUSSION AVEC LE PATIENT				
A- Discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification				
<i>1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme précisément le ou les problèmes.</i>				
<i>2. Révèle les raisons à l'origine des opinions discutées.</i>				
<i>3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et à long terme.</i>				
<i>4. Encourage le patient à exprimer ses croyances, ses réactions et ses préoccupations au sujet des opinions émises.</i>				
B- Élaboration conjointe d'un plan d'action				
<i>1. Discute des possibilités d'intervention.</i>				
<i>2. Fournit de l'information sur les interventions et les traitements offerts:</i> <ul style="list-style-type: none"> <i>· leur nom;</i> <i>· les étapes des traitements et la façon dont ils fonctionnent;</i> <i>· leurs avantages;</i> <i>· les effets secondaires possibles.</i> 				
<i>3. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bienfaits perçus, les obstacles, sa motivation.</i>				
<i>4. Reconnaît le point de vue du patient; au besoin, plaide en faveur d'autres points de vue.</i>				
<i>5. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet du plan de traitement; vérifie notamment s'il le trouve acceptable.</i>				
<i>6. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient.</i>				
<i>7. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome.</i>				

8. Vérifie le soutien personnel dont bénéficie le patient et discute des autres possibilités de soutien social qui s'offrent à lui.				
C- Discussion à propos des Investigations et des Interventions				
1. Fournit des informations claires sur les interventions, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, et sur la façon dont il sera informé des résultats.				
2. Fait le lien entre les interventions et le plan de traitement.				
3. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles.				

Bourdy C, Millette B, Lussier MT. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale-les processus de communication. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs), La communication professionnelle en santé. Montréal, Canada : Les Editions du Renouveaux Pédagogiques Inc.,2004.

COMMON GROUND ASSESSMENT

GLOBAL RATING OF CORE, COMMON GROUND INTERVIEW SKILLS

In general, the numbers above translate into the following:

5 = Exemplary 4 = Very Effective 3 = Competent/Adequate 2 = Marginal 1 = Needs Improvement

Rapport Building-Global Criteria

5. Demonstrates rapport-building skills such that most patients would subsequently go out of their way to tell friend or family about this interviewer with extraordinary interpersonal skills. Usually include two or more elements of “positive speak” and expressions of non-verbal interest that are exceptionally warm.
4. Notably warm and makes effective connection via identifiable elements of both verbal and non-verbal connection
3. Clearly, professional, respectful and interested but minimal or ineffective specific verbal or non-verbal efforts to make a more personal connection.
2. For the most part professional and respectful. Absent of specific effective efforts at rapport building. Present are some comments, expressions or non-verbal behaviors, which might have a negative reception by a least some patients.
1. Absent are positive elements of relationship building. Present are clearly negative comments or expressions, which would leave many patients with negative feelings about the interviewer.

Agenda Setting - Global Criteria

5. Explores complete agenda at the beginning (first 2 minutes after rapport building) till the point that the patient says, “Nothing else” Explicitly plans agenda and if several agenda, prioritize amongst them. Explores for additional agenda later or at the end.
4. Explores complete agenda early till “Nothing else” but does not summarize or prioritize or explore for more agenda at end.
3. Explores for agenda partially with at least two efforts at agenda setting. One can be at beginning and one at end.
2. Asks only once at the beginning “What brings you in today?” or “How can I be of help?” or at the end “Is there anything else?”
1. Doesn’t explore for agenda at beginning but begins addressing an established problem. Doesn’t return to agenda at any point.

Information Management - Global Criteria

5. Begin interview with effective open-ended question and non-directed facilitation. Continue in this mode (with occasional closed-ended points of clarification) till most/all of patient’s information about the condition has been expressed. Notably effective information flow with explicit summary(s), directives and/or segues. Asks appropriate focused (closed) questions towards the end.
4. Begins with a majority of effective open-ended questions/facilitations Appropriate mixes of open and closed-ended questions. (Required) Effectively manages info flow Uses some form of summary, directives or segues.
3. Uses some open-ended and closed-ended questions from the beginning. Doesn’t use summaries, directives or segues. Organization adequate.
2. Mostly closed-ended questions. Info flow weak, repetitive or disorganized.
1. Mostly closed-ended questions. Uses numbers of flawed, leading or repeated questions. Disorganized, confusing, misleading info flow.

Active Listening to understand the Patient’s Perspective on Illness-Global Criteria

5. Very effective at identifying the patients perspective on illness PPI (i.e. what the patient thinks may be going on; the greatest concern about the problem; and the expectations for the visit) The PPI is repeatedly explored using active listening to understand the meaning behind the patients “clues” Once the PPI is disclosed these elements are acknowledged, normalized and used as part of a plan to address the medical diagnosis and the PPI.
4. Demonstrates genuine interest in the PPI by using active listening at least part of the time. Does explore the clues initially, but not always fully. Once identified PPI will be partially addressed with some elements of acknowledgment, normalization, and building a plan based on the PPI.
3. Demonstrates some interest in the PPI through occasional exploration of clues (efforts may not be effective). May not pick up on clues but rather asks about the patient’s ideas.
2. Fails to demonstrate effective interest in what the patient thinks may be going on; his/her greatest concern about the problem; and the expectations for the visit.
1. Actively discourages or devalues the PPI.

Addressing Feelings-Global Criteria

5. Responds to all opportunities to Address Feelings. When feelings surface, these are effectively addressed and then incorporated into the visit. Also effectively seeks out the “potential feelings” when situations with high likelihood of feelings surface in the interview.
4. Acknowledges feeling when expressed. Does not fully address/incorporate into visit. Does not fully address “potential” feeling situations.
3. Acknowledges expressed feelings but does not attempt to integrate into visit.
2. May not acknowledge any of the feelings of the case or does so ineffectively.
1. Comments or responds in a way which demeans, criticizes, or devalues patients’ feeling

Reaching Common Ground (Differences in expectations apparent)—Global Criteria

Note—Rating is based on what the interviewer does; not how the patient responds.

5. Works very effectively at bridging differences between the interviewer and the patient. Performs a full exploration of the PPI and uses the PPI to reach common ground. Uses a number of the more effective skills in reaching common ground, e.g. full exploration of the PPI, decision analysis, ask/tell/ask approach reframing, patient centered suggestions, criteria setting, brainstorming, compromise etc. Avoids less effective methods, e.g. use of authority, personal appeal, repetition of serious complications or chance of death. Would likely facilitate a desirable change in behavior towards health.
4. Demonstrates clear skills in reaching common ground. Does obtain most of the PPI and attempts to use at least some (but not all) of its elements in a plan. Uses a mix of strategies to reach the plan. Heavier use of the more effective skills.
3. While does not connect the plan with PPI, uses a balanced mix of skills to reach common ground that includes at least one of the more effective strategies.
2. Does not use the patient's issues to help to solve the difference. Uses more of the less effective strategies in trying to create a plan, e.g. use of authority, personal appeal, and repetition of serious complications. For most patients this plan would not significantly affect the long-term behavior in question.
1. Uses less effective strategies almost exclusively. In missing the patient's issues and in using authority or threat, the patient would be unlikely to change long-term behavior and would probably leave upset with the interviewer's approach to problem solving.

Overall Interview Global Criteria

5. At the level of an experienced clinician who is expert in using all communications skills effectively. Skills demonstrated such that a patient would likely note such skills to friends and family
4. Uses all communication skills effectively; minor suggestions for change are noted which are unlikely to have measurable importance on encounter.
3. Uses most communication skills effectively; some interview behaviors present which, if modified, could lead to an even more effective impact on a real encounter.
2. Uses some communication skills effectively and others ineffectively; certain areas of communication might cause clinical problems. (Patient dissatisfaction or confusion)
1. Inadequate communication skills; likely to create significant clinical problems (Patient dissatisfaction or confusion)

Lang F, McCord R, Harvill L, Anderson DS. Communication assessment using the common ground instrument: psychometric properties. Fam Med. 2004;36(3):189–198.

THE FOUR HABITS MODEL

Habit	Skills	Techniques and Examples	Payoff
Invest in the beginning	Create rapport quickly	<ul style="list-style-type: none"> • Introduce self to everyone in the room • Acknowledge wait • Convey knowledge of patient's history by commenting on prior visit or problem • Attend to patient's comfort • Make a social comment or ask a nonmedical question to put patient • Adapt own language, pace, and posture in response to patient 	Establishes a welcoming atmosphere Allows faster access to real reason for visit Increases diagnostic accuracy Requires less work Minimizes « Oh, by the way... » at the end of visit Facilitates negotiating an agenda Decreases potential for conflict
	Elicit patient's concerns	<ul style="list-style-type: none"> • Start with open-ended questions : « What would you like help with today ? » Or « I understand that you're here for... Could you tell me more about that ? » « What else ? » • Speak directly with patient when using an interpreter 	
	Plan the visit with the patient	<ul style="list-style-type: none"> • Repeat concerns back to check understanding • Let patient know what to expect : « How about if we start with talking more about..., then I'll do an exam, and then we'll go over possible tests/ways to treat this ? Sound OK ? » • Prioritize when necessary : « Let's make sure we talk about X and Y. It sounds like you also want to make sure we cover Z. If we can't get to the other concerns, let's... » 	
Elicit the patient's perspective	Ask for patient's ideas	<ul style="list-style-type: none"> • Assess patient's point of view : « What do you think is causing your symptoms? » « What worries you most about this problem ? » • Ask about ideas from significant others 	Respects diversity Allows patient to provide important diagnostic clues Uncovers hidden concerns Reveals use of alternative treatments or requests for tests Improves diagnosis of depression and anxiety
	Elicit specific requests	<ul style="list-style-type: none"> • Determine patient's goal in seeking care : « When you've been thinking about this visit, how were you hoping I could help ? » 	
	Explore the impact on the patient's life	<ul style="list-style-type: none"> • Check context : « How has the illness affected your daily activities/work/family ? » 	
Demonstrate empathy	Be open to patient's emotions	<ul style="list-style-type: none"> • Assess changes in body language and voice tone • Look for opportunities to use brief empathic comments or gestures 	Adds depth and meaning to the visit Builds trust, leading to better diagnostic information, adherence, and outcomes Makes limit-setting or saying « no » easier
	Make at least one empathic statement	<ul style="list-style-type: none"> • Name likely emotions : « That sounds really upsetting. » • Compliment patient on efforts to address problem 	
	Convey empathy nonverbally	<ul style="list-style-type: none"> • Use a pause, touch, or facial expression 	
	Be aware of your own reactions	<ul style="list-style-type: none"> • Use own emotional response as a clue to what patient might be feeling • Take a brief break if necessary 	

Invest in the end	Deliver diagnostic information	<ul style="list-style-type: none"> • Frame diagnosis in terms of patient's original concerns • Test patient's compréhension 	Increases potential for collaboration
	Provide education	<ul style="list-style-type: none"> • Explain rationale for tests and treatments • Review possible side effects and expected course of recovery • Recommended lifestyle changes • Provide written materials and refer to other resources 	<p>Influences health outcomes</p> <p>Improves adherence</p> <p>Reduces return calls and visits</p>
	Involve patient in making decisions	<ul style="list-style-type: none"> • Discuss treatment goals • Explore options, listening for the patient's préférences • Set limits respectfully : « I can understand how getting that test makes sensé to you. From my point of view, since the results won't help us diagnose or treat your symptoms, I suggest we consider this instead. » • Assess patient's ability and motivation to carry out plan 	Encourages self care
	Complete the visit	<ul style="list-style-type: none"> • Ask for additional questions : « What questions do you have ? » • Assess satisfaction : « Did you get what you needed ? » • Reassure patient of ongoing care 	

Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. J Med Pract Manag MPM. févr 2001;16(4):184-191

Kalamazoo Consensus Statement: Essential Elements of Physician-Patient Communication

<i>Essential Element</i>	<i>Tasks</i>
Establishes rapport	<ul style="list-style-type: none">• Encourages a partnership between physician and patient• Respects patient's active participation in decision making
Opens discussion	<ul style="list-style-type: none">• Allows patient to complete his/her opening statement• Elicits patient's full set of concerns• Establishes/maintains a personal connection
Gathers information	<ul style="list-style-type: none">• Uses open-ended and closed-ended questions appropriately• Structures, clarifies, and summarizes information• Actively listens using nonverbal (eg, eye contact, body position) and verbal (words of encouragement) techniques
Understands patient's perspective of illness	<ul style="list-style-type: none">• Explores contextual factors (eg, family, culture, gender, age, socioeconomic status, spirituality)• Explores beliefs, concerns, and expectations about health and illness• Acknowledges and responds to patient's ideas, feelings, and values
Shares information	<ul style="list-style-type: none">• Uses language patient can understand• Checks for understanding• Encourages questions
Reaches agreement on problems and plans	<ul style="list-style-type: none">• Encourages patient to participate in decision to the extent he/she desires• Checks patient's willingness and ability to follow the plan• Identifies and enlists resources and supports
Provides closure	<ul style="list-style-type: none">• Asks whether patient has other issues or concerns• Summarizes and affirms agreement with the plan of action• Discusses follow-up (eg, next visit, plan for unexpected outcomes)

Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med J Assoc Am Med Coll. avr 2001;76(4):390–393.

MAAS-Global Rating List for Consultation Skills of Doctors

Jacques van Thiel, Paul Ram, Jan van Dalen

Maastricht University, Netherlands

2000

doctor: name

registration number

case

patient

observer

0 = not present 2 = unsatisfactory 4 = satisfactory 6 = excellent

1 = poor 3 = doubtful 5 = good n.a. = not applicable

The rating boxes are intended only as a reminder for the observer.

Circle the relevant rating for each item.

SECTION 1: COMMUNICATION SKILLS FOR EACH SEPARATE PHASE

- | | | |
|--|----------------------|--------------------|
| 1. INTRODUCTION | | 0 1 2 3 4 5 6 |
| giving the patient room to tell his story | <input type="text"/> | |
| general orientation on the reason for visit | <input type="text"/> | |
| asking about other reasons for visit | <input type="text"/> | |
| 2. FOLLOW-UP CONSULTATION | | n.a. 0 1 2 3 4 5 6 |
| naming previous complaints, | | |
| requests for help and management plan | <input type="text"/> | |
| asking about adherence to management plan | <input type="text"/> | |
| asking about the course of the complaint | <input type="text"/> | |
| 3. REQUEST FOR HELP | | 0 1 2 3 4 5 6 |
| naming requests for help, wishes or expectations | <input type="text"/> | |
| naming reasons that prompted | | |
| the patient to come now | <input type="text"/> | |
| completing exploring request for help | <input type="text"/> | |
| 4. PHYSICAL EXAMINATION | | n.a. 0 1 2 3 4 5 6 |
| instructions to the patient | <input type="text"/> | |
| explanation of what is being done | <input type="text"/> | |
| treating the patient with care and respect | <input type="text"/> | |
| 5. DIAGNOSIS | | 0 1 2 3 4 5 6 |
| naming findings and diagnosis/hypothesis | <input type="text"/> | |
| naming causes or the relation | | |
| between findings and diagnosis | <input type="text"/> | |
| naming prognosis or expected course | <input type="text"/> | |
| asking for patient's response | <input type="text"/> | |
| 6. MANAGEMENT | | 0 1 2 3 4 5 6 |
| shared decision-making, discussing | | |
| alternatives, risks and benefits | <input type="text"/> | |
| discussing feasibility and adherence | <input type="text"/> | |
| determining who will do what and when | <input type="text"/> | |
| asking for patient's response | <input type="text"/> | |
| 7. EVALUATION OF CONSULTATION | | 0 1 2 3 4 5 6 |
| general question | <input type="text"/> | |
| responding to requests for help | <input type="text"/> | |
| perspective for the time being | <input type="text"/> | |

SECTION 2: GENERAL COMMUNICATION SKILLS

8. EXPLORATION		0 1 2 3 4 5 6
exploring requests for help, wishes or expectations	<input type="text"/>	
exploring patient's response to information given within patient's frame of reference	<input type="text"/>	
responding to nonverbal behavior and cues	<input type="text"/>	
9. EMOTIONS		0 1 2 3 4 5 6
asking about/ exploring feelings	<input type="text"/>	
reflecting feelings (including nature and intensity) sufficiently throughout the entire consultation	<input type="text"/>	
10. INFORMATION GIVING		0 1 2 3 4 5 6
announcing, categorizing in small quantities, concrete explanations	<input type="text"/>	
understandable language	<input type="text"/>	
asking whether the patient understands	<input type="text"/>	
11. SUMMARIZATIONS		0 1 2 3 4 5 6
content is correct, complete	<input type="text"/>	
concise, rephrased	<input type="text"/>	
checking	<input type="text"/>	
sufficiently throughout the entire consultation	<input type="text"/>	
12. STRUCTURING		0 1 2 3 4 5 6
logical sequence of phases	<input type="text"/>	
balanced division of time	<input type="text"/>	
announcing (history taking, examination, other phases)	<input type="text"/>	
13. EMPATHY		0 1 2 3 4 5 6
concerned, inviting and sincerely empathetic in intonation, gesture and eye contact	<input type="text"/>	
expressing empathy in brief verbal responses	<input type="text"/>	

SECTION 3: MEDICAL ASPECTS

Rate according to professional guidelines if they are available.
Otherwise rate to the best of your ability.

14. HISTORY TAKING	<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6
15. PHYSICAL EXAMINATION	<input type="text"/> n.a.	0 1 2 3 4 5 6
16. DIAGNOSIS	<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6
17. MANAGEMENT	<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6

OTHER FEEDBACK

Van Thiel J, Van Dalen J, Ram P. MAAS Global Manual 2000. Maastricht: University Press, 2003.

THE MACY MODEL CHECKLIST

Prepare

- a. Review the patient's chart and other data
- b. Assess and prepare the physical environment
 - I. Optimize comfort and privacy
 - II. Minimize interruptions and distractions
- c. Assess ones own personal issues, values, biases, and assumptions going into the encounter.

Open

- a. Greet and Welcome the patient and family member present
- b. Introduce yourself
- c. Explain role and orient patient to the flow of the visit
- d. Indicate time available and other constraints
- e. Identify and minimize barriers to communication
- f. Adjust your language and vocabulary to that of the patient
- g. Accommodate patient comfort and privacy

Gather Information

- I. Survey Patient's Reason for the Visit
 - a. Start with open-ended questions
 - b. Invite patient to tell the story chronologically ("Why don't you start from the beginning of your illness")
 - c. Allow the patient to talk with minimal interruptions.
 - d. Actively listen Encourage completion of the statement of all of patient's concerns through verbal and nonverbal encouragement ("tell me more", "anything else?", lean forward)
 - e. Summarize what you heard. Check for understanding. Invite more ("Anything more?")
- II. Determine the Patient's Chief Concern
 - a. Ask close-ended questions that are non-leading and one at a time
 - b. Define the concern completely
- III. Complete the Patient's Medical Database
 - a. Obtain past medical and family history
 - b. Elicit pertinent psychosocial data
 - c. Summarize what you heard and how you understand it, check for accuracy

Elicit and Understand Patient's Perspective

- a. Ask the patient's idea about illness or problem
- b. Ask what patient's expectations for the visit are
- c. Explore beliefs, concerns and expectations
- d. Ask about family, community, and religious or spiritual beliefs and values
- e. Acknowledge and respond to patient's concerns, and non verbal cues
- f. Acknowledge frustrations / challenges / progress (wait time. Uncertainty)

Communicate During the Physical Exam or Procedure

- a. Prepare patient
- b. Comment on aspects and findings of the physical exam or procedure as it is performed
- c. Listen for previously unexpressed data about the patient's illness or concerns

Patient's Education - Share Information

- a. Use Ask-Tell-Ask approach to giving information meaningfully - Ask about knowledge, feelings, emotions, reactions, beliefs and expectation - Tell the information clearly and concisely, in small chunks, avoid "doctor babble"
- b. Use language patient can understand
- c. User relevant information to enhance understanding
- d. Use aids to enhance understanding (diagrams, models, printed material, community resources)
- e. Encourage questions

Negotiate and Agree on Plan

- a. Encourage shared decision making to the extend the patient desires
- b. Survey problems and delineate options
- c. Elicit patient's understanding, concerns, and preferences
- d. Arrive at mutually acceptable solution
- e. Check patient's willingness and ability to follow the plan
- f. Identify and enlist resources and supports

Close

- a. Signal closure
- b. Inquire about any other issues or concerns
- c. Allow opportunity for final disclosures
- d. Summarize and verify assessment and plan
- e. Clarify future expectations
- f. Assure plan for unexpected outcome and follow up
- g. Thank patient - appropriate parting statement

Fundamental skills to maintain during entire interview

I Use of Relationship Building Skills

- a. Allow patient to express self
- b. Be attentive and empathic non-verbally
- c. Use appropriate language
- d. Communicate nonjudgmental, respectful, and supportive attitude

II Manage Flow

- a. Be organized and logical
- b. Manage time effectively in the interview

Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, Janicik R, Ferrara E, Schwartz MD, et al. Teaching communication in clinical clerkships: models from the macy initiative in health communications. Acad Med J Assoc Am Med Coll. juin 2004;79(6):511-520

. THE SEGUE FRAMEWORK (long form)

Set the stage	YES	NO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Greet the patient appropriately 2. Establish the reason for the visit 3. Outline agenda for visit (e.g., "anything else?", issues, sequence) 4. Make a personal connection during visit (e.g., go beyond medical issues at hand) 5. Maintain patient's privacy (e.g., knock, close door) 		
Elicit information		
<ol style="list-style-type: none"> 6. Elicit the patient's view of health problem and/or progress (ideas, concerns) 7. Explore physical/physiological factors (signs, symptoms, duration, location, intensity, etc) 8. Explore psychosocial/emotional factors (e.g., living situations, family relations, stress, work) 9. Discuss antecedents treatments (e.g., self-care, last visit, other care) 10. Discuss how the health problem affects the patient's life (e.g., quality-of-life) 11. Discuss lifestyle issues/prevention strategies (e.g., health risks) 12. Avoid directive/leading questions 13. Give the patient the opportunity/time to talk (e.g., don't interrupt) 14. Listen. Give patient undivided attention (e.g., face patient, verbal acknowledgement, nonverbal feedback) 15. Check/clarify information (e.g., recap, ask "how much is not much") 		
Give information		
<ol style="list-style-type: none"> 16. Explain rationale for diagnostic procedures (e.g., exam, tests) 17. Teach patient about his/her own body and situation (e.g., provide feedback from exam/tests, explain anatomy/diagnosis) 18. Encourage patient to ask questions/ Check his or her understanding 19. Adapt to patient's level of understanding (e.g., avoid/explain jargon) 		
Understand the patient's perspective		
<ol style="list-style-type: none"> 20. Acknowledge the patient's accomplishments/progress/challenges 21. Acknowledge waiting time 22. Express caring, concern, empathy 23. Maintain a respectful tone 		
End the encounter		
<ol style="list-style-type: none"> 24. Ask if there is anything else patient would like to discuss 25. Review next steps with patients 		
If suggested a new or modified treatment/prevention plan:		
<ol style="list-style-type: none"> 26. Discuss patient's interest/expectation/goal for treatment/prevention 27. Involve patient in deciding upon a plan (e.g., options, rationale, values, concerns) 28. Explain likely benefits of the option(s) discussed 29. Explain likely side-effects/risks of the option(s) discussed 30. Provide complete instructions for the plan 31. Discuss the patient's ability to follow the plan (e.g., attitude, time, resources) 32. Discuss the importance of patient's role in treatment/prevention 		

Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. Patient Educ Couns. oct 2001;45(1):23-34.

BROWN INTERVIEW CHECKLIST

I. FLOW OF THE INITIAL INTERVIEW

A) Opening

- 1) Greeting : « Hello, Good afternoon, etc ».
 - a) Verbal greeting
 - b) Shakes hand
- 2) Introduction of self, and role on the health care team.
- 3) Attention to self comfort – Other obligations finished or planned for a later time, attention focused. (Self-evaluation only.)
- 4) IF APPROPRIATE : Attention to patient's comfort – Physical position comfortable, noise and visual distractions minimized.
- 5) IF APPROPRIATE : Minimizes distractions.
- 6) IF APPROPRIATE : Asks the patient his/her understanding of the nature of the interview (i.e., teaching exercise, referral, etc.)
- 7) Calibration – Assesses the patient's ability to communicate.
- 8) Invitation to speak – Starts with an open question or statement. (E.g., How can I help you ? What problems brought you to the hospital ?)

B) Exploration of Problems (Information Gathering)

- 1) Problem Survey – Asks « what else » in order to ascertain all major concerns.
- 2) IF APPROPRIATE : Negotiates priorities for problems to be discussed.
- 3) Establishes and maintains a narrative thread.
- 4) Focuses using Open-to-Closed Cone questions/statements. Starts with an open question. Ends with specific questions.
- 5) IF APPROPRIATE : Clarifies patient's unclear statements.
- 6) IF APPROPRIATE : Interrupts to redirects.
- 7) Avoid asking more than one question at a time.
- 8) Segment Summary – Restates the content and/or feeling about an area of the patient's concern and checks accuracy.
- 9) Transition – Acknowledges the transition from one area to another.

C) Closing

- 1) Asks patient if he/she has any questions or comments.
- 2) States appreciation for the patient's effort in the interview.
- 3) Shakes hand.
- 4) IF APPROPRIATE: Makes appropriate follow-up arrangements.

II. INTERPERSONAL SKILLS

A) Facilitation Skills

- 1) Eye contact – Appropriate length to enhance patient comfort
- 2) Open posture – Arms uncrossed, facing patient.
- 3) Head nod, “mm-hm”, repeats the patient's last statement, etc.
- 4) Uses silences to facilitate the patient's expression of thoughts and feelings.

B) Relationship skills (Conveying Empathy)

- 1) Reflection – Restates the patient's expressed emotion or inquires about emotions.
- 2) Legitimation – Expresses understandability of the patient's emotions.
- 3) Respect – Expresses respect for the patient's coping efforts or makes a statement of praise.
- 4) IF APPROPRIATE: Support – Expresses willingness to be helpful to the patient in addressing his/her concerns.
- 5) IF APPROPRIATE: Partnership – Expresses willingness to work together with the patient.

III. PATIENT RESPONSES

- 1) Patient freely offers information about his/her illness and life context.
- 2) Patient freely discusses his/her concerns.
- 3) Patient appears comforted and relaxed.
- 4) Patient appears engaged in the interview.

IV. KEY CONTENTS AREAS

- A) History of the present illness/dimensions of symptoms
- B) Past medical history
- C) Family history
- D) Psychosocial history
- E) Mental status evaluation
- F) Functionnal status

V. GENERAL COMMENTS

Novack DH, Dubé C, Goldstein MG. Teaching medical interviewing. A basic course on interviewing and the physician-patient relationship. Arch Intern Med. Sept1992;152(9):1814-

1820

EDUCATIONAL COMMISSION FOR FOREIGN MEDICAL GRADUATES

Item 1. Skills in Interviewing and Counseling Information

(clarity of questions, open vs closed questions, use of language the patients can understand, verification, summarization, transitions)

Unsatisfactory 1	Marginally Satisfactory 2	Good 3	Excellent 4
---------------------	------------------------------	-----------	----------------

Item 2. Skills in Counseling and Delivering Information

(giving information, counseling, closure, language and speech, summarization and connection)

Unsatisfactory 1	Marginally Satisfactory 2	Good 3	Excellent 4
---------------------	------------------------------	-----------	----------------

Item 3. Rapport (connection between doctor and patient)

(attentiveness, body language, attitude, empathy and support)

Unsatisfactory 1	Marginally Satisfactory 2	Good 3	Excellent 4
---------------------	------------------------------	-----------	----------------

Item 4. Personal Manner

(introduction, demeanor, confidence, hygiene, physical examination, draping)

Unsatisfactory 1	Marginally Satisfactory 2	Good 3	Excellent 4
---------------------	------------------------------	-----------	----------------

Item 5. Spoken English Proficiency

(ability to communicate understandably, pronunciation and grammar, amount of effort required by patients to understand you)

Unsatisfactory 1	Marginally Satisfactory 2	Good 3	Excellent 4
---------------------	------------------------------	-----------	----------------

Whelan GP. Educational Commission for Foreign Medical Graduates: clinical skills assessment prototype. Med Teach. 1999;21(2):156 - 160.

INTERPERSONAL AND COMMUNICATION SKILLS CHECKLIST

Mean Rank Ordering (Across Six Cases) of Correlations of 17 Checklist Items with Global Ratings of Overall Patient Satisfaction

Item	Mean Rank Order
The student put me at ease.	1.67
The student came to a satisfactory closure.	3.50
The student was empathic.	4.00
The student seemed confident.	4.50
The student was respectful.	5.50
The student listened and heard my concerns.	6.33
The student utilized smooth and appropriate transitions.	7.00
The student explained how he/she wanted to proceed in my evaluation or treatment.	7.00
The student was nonjudgmental.	9.33
The student used open-ended questions.	10.00
The student asked each question individually.	11.00
The student allowed me to ask questions.	11.67
The student opened the interview by introducing himself/herself.	13.00
The student allowed me to express my reason for seeking medical attention.	13.20
The student made eye contact.	13.67
The questions were concise and understandable. (Did not use medical jargon.)	13.83
The student maintained a comfortable and appropriate distance during the interview.	15.40

Cohen DS, Colliver JA, Marcy MS, Fried ED, Swartz MH. Psychometric properties of a standardized-patient checklist and rating-scale form used to assess interpersonal and communication skills. Acad Med J Assoc Am Med Coll. janv 1996;71(1 Suppl):S87-89.

ROCHESTER COMMUNICATION RATING SCALE

Rochester Communication Rating Scale, 2002 version – Competency I: Effective Communication (For obtaining patient feedback. To be completed by patients or standardized patients)

I felt the student:

1. Took interest in even my smallest problems and concerns.							(3605)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
2. Body language and tone of voice communicated caring and concern.							(3606)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
3. Made me feel I could tell him/her anything, even something personal.							(3607)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
4. Did not seem distracted.							(3608)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
5. Attended to my physical comfort during interview and physical exam (ie: offered tissue; pulled out leg rest; warmed hands, stethoscope, assisted me with difficult movements...).							(3609)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
6. Greeted me warmly.							(3610)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
7. Let me explain my problem without interruption.							(3611)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
8. Asked about all of my concerns early in the interview (usually by asking "anything else").							(3612)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
9. First asked about my general concerns, then asked about specific details.							(3613)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
10. Allowed me to tell my story in my own words.							(3614)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
11. Summed up and made sure they understood what I said (without putting words in my mouth).							(3615)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
12. Tried to understand how I see my illness or problem. ("What do you think is going on?" "What worries you the most?" "What were you hoping we would do next?")							(3616)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
13. Asked how the illness affects my life at home or at work.							(3617)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
14. Made an effort to understand my feelings and emotions.							(3619)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
15. Clearly explained my problem and its treatment using language that I could understand.							(3620)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
16. Asked me if I had any questions.							(3621)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
17. Encouraged me to participate in treatment decisions to the extent I wished.							(3622)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	
18. Checked to see if I was willing and able to follow through with the treatment plan.							(3623)
	Strongly Disagree	Disagree Slightly	Agree Slightly	Agree	Strongly Agree	NA	

Epstein RM, Dannefer EF, Nofziger AC, Hansen JT, Schultz SH, Jospe N, et al. Comprehensive assessment of professional competence: the Rochester experiment. Teach Learn Med. 2004;16(2):186–196.

**AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE PATIENT ASSESSMENT FOR
CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT**

HOW IS THIS DOCTOR AT...	RATING SCALE
1. Telling you everything; being truthful, upfront and frank: not keeping things from you that you should know	
2. Greeting you warmly; calling you by the name you prefer; being friendly, never crabby or rude	
3. Treating you like you're on the same level; never "talking down" to you or treating you like a child	
4. Letting you tell your story; listening carefully; asking thoughtful questions; not interrupting you while you're talking	
5. Showing interest in you as a person; not acting bored or ignoring what you have to say	
6. Warning you during the physical exam about what he/she is going to do and why; telling you what he/she finds	
7. Discussing options with you; asking your opinion; offering choices and letting you help decide what to do; asking what you think before telling you what to do	
8. Encouraging you to ask questions; answering them clearly; never avoiding your questions or lecturing you	
9. Explaining what you need to know about your problems, how and why they occurred, and what to expect next	
10. Using words you can understand when explaining your problems and treatment; explaining any technical medical terms in plain language	

- 1 = Poor
- 2 = Fair
- 3 = Good
- 4 = Very Good
- 5 = Excellent
- # = Unable to Evaluate

Lipner RS, Blank LL, Leas BF, Fortna GS. The value of patient and peer ratings in recertification. Acad Med J Assoc Am Med Coll. oct 2002;77(10 Suppl):S64-66.

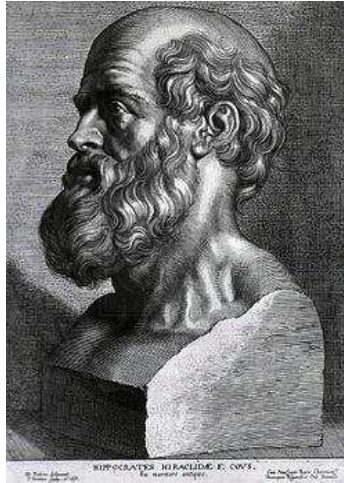
PATIENT PERCEPTION OF PATIENT- CENTEREDNESS (PPPC)

1. To what extent was your main problem(s) discussed today?
Completely Mostly A little Not at all
2. Would you say that your doctor knows that that this was one of your reasons for coming in today?
Yes Probably Unsure No
3. To what extent did the doctor understand the importance of your reason for coming in today?
Completely Mostly A little Not at all
4. How well do you think your doctor understood you today?
Very well Well Somewhat Not at all
5. How satisfied were you with the discussion of your problem?
Very satisfied Satisfied Somewhat satisfied Not satisfied
6. To what extent did the doctor explain this problem to you?
Completely Mostly A little Not at all
7. To what extent did you agree with the doctor's opinion about the problem?
Completely Mostly A little Not at all
8. How much opportunity did you have to ask your questions?
Very much A fair amount A little Not at all
9. To what extent did the doctor ask you about your goals for treatment?
Completely Mostly A little Not at all
10. To what extent did the doctor explore explain the treatment?
Very well Well Somewhat Not at all
11. To what extent did the doctor explore how manageable this treatment would be for you?
Completely Mostly A little Not at all
12. To what extent did you and the doctor discuss your respective roles? (Who is responsible for making decisions and who is responsible for what aspects of your care?)
Completely Mostly A little Not at all
13. To what extent did the doctor encourage you to take the role you wanted in your own care?
Completely Mostly A little Not at all
14. How much would you say that this doctor cares about you as a person?
Very much A fair amount A little Not at all

Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. sept 2000;49(9):796-804.

**ANNEXE 6 : PROPOSITION D'UNE GRILLE D'ÉVALUATION DE LA
COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT LORS DE LA CONSULTATION EN
MÉDECINE GÉNÉRALE (incluant les items de la littérature)**

1 : Tout à fait en désaccord ; 2 : Plutôt en désaccord ; 3 : Plutôt en accord ; 4 : Tout à fait en accord	1	2	3	4
I- Accueil				
1. Salue le patient				
2. Accueil assez chaleureux, attitude d'ouverture				
3. Se place d'emblée dans une disposition d'écoute				
4. Laisse le patient s'exprimer sans l'interrompre				
5. Fait le lien avec les consultations antérieures (évolution des plaintes, observance...)				
II- Habiletés générales de communication				
6. Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes et de ses attentes ainsi que des éventuels motifs cachés de la consultation				
7. Fait exprimer au patient ses croyances, ses craintes et son vécu				
8. Sait alterner les questions ouvertes et fermées de façon adéquate				
9. Evite les questions directives ou suggestives				
10. Evite les répétitions				
11. Adopte un comportement non verbal approprié				
12. Utilise le silence				
13. Regarde l'écran d'ordinateur d'une façon qui n'interfère pas avec la relation				
14. Utilise la reformulation de façon adaptée				
15. Cherche à recontextualiser la plainte chaque fois que nécessaire				
16. Résume régulièrement et sollicite l'accord du patient				
17. Renforce souvent et de manière appropriée les efforts d'adaptation et les démarches adéquates du patient				
18. Clarifie le verbal et le non-verbal du patient plutôt qu'il ne l'interprète				
19. Utilise l'humour de façon appropriée				
III- Empathie				
20. Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient				
21. Explore les émotions et sentiments du patient et utilise le reflet tout au long de la consultation				
IV- Structure de la consultation				
22. Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes				
23. Enonce les transitions				
24. Sait exprimer son désaccord de façon adaptée				
25. Limite les digressions inutiles et sait replacer le patient dans un contexte médical				
26. Maîtrise le temps dans la consultation				
V- Information - Éducation				
27. Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée en évitant le jargon médical				
28. Vérifie la compréhension du patient				
29. S'appuie sur des fiches écrites si besoin				
VI- Partenariat et prise de décision partagée				
30. Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse				
31. N'émet pas de jugement				
32. S'assure du rôle que le patient souhaite jouer dans la prise de décisions				
33. Incite le patient à participer à la prise de décisions et parvient à un choix mutuellement acceptable				
34. Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités				
35. Repère les aires de conflit éventuel ou d'opposition symétrique et les désamorce				
VI- Terminer la consultation				
36. Propose au patient de le revoir si besoin				
37. Sait gérer les problèmes de dernière-minute				
38. Parvient à clore naturellement la consultation sans qu'il ne demeure d'ambiguïté				
39. Raccompagne le patient				



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

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

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Une bonne communication médecin-patient et des compétences interpersonnelles sont une exigence universelle pour la qualité des soins en consultation de médecine générale. Aucune grille d'évaluation de ces compétences n'est actuellement disponible et validée en France. Ce travail avait pour but, dans un premier temps, de définir les critères permettant d'évaluer la qualité de la relation interpersonnelle entre le médecin et le patient à partir du point de vue des médecins généralistes et dans un second temps, de proposer une grille d'évaluation des compétences interpersonnelles au sein de la consultation de médecine générale.

MÉTHODE : Une revue de littérature a été menée afin de répertorier les différentes grilles déjà publiées. Puis une recherche qualitative a été effectuée par 5 focus groups auprès de médecins généraliste de Savoie, Haute-Savoie et Isère. Une analyse thématique des verbatim a été conduite par triangulation des chercheurs après retranscription intégrale des entretiens.

RÉSULTATS : 15 grilles d'évaluation de la communication médecin-patient ont été publiées dans la littérature. La majorité d'entre elles sont en langue anglophone. L'analyse des données, à partir du point de vue des médecins généralistes, a fait émerger 7 thèmes : l'accueil, les habiletés générales de communication, l'empathie, la structure de la consultation, l'information et l'éducation du patient, le partenariat et la prise de décision partagée, et la fin de la consultation.

CONCLUSION : Ce travail nous a permis d'élaborer une grille de 34 items. La plupart des items issus des focus groups sont présents dans la littérature. L'outil proposé nécessite une validation auprès d'experts et une recherche de concordance entre ses items et le point de vue des patients.

ABSTRACT

BACKGROUND: A good doctor-patient communication and interpersonal skills are a universal requirement for the quality of care in general practice. No grid of these skills is currently available and validated in France. This work was aimed, firstly, to define criteria for assessing the quality of the interpersonal relationship between doctor and patient from the perspective of GPs, and in a second step, to propose a grid of interpersonal skills within the general practice.

METHOD: A literature review was conducted to identify the different grids already published. And qualitative research was carried out by five focus groups with general practitioners of Savoie, Haute-Savoie and Isère. Researchers conducted a thematic analysis of verbatim triangulation after the full transcript of the interview.

RESULTS: 15 evaluation grids of the doctor-patient communication have been published in the literature. The majority of them are in English language. Data analysis has seven themes emerge, depending on the perspective of GPs: hospitality, general communication skills, empathy, the structure of the consultation, information and education for the patient, partnership and shared decision making, and the end of the consultation.

CONCLUSION: This work has allowed us to develop a grid of 34 items. Most items from the focus groups are present in the literature. The proposed tool requires validation with experts and research agreement between its items and the perspective of patients.